

## 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 3267345  
fax 91-321-41-74

e-mail: [zampub@szpital-swinoujscie.pl](mailto:zampub@szpital-swinoujscie.pl)  
tel.: 91-32-67-365

Świnoujście, 19/05/2016 r.

Znak sprawy: ZP/08/2016

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

### **DO WSZYSTKICH UCZESTNIKÓW POSTĘPOWANIA PRZETRAGOWEGO PN.: Dostawa odczynników, testerów i innych materiałów zużywalnych wraz z dzierżawą aparatów dla 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 (*tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 2164*) zawiadamia się, że w dniu **19-05-2016 r.** w przedmiotowym postępowaniu w specyfikacji istotnych warunków zwana dalej „SIWZ” zamówienia dokonano zmiany treści:

#### **Załącznik nr 2 do SIWZ:**

##### **Było:**

#### **§ 4**

1. Strony postanawiają, że naprawienie szkody wynikłej z niewykonania lub nienależytego wykonania umowy nastąpi poprzez zapłatę kar umownych.
2. Wykonawca zapłaci Szpitalowi karę umowną:
  - a) w wysokości 0,1% wartości brutto nie dostarczonej partii przedmiotu dostawy, jednak nie mniej niż 50,00 zł za każdy dzień opóźnienia – jeżeli przedmiot dostawy nie został dostarczony w terminie z powodu okoliczności, za które Szpital nie ponosi odpowiedzialności,
  - b) w wysokości 0,1% wartości brutto nie dostarczonej partii przedmiotu dostawy, jednak nie mniej niż 50,00 zł za każdy dzień opóźnienia – za dostarczenie przedmiotu dostawy w ilości nie odpowiadającej zapotrzebowaniu (braki ilościowe).
3. Szpital zapłaci Wykonawcy karę umowną w wysokości 0,1% wartości brutto partii przedmiotu dostawy za każdy dzień opóźnienia w odbiorze przedmiotu dostawy.
4. Szpital zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania uzupełniającego przenoszącego wysokość kar umownych.

##### **Zmienia się na:**

#### **§ 4**

1. Strony postanawiają, że naprawienie szkody wynikłej z niewykonania lub nienależytego wykonania umowy nastąpi poprzez zapłatę kar umownych.
2. Wykonawca zapłaci Szpitalowi karę umowną:
  - a) w wysokości 0,1% wartości netto nie dostarczonej partii przedmiotu dostawy, jednak nie mniej niż 50,00 zł za każdy dzień opóźnienia – jeżeli przedmiot dostawy nie został dostarczony w terminie z powodu okoliczności, za które Szpital nie ponosi odpowiedzialności,
  - b) w wysokości 0,1% wartości netto nie dostarczonej partii przedmiotu dostawy, jednak nie mniej niż 50,00 zł za każdy dzień opóźnienia – za dostarczenie przedmiotu dostawy w ilości nie odpowiadającej zapotrzebowaniu (braki ilościowe).
3. Szpital zapłaci Wykonawcy karę umowną w wysokości 0,1% wartości netto partii przedmiotu dostawy za każdy dzień opóźnienia w odbiorze przedmiotu dostawy.
4. Szpital zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania uzupełniającego przenoszącego wysokość kar umownych.

## **Załącznik nr 2.1 do SIWZ:**

### **Było:**

#### § 2

1. Dostawca oddaje Szpitalowi aparat wymieniony w § 1 ust. 2 umowy do używania.
2. Aparat podlegający dzierżawie, o którym mowa w § 1 ust. 2 Dostawca zobowiązuje się dostarczyć do Szpitalowi w terminie do 14 dni od zawarcia niniejszej umowy.  
(...)

#### §4

1. W okresie trwania niniejszej umowy Dostawca będzie zapewniał bezpłatny serwis aparatu, polegający w szczególności na naprawie aparatu w terminie 24 godzin od chwili zgłoszenia awarii przez Odbiorcę.(...)

#### § 10

1. Strony ustalają, że w razie niewykonania lub nienależytego wykonania umowy obowiązywać je będzie odszkodowanie w formie kar umownych.
2. Dostawca zapłaci Odbiorcy karę umowną:
  - a. w wysokości 0,5% wartości brutto partii dostarczanego towaru za każdy dzień opóźnienia, jeżeli przedmiot umowy nie został dostarczony w terminie z powodu okoliczności, za które odpowiada Dostawca,
  - b. w wysokości 2% wartości brutto partii dostarczanego towaru za dostarczenie go w ilości nie odpowiadającej zamówieniu (braki ilościowe) lub nieodpowiedniej jakości, za każdy taki przypadek;
  - c. w wysokości 10% wartości niewykonanej umowy – w przypadku rozwiązania przez Odbiorcę lub Dostawcę niniejszej umowy z winy Dostawcy.
3. Kary umowne naliczane przez Odbiorcę są niezależne od faktu wystąpienia szkody. Odbiorca ma prawo dochodzenia odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych.
4. Łącznie wysokość kar umownych nie może przekroczyć 10 % łącznej wartości umowy, określonej w § 1 ust. 6 niniejszej umowy

