

**TELEFONY:****Centrala**  
tel. 91 466 10 00**Sekretariat Dyrektora  
oraz  
Zastępcy Dyrektora  
ds. Ekonomiczno –  
Administracyjnych**  
tel. 91 466 10 10  
fax. 91 466 10 15**Sekretariat  
Zastępcy Dyrektora  
ds. Lecznictwa**  
tel. 91 466 10 16**Główny Księgowy**  
tel. 91 466 10 17**Naczelną Pielęgniarką**  
tel. 91 466 10 18**Dział Sprzedaży Usług  
Medycznych i Marketingu**  
tel. 91 466 10 45**Dział Zamówień  
Publicznych**  
tel. 91 466 10 86**Dział Organizacyjno-  
Prawny**  
tel. 91 466 10 29**Dział Administracyjno-  
Gospodarczy**  
tel. 91 466 10 54**Dział Zaopatrzenia**  
tel. 91 466 10 30  
fax. 91 466 10 31**Dział Kadrowo-Placowy**  
tel. 91 466 10 39**Dział Techniczny**  
tel. 91 466 10 70**KRS: 0000018427  
NIP: 955-19-08-958  
REGON: 000288900****Strona internetowa**  
[spsk2-szczecin.pl](http://spsk2-szczecin.pl)**Poczta e-mail**  
[spsk2@spsk2-szczecin.pl](mailto:spsk2@spsk2-szczecin.pl)

znak sprawy: ZP/220/75/16

Szczecin, dnia 10.11.2016r

w sprawie: przetargu nieograniczonego, którego przedmiotem jest dostawa  
wyrobów medycznych jednorazowego użytku**Wyjaśnienia 1**W związku z wpływaniem do Zamawiającego pytań dotyczącego treści Specyfikacji  
Istotnych Warunków Zamówienia, zgodnie z art. 38 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.  
Prawo Zamówień Publicznych, Zamawiający udziela następujących wyjaśnień:**Pytanie 1****Zadanie nr 1, poz. 2**Zwracam się z prośbą o wydzielenie w/w pozycji z pakietu. Pozwoli to na złożenie  
Zamawiającemu atrakcyjnej oferty cenowej przez większą liczę wykonawców.**Odpowiedź****Zamawiający nie wyraża zgody na wydzielenie.****Pytanie 2****Zadanie nr 1, poz. 2**Zwracam się z prośbą o dopuszczenie koreczków pakowanych pojedynczo, w sztywnym  
opakowaniu, papier klasy medycznej, jak na załączonym obrazku. Pozostałe parametry  
zgodne z SIWZ.**Odpowiedź****Zamawiający mnie dopuszcza****Pytanie 3**

Zadanie nr 1:

Poz.3:

Prosimy o dopuszczenie zaoferowania worka do godzinowej zbiórki moczu, tak jak  
obecnie stosowane, posiadającego dren o długości 150cm, spełniającego wszystkie  
pozostałe wymogi siwz.**Odpowiedź****Zamawiający dopuszcza****Pytanie 4**

Zadanie nr 1:

Poz.1-3:

Prosimy o dopuszczenie zaoferowania przedłożenia kart katalogowych, folderów czy  
ulotek wyłącznie w języku polskim wystawionych przez producenta lub dystrybutora

**TELEFONY:****Centrala**  
tel. 91 466 10 00**Sekretariat Dyrektora**  
**oraz**  
**Zastępcy Dyrektora**  
**ds. Ekonomiczno –**  
**Administracyjnych**  
tel. 91 466 10 10  
fax. 91 466 10 15**Sekretariat**  
**Zastępcy Dyrektora**  
**ds. Lecznictwa**  
tel. 91 466 10 16**Główny Księgowy**  
tel. 91 466 10 17**Naczelną Pielęgniarką**  
tel. 91 466 10 18**Dział Sprzedaży Usług**  
**Medycznych i Marketingu**  
tel. 91 466 10 45**Dział Zamówień**  
**Publicznych**  
tel. 91 466 10 86**Dział Organizacyjno-**  
**Prawny**  
tel. 91 466 10 29**Dział Administracyjno-**  
**Gospodarczy**  
tel. 91 466 10 54**Dział Zaopatrzenia**  
tel. 91 466 10 30  
fax. 91 466 10 31**Dział Kadrowo-Placowy**  
tel. 91 466 10 39**Dział Techniczny**  
tel. 91 466 10 70**KRS:** 0000018427  
**NIP:** 955-19-08-958  
**REGON:** 000288900**Strona internetowa**  
[spsk2-szczecin.pl](http://spsk2-szczecin.pl)**Poczta e-mail**  
[spsk2@spsk2-szczecin.pl](mailto:spsk2@spsk2-szczecin.pl)

zaoferowanego sprzętu medycznego w oparciu o dane techniczne pochodzące od  
wytwórcy z siedzibą poza granicami RP.

**Odpowiedź**  
**Zamawiający dopuszcza**

**Wykonawcy są zobowiązani uwzględnić powyższe wyjaśnienia oraz zapisy podczas**  
**sporządzania i składania ofert.**

*Z poważaniem*

.....  
**DYREKTOR SPSK-2**

