

SZPITAL POWIATOWY W CHRZANOWIE



32-500 Chrzanów
ul. Topolowa 16

Sekretariat
☎ 32 624 70 29
☎ 32 623 94 28

Centrala
☎ 32 624 77 77

www.szpital-chrzanow.pl

✉ sekretariat@szpital-chrzanow.pl

Znak: SZP .../05/2020

Chrzanów, ...05.2020 r.

ZAPYTANIE OFERTOWE

Dotyczy: odpowiedzi na zapytania do sprawy na **Dostawę bronchofiberoskopów** – sprawa nr 31/2020

Zamówienie realizowane jest w trybie art. 6 ustawy z dnia 2 marca 2020r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.

Pytanie nr 1. Dotyczy pakiet nr 2 – Bronchofiberoskop hybrydowy intubacyjny Czy Zamawiający dopuści bronchofiberoskop bez rotacji jednostki kamery? **Odp. Nie.**

Pytanie nr 2. Dotyczy pakiet nr 2 – Bronchofiberoskop hybrydowy intubacyjny Czy Zamawiający dopuści bronchofiberoskop o średnicy wziernika 5,2mm i kanale roboczym 2,2mm? **Odp. Zgodnie z siwz.**

Pytanie nr 3. Dotyczy pakiet nr 2 – Bronchofiberoskop hybrydowy intubacyjny Czy Zamawiający dopuści bronchofiberoskop o średnicy wziernika 5,8mm i kanale roboczym 2,6mm? **Odp. Zgodnie z siwz.**

Pytanie nr 4. Dotyczy pakiet nr 2 – Bronchofiberoskop hybrydowy intubacyjny Czy Zamawiający dopuści bronchofiberoskop posiadający Zginanie G/D min.: 160°/130° **Odp. Zgodnie z siwz.**

Pytanie nr 5. Dotyczy pakiet nr 2 – Bronchofiberoskop hybrydowy intubacyjny Czy Zamawiający dopuści bronchofiberoskop posiadający kąt regulacji monitora LCD 0°-75°? **Odp. Zgodnie z siwz.**

Pytanie 6 Dotyczy załącznik do zapytania – umowa (wzór): Par 7 pkt. 7: Czy Zamawiający wyrazi zgodę na modyfikację istniejącego zapisu do następującej treści:

„W przypadku wystąpienia konieczności naprawy urządzenia poza siedzibą Zamawiającego, wykonawca zapewni:

- odbiór na własny koszt wadliwego urządzenia;
- naprawę urządzenia w terminie do **14 dni roboczych** od dnia zgłoszenia;
- dostawę naprawionego urządzenia na własny koszt do siedziby Zamawiającego.”?

Odp. Tak, wyrażamy zgodę

Pytanie 7 Dotyczy załącznik do zapytania – umowa (wzór): Par 9 pkt. 2, podpunkt a): Czy Zamawiający wyrazi zgodę na obniżenie wysokości kary, o której mowa w podpunkcie a) do 200 zł za każdy dzień opóźnienia?

Odp. Tak, wyrażamy zgodę

Pytanie 8 Dotyczy załącznik do zapytania – umowa (wzór): Par 9 pkt. 2, podpunkt b): Czy Zamawiający wyrazi zgodę na obniżenie wysokości kary, o której mowa w podpunkcie b) do 200 zł za każdy dzień opóźnienia?

Odp. Tak, wyrażamy zgodę

DYREKTOR
Szpitala Powiatowego w Chrzanowie

mgr ... Z poważaniem



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

Sąd Rejonowy dla Krakowa-Śródmieścia w Krakowie, XII Wydział Gospodarczy KRS, Nr 0000015891, NIP 628 19 16 916, REGON 000310109
Nr konta: BANK PEKAO S.A. 38 1240 4748 1111 0000 4877 1892