### **Zmienia się na:**

#### § 2

1. Dostawca oddaje Szpitalowi aparat wymieniony w § 1 ust. 2 umowy do używania.
2. Aparat podlegający dzierżawie, o którym mowa w § 1 ust. 2 Dostawca zobowiązuje się dostarczyć do Szpitalowi w terminie do 21 dni od zawarcia niniejszej umowy.  
(...)

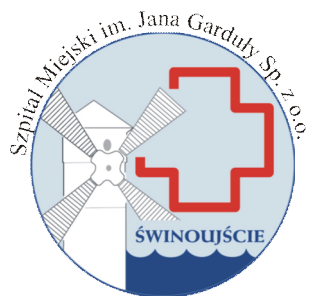
#### §4

1. W okresie trwania niniejszej umowy Dostawca będzie zapewniał bezpłatny serwis aparatu, polegający w szczególności na naprawie aparatu w terminie 48 godzin (w dni robocze) od chwili zgłoszenia awarii przez Odbiorcę.  
(...)

### **Zmienia się na:**

#### § 10

1. Strony ustalają, że w razie niewykonania lub nienależytego wykonania umowy obowiązywać je będzie odszkodowanie w formie kar umownych.
2. Dostawca zapłaci Odbiorcy karę umowną:
  - a. w wysokości 0,5% wartości netto partii dostarczanego towaru za każdy dzień opóźnienia, jeżeli przedmiot umowy nie został dostarczony w terminie z powodu okoliczności, za które odpowiada Dostawca,
  - b. w wysokości 2% wartości netto partii dostarczanego towaru za dostarczenie go w ilości nie odpowiadającej zamówieniu (braki ilościowe) lub nieodpowiedniej jakości, za każdy taki przypadek;
  - c. w wysokości 10% wartości niewykonanej umowy – w przypadku rozwiązania przez Odbiorcę lub Dostawcę niniejszej umowy z winy Dostawcy.
3. Kary umowne naliczane przez Odbiorcę są niezależne od faktu wystąpienia szkody. Odbiorca ma prawo dochodzenia odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych.
4. Łącznie wysokość kar umownych nie może przekroczyć 10 % łącznej wartości umowy, określonej w § 1 ust. 6 niniejszej umowy



## 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 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: [zampub@szpital-swinoujscie.pl](mailto:zampub@szpital-swinoujscie.pl)

tel.: 91-32-67-365

### Pakiet 1:

#### Było:

|                           |                                                                                                                       |                                                 |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Analizator hematologiczny | szt. 2                                                                                                                |                                                 |
| Producent                 |                                                                                                                       |                                                 |
| Typ                       |                                                                                                                       |                                                 |
| Model                     |                                                                                                                       |                                                 |
| Rok prod. mni 2013 r.     |                                                                                                                       |                                                 |
| Drukarka                  |                                                                                                                       |                                                 |
|                           | <b>Minimalne wymagalne parametry dla 1 szt. analizatora hematologicznego</b>                                          | Potwierdzenie spełnienia warunków TAK/NIE/Podać |
| 29.                       | Możliwość zgłoszenia awarii 7 dni w tygodniu.<br>Usunięcie awarii w czasie nie dłuższym niż 24 godziny. Od zgłoszenia |                                                 |

#### Zmienia się na:

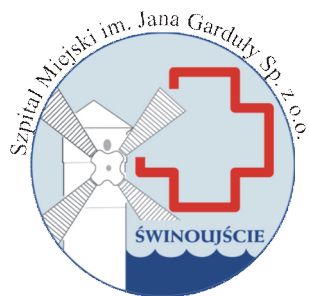
|                           |                                                                                                                       |                                                 |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Analizator hematologiczny | szt. 1                                                                                                                |                                                 |
| Producent                 |                                                                                                                       |                                                 |
| Typ                       |                                                                                                                       |                                                 |
| Model                     |                                                                                                                       |                                                 |
| Rok prod. mni 2013 r.     |                                                                                                                       |                                                 |
| Drukarka                  |                                                                                                                       |                                                 |
|                           | <b>Minimalne wymagalne parametry dla 1 szt. analizatora hematologicznego</b>                                          | Potwierdzenie spełnienia warunków TAK/NIE/Podać |
| 29.                       | Możliwość zgłoszenia awarii 7 dni w tygodniu.<br>Usunięcie awarii w czasie nie dłuższym niż 48 godziny. Od zgłoszenia |                                                 |

