

SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o. o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91-32-67-345
fax 91-321-41-74

e-mail: tkoralewski@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365
www.szpital-swinoujscie.pl

Świnoujście, 14/09/2018 r.

Znak sprawy: ZP/08/2018

**Szpital Miejski im. Jana Garduły
w Świnoujściu sp. z o.o.
ul. Mieszka I 7
72 – 600 Świnoujście**
(tkoralewski@szpital-swinoujscie.pl)

DO WSZYSTKICH UCZESTNIKÓW POSTĘPOWANIA PRZETARGOWEGO PN.: Dostawa i instalacja aparatu elektrochirurgicznego dla spółki Szpitala Miejskiego im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.

Na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 ze zm.) Zamawiający zawiadamia, że w przedmiotowym postępowaniu w specyfikacji istotnych warunków zwana dalej „siwz” zamówienia dokonano zmiany treści:

Było:

X. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. (...)

15. Wykonawca zamieszcza ofertę w zamkniętej kopercie. Na kopercie muszą znajdować się następujące oznaczenia:

- Nazwa i adres Zamawiającego,
- Nazwa i adres Wykonawcy,
- Napis:

NAZWA WYKONAWCY
OFERTA NA PRZETARG NIEOGRANICZONY PN:
Dostawa i instalacja Diatermii
NIE OTWIERAĆ PRZED DNIEM 17/09/2018., GODZ. 11³⁰

i zaadresowanej do:

**Szpital Miejski im. Jana Gaduły w Świnoujściu sp. z o. o.
ul. Mieszka I 7, 72-600 Świnoujście**

(...)

Zmienia się na:

X. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. (...)

15. Wykonawca zamieszcza ofertę w zamkniętej kopercie. Na kopercie muszą znajdować się następujące oznaczenia:

- Nazwa i adres Zamawiającego,
- Nazwa i adres Wykonawcy,
- Napis:

NAZWA WYKONAWCY
OFERTA NA PRZETARG NIEOGRANICZONY PN:
Dostawa i instalacja Diatermii
NIE OTWIERAĆ PRZED DNIEM 19/09/2018., GODZ. 11³⁰

i zaadresowanej do:

**Szpital Miejski im. Jana Gaduły w Świnoujściu sp. z o. o.
ul. Mieszka I 7, 72-600 Świnoujście**

(...)

Było:

XI. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT

- Oferty należy składać w siedzibie Zamawiającego w Sekretariacie, II piętro, pokój Nr 2.010:
Szpital Miejski im. Jana Gaduły w Świnoujściu sp. z o. o.

ul. Mieszka I 7,
72-600 Świnoujście
do dnia 17/09/2018 r. do godziny 10⁰⁰

- Wykonawca może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę pod warunkiem, że Zamawiający otrzyma pisemne powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty przed upływem terminu składania ofert. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty należy złożyć w taki sposób jak ofertę, a koperta powinna być dodatkowo oznaczona napisem: „ZMIANA” lub „WYCOFANIE”.
- Wykonawca nie może wycofać oferty ani wprowadzić do niej zmian po upływie terminu składania ofert.
- Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie Zamawiającego w dniu 17/09/2018 r. o godz. 11³⁰ w pokój Nr 2.018 - II piętro.
- (...)

Zmienia się na:

XI. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT

- Oferty należy składać w siedzibie Zamawiającego w Sekretariacie, II piętro, pokój Nr 2.010:
Szpital Miejski im. Jana Gaduły w Świnoujściu sp. z o. o.
ul. Mieszka I 7,
72-600 Świnoujście
do dnia 19/09/2018 r. do godziny 10⁰⁰
- Wykonawca może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę pod warunkiem, że Zamawiający otrzyma pisemne powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty przed upływem terminu składania ofert. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty należy złożyć w taki sposób jak ofertę, a koperta powinna być dodatkowo oznaczona napisem: „ZMIANA” lub „WYCOFANIE”.
- Wykonawca nie może wycofać oferty ani wprowadzić do niej zmian po upływie terminu składania ofert.
- Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie Zamawiającego w dniu 19/09/2018 r. o godz. 11³⁰ w pokój Nr 2.018 - II piętro.
- (...)

Było:

Załącznik nr 1 do SIWZ ZP/08/2018

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA NA REALIZACJĘ:

Dostawa i instalacja aparatu elektrochirurgicznego dla spółki Szpitala Miejskiego im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.

Wykaz minimalnych parametrów technicznych sprzętu dla:

Zestaw składający się z:

NAZWA (typ, model):.....

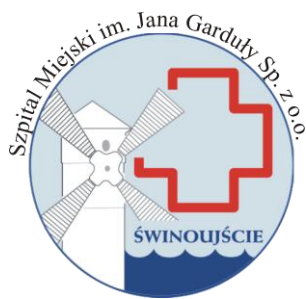
Rok produkcji (min. 2018 r.):.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:

Sprzęt nowy, nieużywany, nie demonstracyjny

Lp	Parametr	Podać/Tak
1	Maksymalna moc ciecienia czystego – min 120W	
2	Maks. Moc ciecienia koagulującego - min 90W	
3	Maks. Moc koagulacji forsownej - min 80W	
4	Maks. Moc koagulacji miękkiej - min. 60W	
5	Maks. Moc koagulacji bipolarnej - min 40W	
6	Osobny tryb pracy bipolarnej	
7	Aktywacja zarówno włącznikiem nożnym jak i przyciskami na uchwycie	
8	Zmiany trybu pracy za pomocą przycisków na uchwycie	
9	Kontrola obwodu elektrody biernej	
10	Elektroda bierna wielorazowa - 1szt.	
11	Kabel elektrody biernej wielorazowej - 1szt.	
12	Włącznik nożny 1-przyciskowy - 1 szt.	
13	Uchwyt z przyciskami ciecienia koagulacja -1 szt.	
14	Elektrody monopolarne krótkie: - szpatuła 2,5 x 20mm -2 szt; - nożowa 2,5 x 20 mm -3 szt. - nożna ukośna 2,5 x 20 mm – 1 szt. elektroda kulkowa φ 2,0 mm -2szt.	



