



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
tel.: 91-32-67-365

Świnoujście, 01/12/2016 r.

Znak sprawy: ZP/15/2016

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

DO WSZYSTKICH UCZESTNIKÓW POSTĘPOWANIA PRZETRAGOWEGO PN.:

**Dostawa i instalacja zamgławiacza do dezynfekcji pomieszczeń szpitalnych dla spółki Szpitala
Miejskiego im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.**

Na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 29 styczeń 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 2164 ze zm.) zawiadamia się, że w dniu **01-12-2016 r.** w przedmiotowym postępowaniu w specyfikacji istotnych warunków zwana dalej „siwz” zamówienia dokonano zmiany treści:

Było:

Załącznik nr 1 do SIWZ ZP/15/2016

Wykaz minimalnych parametrów technicznych sprzętu:

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

Rok produkcji (min. 2016 r.):.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:

Nie demonstracyjny, fabrycznie nowy i nie używany:

Lp.	Parametry/ Warunek	Parametr wymagany	Odpowiedź oferenta
1.	Przenośne urządzenie do dezynfekcji pomieszczeń metodą zamgławiania tzw. Sucha mgła	TAK	
2.	Dezynfekcja pomieszczeń w którym znajduje się specjalistyczny sprzęt medyczny (elektronicznym) – potwierdzone przez producenta	TAK	
3.	Zasilanie elektryczne 230 V, 50 Hz	TAK	
4.	Kubatura pomieszczeń objętych dezynfekcją min. 500 m ³	Podać	
5.	Waga zamgławiacza do 6 kg	Podać	
6.	Obudowa urządzenia wykonana z tworzywa sztucznego z rączką umożliwiającą przenoszenie	TAK	
7.	Środek dezynfekcyjny dwuskładnikowy oparty na 6 % nadtlenu wodoru + kationy srebra (podlegający całkowitemu rozkładowi biologicznemu, roztwór nie toksyczny, niekorozyjny) – nazwa środka	Podać	
8.	Roztwór roboczy gotowy do użycia w min. 1 l pojemnikach gotowych do zamontowania w zamgławiaczu (2 pojemniki należy załączyć do zamgławiacza)	Podać	
9.	Zużycie roztworu roboczego do dezynfekcji w ilości max. 1ml/m ³ (przy zachowaniu pełnego spektrum działania)	Podać	
10.	Urządzenie rozpraszające roztwór roboczy w postaci mikrokropelek o średnicy pomiędzy 5 - 7,5 μm	Podać	

11.	Urządzenie z turbiną o prędkości min. 22000RPM	Podać	
12.	Szybkość wyrzutu środka przy dyszy: min. 80m/s	Podać	
13.	Urządzenie automatycznie wyłączające się po etapie dyfuzji środka	TAK	
14.	Roztwór roboczy aktywny wobec min.: bakterii, grzybów, wirusów, sporów	Podać	
15.	Możliwość kontroli procesu testami chemicznymi np. testera „Ranatest”.	Podać	
16.	Podłączenie do urządzenia elastycznego węża do dezynfekcji klimatyzacji/przewodów wentylacyjnych, miejsc trudnodostępnych	TAK	
Inne			
1.	Gwarancja min. 24 m-ce w tym min. <i>jeden nieodpłatny przegląd gwarancyjny</i>	TAK	
2.	Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej (na CD/DVD/PenDrive) min. 2 egz.	Podać	
3.	Certyfikat CE na urządzenie	TAK	
4.	Autoryzacja producenta na serwis i sprzedaż zaoferowanych pomp i stacji dokującej na terenie Polski (adres, tel., fax, e-mail)	Podać	
5.	Czas reakcji serwisu max. 72 h (<i>przyjazd</i>)	Podać	
6.	W przypadku konieczności naprawy aparatu poza siedzibą Zamawiającego zastępczy aparat na czas naprawy o parametrach równoważnych	TAK	

Miejscowość: dn.:

.....
Podpis osoby upoważnionej

Zmienia się na:

Załącznik nr 1 do SIWZ ZP/15/2016

Wykaz minimalnych parametrów technicznych sprzętu:

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

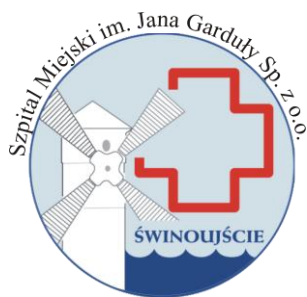
Rok produkcji (min. 2016 r.):.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:

Nie demonstracyjny, fabrycznie nowy i nie używany:

Lp.	Parametry/ Warunek	Parametr wymagany	Odpowiedź oferenta
1.	Przenośne urządzenie do dezynfekcji pomieszczeń metodą zamgławiania tzw. Sucha mgła	TAK	
2.	Dezynfekcja pomieszczeń w którym znajduje się specjalistyczny sprzęt medyczny (elektronicznym) – potwierdzone przez producenta	TAK	
3.	Zasilanie elektryczne 230 V, 50 Hz	TAK	
4.	Kubatura pomieszczeń objętych dezynfekcją min. 500 m ³	Podać	
5.	Waga zamgławiacza do 6 kg	Podać	
6.	Obudowa urządzenia wykonana z tworzywa sztucznego z rączką umożliwiającą przenoszenie	TAK	
7.	Środek dezynfekcyjny dwuskładnikowy oparty na 6 %	Podać	



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
tel.: 91-32-67-365

	nadtlenku wodoru + kationy srebra lub mieszanina kwasu nadoctowego oraz nadtlenku wodoru (podlegający całkowitemu rozkładowi biologicznemu, roztwór nie toksyczny, niekorozyjny) – nazwa środka		
8.	Roztwór roboczy gotowy do użycia w min. 1 l pojemnikach gotowych do zamontowania w zamglawiaczu (2 pojemniki należy załączyć do zamglawiacza)	Podać	
9.	Zużycie roztworu roboczego do dezynfekcji w zakresie ilościowym max. 1 – 3 ml/m ³ (przy zachowaniu pełnego spektrum działania)	Podać	
10.	Urządzenie rozpraszające roztwór roboczy w postaci mikrokropelek o średnicy pomiędzy 5 - 7,5 µm	Podać	
11.	Urządzenie z turbiną lub bez turbiny o prędkości min. 22000RPM	Podać	
12.	Szybkość wyrzutu środka przy dyszy: min. 80m/s	Podać	
13.	Urządzenie automatycznie wyłączające się po etapie dyfuzji środka	TAK	
14.	Roztwór roboczy aktywny wobec min.: bakterii, grzybów, wirusów, sporów	Podać	
15.	Możliwość podłączenia do urządzenia elastycznego węża do dezynfekcji klimatyzacji/przewodów wentylacyjnych, miejsc trudnodostępnych	Podać	
Inne			
1.	Gwarancja min. 24 m-ce w tym min. <i>jeden nieodpłatny przegląd gwarancyjny</i>	TAK	
2.	Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej (na CD/DVD/PenDrive) min. 2 egz.	Podać	
3.	Certyfikat CE na urządzenie	TAK	
4.	Autoryzacja producenta na serwis i sprzedaż zaoferowanych pomp i stacji dokującej na terenie Polski (adres, tel., fax, e- mail)	Podać	
5.	Czas reakcji serwisu max. 72 h (<i>przyjazd</i>)	Podać	
6.	W przypadku konieczności naprawy aparatu poza siedzibą Zamawiającego zastępczy aparat na czas naprawy o parametrach równoważnych	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