**Było:**

\_\_\_\_\_

Tab. 1. Odczynniki potrzebne do wykonania oznaczeń serologicznych

[illegible]



## 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 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: [zampub@szpital-swinoujscie.pl](mailto:zampub@szpital-swinoujscie.pl)

tel.: 91-32-67-365

|       |                                                         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|---------------------------------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|       | krwinek wzorcowych do układu AB0 i RhD                  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13    | Konserwowane Krwinki Wzorcowe do wykrywania przeciwciał | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Razem |                                                         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### Zestawienie parametrów granicznych

#### Odczynniki do badań serologicznych wykonywanych metodą aglutynacyjną

Klasyczną (równoważne)

| Odczynniki immunologii transfuzjologicznej krwinek czerwonych |                                                                                                                       | Parametry oferowane |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 1.                                                            | Odczynniki do określania grup krwi układu ABO – dwa zestawy odczynników monoklonalnych w elaboracji zgodnej           |                     |
| 2.                                                            | Odczynniki do określania antygenu D z układu Rh (monoklonalnych)                                                      |                     |
| 3.                                                            | Wykrywanie i identyfikacja przeciwciał odpornościowych.                                                               |                     |
| 4.                                                            | Konserwowane Krwinki Wzorcowe do układu ABO                                                                           |                     |
| 5.                                                            | Konserwowane Krwinki Wzorcowe do wykrywania przeciwciał                                                               |                     |
| 6.                                                            | Standaryzowane Krwinki Wzorcowe opłaszczane p/ciałami                                                                 |                     |
| 7                                                             | Zestaw próbek kontrolnych do codziennej kontroli odczynników diagnostycznych i krwinek wzorcowych do układu AB0 i RhD |                     |
| 7.                                                            | Inne odczynniki do oznaczania podstawowych badań grup krwi z układu ABO zgodnie z załącznikiem 2                      |                     |

#### Warunki dodatkowe

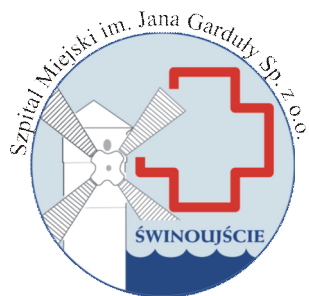
1. Wyroby muszą bezwzględnie spełniać wszystkie wymagania ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010r. (Dz.U. Dz 2010 r. Nr 107, poz. 679 ze zmianami)
2. W stosunku do krwinek jest wymagany 30 dniowy okres gwarancji
3. Dopuszcza się inną elaborację odczynników niż wykazana w załączniku 2
4. Do oferty powinny być dołączone próbki krwinek wzorcowych z aktualnym świadectwem jakości

danej serii.

5. Niespełnienie któregokolwiek z powyższych warunków granicznych lub brak jakiegokolwiek wymaganego dokumentu spowoduje odrzucenie oferty

**Zmienia się na:**

[illegible]



# **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 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: [zampub@szpital-swinoujscie.pl](mailto:zampub@szpital-swinoujscie.pl)

tel.: 91-32-67-365

|              |                                                                                                |   |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|--|----------|--|--|--|--|--|--|--|
|              | diagnostycznych i krwinek wzorcowych do układu AB0 i RhD stężone powyżej 39 %                  |   |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |
| 12           | Konserwowane Krwinki Wzorcowe do wykrywania przeciwciał metoda probówkowa stężone powyżej 22 % | 3 |  |  | 3 x 4 ml |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Razem</b> |                                                                                                |   |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |

## **Zestawienie parametrów granicznych**

### **Odczynniki do badań serologicznych wykonywanych metodą aglutynacyjną**

Klasyczną (równoważne)

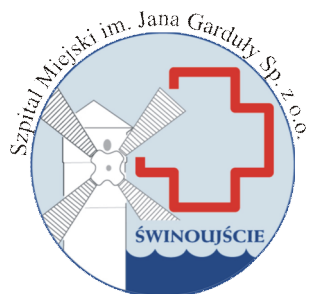
| <b>Odczynniki immunologii transfuzjologicznej krwinek czerwonych</b> |                                                                                                                       | <b>Parametry oferowane</b> |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 1.                                                                   | Odczynniki do określania grup krwi układu ABO – dwa zestawy odczynników monoklonalnych w elaboracji zgodnej           |                            |
| 2.                                                                   | Odczynniki do określania antygenu D z układu Rh (monoklonalnych)                                                      |                            |
| 3.                                                                   | Wykrywanie i identyfikacja przeciwciał odpornościowych.                                                               |                            |
| 4.                                                                   | Konserwowane Krwinki Wzorcowe do układu ABO                                                                           |                            |
| 5.                                                                   | Konserwowane Krwinki Wzorcowe do wykrywania przeciwciał                                                               |                            |
| 6.                                                                   | Zestaw próbek kontrolnych do codziennej kontroli odczynników diagnostycznych i krwinek wzorcowych do układu AB0 i RhD |                            |
| 7.                                                                   | Inne odczynniki do oznaczania podstawowych badań grup krwi z układu ABO zgodnie z załącznikiem 2                      |                            |