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o. o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91-32-67-345
fax 91-321-41-74

e-mail: tkoralewski@szpital-swinoujście.pl
tel.: 91-32-67-365
www.szpital-swinoujście.pl

	elektroda kulkowa ϕ 4,0 mm -2szt pętla zwykła ϕ 10mm – 1szt. pętla zwykła ϕ 5mm – 1 szt.	
15	Wózek aparaturowy: 3 półkowy 1 szt. z szufladą, Kółka 4 szt., antystatyczne, przednia para z hamulcami, średnica min. 8cm	
Pozostałe wymagania		
1	Gwarancja min. 24 m-ce w tym min. <i>dwa nieodpłatny przegląd gwarancyjny</i>	
2	Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej (na CD/DVD lub PenDrive) min. 2 egz.	
3	Autoryzacja producenta na serwis i sprzedaż zaoferowanych sprzętu na terenie Polski (adres, tel., fax, e-mail)	
4	Czas reakcji serwisu max. 48 h (<i>przyjazd</i>)	
5	W przypadku konieczności naprawy sprzętu poza siedzibą Zamawiającego zastępczy sprzęt na czas naprawy o parametrach równoważnych i kompatybilny z zestawem	
6	Bezpłatne szkolenie personelu Zamawiającego	

Miejscowość: dn.:

.....
Podpis osoby upoważnionej

Zmienia się na:

Załącznik nr 1 do SIWZ ZP/08/2018

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA NA REALIZACJĘ:

***Dostawa i instalacja aparatu elektrochirurgicznego dla spółki Szpitala Miejskiego im. Jana Garduły
w Świnoujściu sp. z o. o.***

Wykaz minimalnych parametrów technicznych sprzętu dla:

Zestaw składający się z:

NAZWA (typ, model):

Rok produkcji (min. 2018 r.):

Producent:

Kraj pochodzenia:

Sprzęt nowy, nieużywany, nie demonstracyjny

Lp	Parametr	Podać
1	Maksymalna moc cięcia czystego – 100 - 120 W	
2	Maks. Moc cięcia koagulującego – 90 W	
3	Maks. Moc koagulacji forsownej – 80 W	
4	Maks. Moc koagulacji miękkiej – 60 W	
5	Maks. Moc koagulacji bipolarnej – 40 W	
6	Osobny tryb pracy bipolarnej	
7	Aktywacja zarówno włącznikiem nożnym jak i przyciskami na uchwycie	
8	Zmiany trybu pracy za pomocą przycisków na uchwycie	
9	Kontrola obwodu elektrody biernej	
10	Elektroda bierna wielorazowa – 1 szt.	
11	Kabel elektrody biernej wielorazowej – 1 szt.	
12	Włącznik nożny 1-przyciskowy - 1 szt.	
13	Uchwyt z przyciskami cięcia koagulacja -1 szt.	
14	Elektrody monopolarne krótkie: - szpatuła 2,5 - 3,0 x 20 – 28 mm -2 szt; - nożowa 2,5 – 2,6 x 13 - 20 mm -3 szt.	

	- nożna ukośna 2,5 x 20 mm lub nożowa ukośna rombowa 2,5 x 24 mm – 1 szt. - elektroda kulkowa $\varnothing$ 2,0 mm -2 szt. - elektroda kulkowa $\varnothing$ 4,0 mm -2 szt - pętla zwykła $\varnothing$ 10 mm – 1 szt. - pętla zwykła $\varnothing$ 5 mm – 1 szt.	
15	Wózek aparaturowy: 3 półkowy 1 szt. z szufladą, Kółka 4 szt., antystatyczne, przednia para z hamulcami, średnica min. 8 cm	
Pozostałe wymagania		
1	Gwarancja min. 24 m-ce w tym min. <i>dwa nieodpłatne przeglądy gwarancyjne</i>	
2	Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej (na CD/DVD lub PenDrive) min. 2 egz.	
3	Autoryzowany serwis oferowanego sprzętu na terenie Polski: Nazwa: Adres: Tel.: Fax.: e-mail:@.....	X
4	Czas reakcji serwisu max. 48 h (<i>przyjazd</i>)	
5	W przypadku konieczności naprawy sprzętu poza siedzibą Zamawiającego zastępczy sprzęt na czas naprawy o parametrach równoważnych i kompatybilny z zestawem	Tak
6	Bezpłatne szkolenie personelu Zamawiającego max. do 2 dni roboczych po dostarczeniu sprzętu (w godz. 08 ⁰⁰ -13 ³⁰)	Tak

Miejscowość: dn.:

.....
Podpis osoby upoważnionej

Pozostałe zapisy SIWZ nie ulegają zmianie.

Prezes Zarządu
Szpitala Miejskiego im. Jan Garduły
w Świnoujściu sp. z o. o.
oryginał podpisu w dokumentacji postępowania
Dorota Konkolewska