### **Warunki dodatkowe**

1. Wyroby muszą bezwzględnie spełniać wszystkie wymagania ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010r. (Dz.U. Dz 2010 r. Nr 107, poz. 679 ze zmianami)
2. W stosunku do krwinek jest wymagany 30 dniowy okres gwarancji

- ## Pakiet 3
- ### Było

[illegible]



# **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 3267345

fax 91-321-41-74

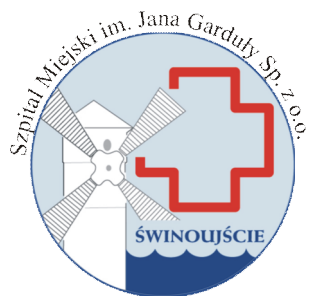
e-mail: [zampub@szpital-swinoujscie.pl](mailto:zampub@szpital-swinoujscie.pl)

tel.: 91-32-67-365

|       |                                                                                |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 9     | Test płytkowy do wyrywania Helicobacter pylori w surowicy, krwi pełnej, osoczu | 40 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10    | Test płytkowy do wykrywania przeciwciał Borrelia IgG i IgM                     | 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM |                                                                                |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Szybkie testy diagnostyczne - lateksowe, paskowe, kasetkowe |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | TAK/ NIE/ Podać |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 1.                                                          | Test kasetkowy do wykrywania antygenu Rotawirusa i Adenowirusa w kale na jednej płytce                                                                                                                                                                                                                                                                |                 |
| 2.                                                          | Latexowy test aglutynacyjny jakościowy typu Waaler – Rose z kontrolami do wykrywania czynnika reumatoidalnego                                                                                                                                                                                                                                         |                 |
| 3.                                                          | Test kasetkowy do wykrywania kiły                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                 |
| 4.                                                          | Latexowy test scriningowy z kontrolami do wykrywania Antystreptolizyn jakościowo ilościowy                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |
| 5.                                                          | Test kasetkowy do wykrywania krwi utajonej w kale w nadsączu bez diety<br>Test z aplikatorem do ilościowego pobierania materiału                                                                                                                                                                                                                      |                 |
| 6..                                                         | Test kasetkowy do wykrywania przeciwciał przeciwko Helicobacter pylori w surowicy lub osoczu z wewnętrzną kontrolą w obrębie testu. Czulość min. 99% w porównaniu do metod opartych na endoskopii.                                                                                                                                                    |                 |
| 7.                                                          | Test kasetkowy, immunoenzymatyczny do wykrywania toksyn A/B Clostridium difficile oraz dehydrogenazy glutaminianowej (GDH) na jednej płytce. Wykrywalność toksyny A nie gorsza niż 0,7 ng/ml. Wykrywalność toksyny B nie gorsza niż 0,2 ng/ml. Wykrywalność GDH nie gorsza niż 0,8 ng/ml. Kontrola dodatnia i pipetki jednorazowe zawarte w zestawie. |                 |
| 8.                                                          | Szybki test płytkowy do wykrywania antygenu Giardia lamblia w kale                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 |
| 9.                                                          | Test płytkowy do wykrywania Helicobacter pylori w krwi pełnej, surowicy,                                                                                                                                                                                                                                                                              |                 |





# **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 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: [zampub@szpital-swinoujscie.pl](mailto:zampub@szpital-swinoujscie.pl)

tel.: 91-32-67-365

|       |                                                                                 |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 7     | Test kasetkowy do wykrywania toksyn A/B Clostridium difficile                   | 50 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8     | test płytkowy do wykrywania antygenu Giardia lamblia w kale                     | 50 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9     | Test płytkowy do wykrywania Helicobacter pylori w surowicy, krwi pełnej, osoczu | 40 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM |                                                                                 |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Szybkie testy diagnostyczne - lateksowe, paskowe, kasetkowe |                                                                                                                                                                                                                                                                                         | TAK/ NIE/ Podać |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 1.                                                          | Test kasetkowy do wykrywania antygenu Rotawirusa i Adenowirusa w kale na jednej płytce                                                                                                                                                                                                  |                 |
| 2.                                                          | Latexowy test aglutynacyjny jakościowy typu Waaler – Rose z kontrolami do wykrywania czynnika reumatoidalnego                                                                                                                                                                           |                 |
| 3.                                                          | Test kasetkowy do wykrywania kiły                                                                                                                                                                                                                                                       |                 |
| 4.                                                          | Latexowy test scriningowy z kontrolami do wykrywania Antystreptolizyn jakościowo ilościowy                                                                                                                                                                                              |                 |
| 5.                                                          | Test kasetkowy do wykrywania krwi utajonej w kale w nadsączu bez diety<br>Test z aplikatorem do ilościowego pobierania materiału                                                                                                                                                        |                 |
| 6.                                                          | Test kasetkowy do wykrywania przeciwciał przeciwko Helicobacter pylori w kale z wewnętrzną kontrolą w obrębie testu. Czulość min. 99% w porównaniu do metod opartych na endoskopii.                                                                                                     |                 |
| 7.                                                          | Test kasetkowy, immunoenzymatyczny lub immunochromatograficzny do wykrywania toksyn A+B Clostridium difficile oraz dehydrogenazy glutaminianowej (GDH) na jednej płytce. Wykrywalność toksyny A nie gorsza niż 2,0 ng/ml. Wykrywalność toksyny B nie gorsza niż 0,8 ng/ml. Wykrywalność |                 |

|     |                                                                                               |  |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|     | GDH nie gorsza niż 0,8 ng/ml. Kontrola dodatnia i pipetki jednorazowe zawarte w zestawie.     |  |
| 8.  | Szybki test płytkowy do wykrywania antygenu Giardia lamblia w kale                            |  |
| 9.  | Test płytkowy do wykrywania Helicobacter pylori w krwi pełnej, surowicy, osoczu               |  |
| 10. | Test płytkowy do wykrywania przeciwciał Borrelia IgG i IgM w surowicy, osoczu lub krwi pełnej |  |
| 11. | - odczynniki posiadające znak CE i deklarację zgodności                                       |  |
| 12. | - obecność kontroli zewnętrznych w zestawie bądź w obrębie testu                              |  |
| 13. | - testy latexowe o wielkości na 50-100 badań                                                  |  |
| 14. | - testy kasetkowe, paskowe- wielkość opakowania 10-50 testów                                  |  |
| 15. | - wymagana metodyka w języku polskim dołączona do każdego zestawu/pakietu                     |  |

#### **Pakiet 4**

**Było:**

**Pakiet 1:**

**Było:**

*Tab1. Odczynniki potrzebne do wykonania 19 200 oznaczeń immunochemicznych*

| Lp.                                                                        | Nazwa parametru | Ilość oznaczeń na okres trwania umowy | Nazwa handlowa odczynnika | Nr katalogowy | Ilość op. | Cena 1 op netto PLN | Cena 1 op brutto PLN | Wartość netto PLN y | Wartość VAT % | Wartość brutto PLN |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------|---------------------------|---------------|-----------|---------------------|----------------------|---------------------|---------------|--------------------|
| <i>Odczynniki potrzebne do wykonania 19 200 oznaczeń immunochemicznych</i> |                 |                                       |                           |               |           |                     |                      |                     |               |                    |
| 1                                                                          | CA 125          | 300                                   |                           |               |           |                     |                      |                     |               |                    |
| 2                                                                          | CEA             | 300                                   |                           |               |           |                     |                      |                     |               |                    |
| 3                                                                          | CK-MB           | 2100                                  |                           |               |           |                     |                      |                     |               |                    |
| 4                                                                          | Estradiol       | 300                                   |                           |               |           |                     |                      |                     |               |                    |
| 5                                                                          | FSH             | 300                                   |                           |               |           |                     |                      |                     |               |                    |
| 6                                                                          | HBsAg           | 500                                   |                           |               |           |                     |                      |                     |               |                    |
| 7                                                                          | bHCG            | 600                                   |                           |               |           |                     |                      |                     |               |                    |
| 8                                                                          | HIV             | 500                                   |                           |               |           |                     |                      |                     |               |                    |
| 9                                                                          | LH              | 500                                   |                           |               |           |                     |                      |                     |               |                    |
| 10                                                                         | PSA             | 800                                   |                           |               |           |                     |                      |                     |               |                    |
| 11                                                                         | HE4             | 300                                   |                           |               |           |                     |                      |                     |               |                    |
| 12                                                                         | Prolaktyna      | 500                                   |                           |               |           |                     |                      |                     |               |                    |
| 13                                                                         | TSH             | 3200                                  |                           |               |           |                     |                      |                     |               |                    |



# **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 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: [zampub@szpital-swinoujscie.pl](mailto:zampub@szpital-swinoujscie.pl)

tel.: 91-32-67-365

|       |                |       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|----------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 14    | TOXO IgM       | 300   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15    | TOXO IgG       | 300   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16    | Troponina T    | 2500  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17    | Anty-HCV       | 500   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18    | FT3            | 1000  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19    | FT4            | 1000  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20    | Anti-TPO       | 500   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21    | Anti-TG        | 300   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22    | IgE            | 300   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23    | Insulina       | 300   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24    | Prokalcytonina | 600   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25    | Testosteron    | 300   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26    | Wit.B12        | 300   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27    | Wit.D total    | 300   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28    | Anti-HBS       | 300   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM |                | 19000 |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Wykonawca zobowiązany jest wyliczyć wartość oferty uwzględniając wielkość opakowań zaokrąglając w górę do pełnych opakowań**

Tab<sub>1</sub> Kalibratory, kontrole i materiały zużywalne

| Lp.                                                                                                  | Nazwa produktu      | Wielkość opakowania | Nr katalogowy | Ilość op. rocznie | Cena 1 op netto PLN | Cena 1 op brutto PLN | Wartość netto PLN | Wartość VAT % | Wartość brutto PLN |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|---------------|-------------------|---------------------|----------------------|-------------------|---------------|--------------------|
| Kalibratory, kontrole i materiały zużywalne potrzebne do wykonania 19 200 oznaczeń immunochemicznych |                     |                     |               |                   |                     |                      |                   |               |                    |
| 1.                                                                                                   | Kalibratory         |                     |               |                   |                     |                      |                   |               |                    |
| 2                                                                                                    | Kontrole wewnętrzne |                     |               |                   |                     |                      |                   |               |                    |
| 3                                                                                                    | Materiały zużywalne |                     |               |                   |                     |                      |                   |               |                    |

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 4     |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5     |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |  |  |  |  |  |

Tab<sub>2</sub> Odczynniki potrzebne do wykonania 118 630 oznaczeń biochemicznych

| Lp. | Nazwa parametru      | Ilość oznacz. na okres trwania umowy. | Nazwa handlowa | Nr katalogowy | Ilość ozn. z 1 op. | Ilość op. rocznie | Cena 1 op netto PLN | Wartość netto PLN | VAT % | Wartość brutto PLN |
|-----|----------------------|---------------------------------------|----------------|---------------|--------------------|-------------------|---------------------|-------------------|-------|--------------------|
| 1   | Etanol               | 800                                   |                |               |                    |                   |                     |                   |       |                    |
| 2   | Albumina             | 800                                   |                |               |                    |                   |                     |                   |       |                    |
| 3   | Alkaliczna Fosfataza | 1000                                  |                |               |                    |                   |                     |                   |       |                    |
| 4   | Amylaza              | 3500                                  |                |               |                    |                   |                     |                   |       |                    |
| 5   | Bilirubina całkowita | 5000                                  |                |               |                    |                   |                     |                   |       |                    |
| 6   | Wapń                 | 1000                                  |                |               |                    |                   |                     |                   |       |                    |
| 7   | Cholesterol          | 4200                                  |                |               |                    |                   |                     |                   |       |                    |
| 8   | Kreatynina           | 15000                                 |                |               |                    |                   |                     |                   |       |                    |
| 9   | GGTP                 | 1600                                  |                |               |                    |                   |                     |                   |       |                    |
| 10  | Glukoza              | 11600                                 |                |               |                    |                   |                     |                   |       |                    |
| 11  | ALT                  | 6500                                  |                |               |                    |                   |                     |                   |       |                    |
| 12  | AST                  | 6500                                  |                |               |                    |                   |                     |                   |       |                    |
| 13  | Żelazo               | 1000                                  |                |               |                    |                   |                     |                   |       |                    |
| 14  | Magnez               | 1500                                  |                |               |                    |                   |                     |                   |       |                    |
| 15  | Fosfor               | 1000                                  |                |               |                    |                   |                     |                   |       |                    |
| 16  | D-Dimery             | 500                                   |                |               |                    |                   |                     |                   |       |                    |
| 17  | Białko Całkowite     | 1300                                  |                |               |                    |                   |                     |                   |       |                    |
| 18  | Triglicerydy         | 3200                                  |                |               |                    |                   |                     |                   |       |                    |
| 19  | Mocznik              | 6500                                  |                |               |                    |                   |                     |                   |       |                    |
| 20  | Kwas moczowy         | 1600                                  |                |               |                    |                   |                     |                   |       |                    |
| 21  | CRP                  | 13000                                 |                |               |                    |                   |                     |                   |       |                    |
| 22  | HbA1C                | 1000                                  |                |               |                    |                   |                     |                   |       |                    |
| 23  | HDL                  | 2500                                  |                |               |                    |                   |                     |                   |       |                    |
| 24  | Bilirubina bezpośr.  | 300                                   |                |               |                    |                   |                     |                   |       |                    |
| 25  | Białko w moczu/PMR   | 1300                                  |                |               |                    |                   |                     |                   |       |                    |

| Lp.                                                                 | Nazwa parametru | Ilość oznaczeń na okres trwania umowy | Nazwa handlowa odczynnika | Nr katalogowy | Ilość op. | Cena 1 op netto PLN | Cena 1 op brutto PLN | Wartość netto PLN y | Wartość VAT % | Wartość brutto PLN |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------|---------------------------|---------------|-----------|---------------------|----------------------|---------------------|---------------|--------------------|
| Odczynniki potrzebne do wykonania 19 000 oznaczeń immunochemicznych |                 |                                       |                           |               |           |                     |                      |                     |               |                    |

|       |                                                                                                                                 |        |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1     | CA 125                                                                                                                          | 300    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2     | CEA                                                                                                                             | 300    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3     | CK-MB                                                                                                                           | 2100   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4     | Estradiol                                                                                                                       | 300    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5     | FSH                                                                                                                             | 300    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6     | HBsAg                                                                                                                           | 500    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7     | bHCG                                                                                                                            | 600    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8     | HIV                                                                                                                             | 500    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9     | LH                                                                                                                              | 500    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10    | PSA                                                                                                                             | 800    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11    | HE4                                                                                                                             | 300    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12    | Prolaktyna                                                                                                                      | 500    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13    | TSH                                                                                                                             | 3200   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14    | TOXO IgM                                                                                                                        | 300    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15    | TOXO IgG                                                                                                                        | 300    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16    | Troponina T                                                                                                                     | 2500*  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       |                                                                                                                                 | 2450** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       |                                                                                                                                 | 50**   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | *- wypełnić gdy składa się ofertę bez analizatora pomocniczego<br>**- wypełnić gdy składa się ofertę z analizatorem pomocniczym |        |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17    | Anty-HCV                                                                                                                        | 500    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18    | FT3                                                                                                                             | 1000   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19    | FT4                                                                                                                             | 1000   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20    | Anti-TPO                                                                                                                        | 500    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21    | Anti-TG                                                                                                                         | 300    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22    | IgE                                                                                                                             | 300    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23    | Insulina                                                                                                                        | 300    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24    | Prokalcytonina                                                                                                                  | 600    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25    | Testosteron                                                                                                                     | 300    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26    | Wit.B12                                                                                                                         | 300    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27    | Wit.D total                                                                                                                     | 300    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28    | Anti-HBS                                                                                                                        | 300    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM |                                                                                                                                 | 19000  |  |  |  |  |  |  |  |  |



## 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 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: [zampub@szpital-swinoujscie.pl](mailto:zampub@szpital-swinoujscie.pl)

tel.: 91-32-67-365

**Wykonawca zobowiązany jest wyliczyć wartość oferty uwzględniając wielkość opakowań zaokrąglając w górę do pełnych opakowań**

**Tab<sub>1</sub> Kalibratory, kontrole i materiały zużywalne**

| Lp.                                                                                                  | Nazwa produktu      | Wielkość opakowania | Nr katalogowy | Ilość op. w okresie trwania umowy | Cena 1 op netto PLN | Cena 1 op brutto PLN | Wartość netto PLN | Wartość VAT % | Wartość brutto PLN |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|---------------|-----------------------------------|---------------------|----------------------|-------------------|---------------|--------------------|
| Kalibratory, kontrole i materiały zużywalne potrzebne do wykonania 19 000 oznaczeń immunochemicznych |                     |                     |               |                                   |                     |                      |                   |               |                    |
| 1.                                                                                                   | Kalibratory         |                     |               |                                   |                     |                      |                   |               |                    |
| 2                                                                                                    | Kontrole wewnętrzne |                     |               |                                   |                     |                      |                   |               |                    |
| 3                                                                                                    | Materiały zużywalne |                     |               |                                   |                     |                      |                   |               |                    |
| 4                                                                                                    |                     |                     |               |                                   |                     |                      |                   |               |                    |
| 5                                                                                                    |                     |                     |               |                                   |                     |                      |                   |               |                    |
| RAZEM                                                                                                |                     |                     |               |                                   |                     |                      |                   |               |                    |

**Tab<sub>2</sub> Odczynniki potrzebne do wykonania 118 630 oznaczeń biochemicznych**

| Lp. | Nazwa parametru      | Ilość oznacz. na okres trwania umowy. | Nazwa handlowa | Nr katalogowy | Ilość ozn. z 1 op. | Ilość op. rocznie | Cena 1 op netto PLN | Wartość netto PLN | VAT % | Wartość brutto PLN |
|-----|----------------------|---------------------------------------|----------------|---------------|--------------------|-------------------|---------------------|-------------------|-------|--------------------|
| 1   | Etanol               | 800                                   |                |               |                    |                   |                     |                   |       |                    |
| 2   | Albumina             | 800                                   |                |               |                    |                   |                     |                   |       |                    |
| 3   | Alkaliczna Fosfataza | 1000                                  |                |               |                    |                   |                     |                   |       |                    |
| 4   | Amylaza              | 3500                                  |                |               |                    |                   |                     |                   |       |                    |
| 5   | Bilirubina całkowita | 5000                                  |                |               |                    |                   |                     |                   |       |                    |
| 6   | Wapń                 | 1000                                  |                |               |                    |                   |                     |                   |       |                    |
| 7   | Cholesterol          | 4200                                  |                |               |                    |                   |                     |                   |       |                    |
| 8   | Kreatynina           | 15000                                 |                |               |                    |                   |                     |                   |       |                    |
| 9   | GGTP                 | 1600                                  |                |               |                    |                   |                     |                   |       |                    |

|       |                          |         |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--------------------------|---------|--|--|--|--|--|--|--|
| 10    | Glukoza                  | 11600   |  |  |  |  |  |  |  |
| 11    | ALT                      | 6500    |  |  |  |  |  |  |  |
| 12    | AST                      | 6500    |  |  |  |  |  |  |  |
| 13    | Żelazo                   | 1000    |  |  |  |  |  |  |  |
| 14    | Magnez                   | 1500    |  |  |  |  |  |  |  |
| 15    | Fosfor                   | 1000    |  |  |  |  |  |  |  |
| 16    | D-Dimery                 | 500     |  |  |  |  |  |  |  |
| 17    | Białko Całkowite         | 1300    |  |  |  |  |  |  |  |
| 18    | Triglicerydy             | 3200    |  |  |  |  |  |  |  |
| 19    | Mocznik                  | 6500    |  |  |  |  |  |  |  |
| 20    | Kwas moczowy             | 1600    |  |  |  |  |  |  |  |
| 21    | CRP                      | 13000   |  |  |  |  |  |  |  |
| 22    | HbA1C                    | 1000    |  |  |  |  |  |  |  |
| 23    | HDL                      | 2500    |  |  |  |  |  |  |  |
| 24    | Bilirubina bezpośr.      | 300     |  |  |  |  |  |  |  |
| 25    | Białko w moczu/PMR       | 1300    |  |  |  |  |  |  |  |
| 26    | LDH                      | 200     |  |  |  |  |  |  |  |
| 27    | CK                       | 200     |  |  |  |  |  |  |  |
| 28    | TIBC lub równoważne      | 80      |  |  |  |  |  |  |  |
| 29    | LDL                      | 2500    |  |  |  |  |  |  |  |
| 30    | Czynnik reumatoidalny/RF | 200     |  |  |  |  |  |  |  |
| 31    | Ferrytyna                | 250     |  |  |  |  |  |  |  |
| 32    | Sód/Na                   | 11500   |  |  |  |  |  |  |  |
| 33    | Potas/K                  | 11500   |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM |                          | 118 630 |  |  |  |  |  |  |  |

Tab2. Materiały zużywalne potrzebne do wykonania oznaczeń wg specyfikacji Tabela 1

| Lp. | Nazwa       | Nazwa handlowa | Nr katalogowy | Ilość ozn. z 1 op. | Ilość op. w okresie trwania umowy | Cena 1 op netto PLN | Wartość netto PLN | VAT % | Wartość brutto PLN |
|-----|-------------|----------------|---------------|--------------------|-----------------------------------|---------------------|-------------------|-------|--------------------|
| 1.  | Kalibratory |                |               |                    |                                   |                     |                   |       |                    |
| 2.  | Kontrole    |                |               |                    |                                   |                     |                   |       |                    |

|       |                     |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 3.    | Materiały zużywalne |  |  |  |  |  |  |  |
| Razem |                     |  |  |  |  |  |  |  |

**Było:**

**IX. WYKAZ OŚWIADCZEŃ DOKUMENTÓW, JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ WYKONAWCY  
W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

”...  
**9. Dokument wystawiony przez producenta aparatu**, iż zaoferowane przez Wykonawcę wyroby medyczne mogą być wykorzystane w przedmiotowych urządzeniach bez szkodliwego na ich funkcjonowanie oraz prawidłowości wyników badań....”

**Zmienia się na:**

**IX. WYKAZ OŚWIADCZEŃ DOKUMENTÓW, JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ WYKONAWCY  
W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

”...  
**9. Dokument wystawiony przez producenta lub dystrybutora aparatu**, iż zaoferowane przez Wykonawcę wyroby medyczne mogą być wykorzystane w przedmiotowych urządzeniach bez szkodliwego na ich funkcjonowanie oraz prawidłowości wyników badań ...”

Pozostałe zapisy SIWZ nie ulegają zmianie.

**Prezes Zarządu**

*Szpitala Miejskiego im. Jan Garduły*

*w Świnoujściu sp. z o. o.*

*oryginał podpisu w dokumentacji postępowania*

*mgr Dorota KONKOLEWSKA*