

**Zamojski Szpital Niepubliczny Sp. z o.o.**

22-400 Zamość. ul. Peowiaków 1

www.szpital.com.pl e-mail: zamosc@szpital.com.pl

tel. 84 677-50-00, fax 84 638-51-45

Zamość 2016-07-18

**Wszyscy Zainteresowani Wykonawcy**

## 

**Dotyczy: Przetargu nieograniczonego na dostawę materiałów do zabiegów ortopedycznych, nr sprawy 7/PN/16.**

#### WYJAŚNIENIA ZWIĄZANE Z TREŚCIĄ SIWZ

Działając zgodnie z art. 38 ust. 2 ustawy Prawo zamówień publicznych, w związku z pytaniami dotyczącymi treści Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia – Zamawiający przesyła treść pytań nadesłanych do w/w postępowania wraz z odpowiedziami.

**Pytanie 1 do zadania nr 7**

Czy Zamawiający wyłączy z zadania nr 7 pozycje: 33, 34, 35, 36, 37, 38 i stworzy oddzielny pakiet?

|  |  |
| --- | --- |
| 33 | Implant do szycia łąkotki w systemie all-inside |
| 34 | Ostrze shavera do tkanek miękkich standardowe o ząbkowanym ostrzu wewnętrznym i gładkim płaszczu. Ostrza wielorazowe w średnicach od 3,5mm do 5,5mm. Do shavera Livatec |
| 35 | Ostrze shavera do tkanek miękkich agresywne o ząbkowanym ostrzu wewnętrznym i ząbkowanym płaszczu. Ostrza wielorazowe w średnicach od 3,5mm do 5,5mm. Do shavera Livatec |
| 36 | Ostrze shavera do tkanek miękkich o gładkim ostrzu wewnętrznym i gładkim płaszczu. Ostrza wielorazowe w średnicach od 3,5mm do 5,5mm. Do shavera Livatec |
| 37 | Ostrze shawera do tkanki kostnej o owalnym ostrzu. Oliwka rowkowana. Ostrza wielorazowe o śr. 5,5mm. Do shavera Livatec |
| 38 | Ostrze shawera do tkanki kostnej o kulistym ostrzu. Kulka z rowkami. Ostrza wielorazowe o śr. 5,5 i 6,5 mm. Sterylne. Do shavera Livatec |

Zamawiający umieścił ostrza do shavera Linvatec razem z implantami. Prosimy o wydzielenie pozycji od nr 33 – 38 w osobny pakiet.

**Odpowiedź: Zgodnie z siwz.**

**Pytanie nr 2 do zadania nr 9**

Czy Zamawiający wyrazi zgodę w pakiecie nr 9 na wykreślenie zapisów j/n:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wykonawca zobowiązany jest do bezpłatnego użyczenia na czas obowiązywania umowy następujące | | | | | | | | | |
| wyposażenie niezbędne do wykonywania zabiegów artroskopowych w składzie: | | | |  |  |  |  |  |  |
| 1. Nagrywarka medyczna z ekranem dotykowym |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. Pompa artroskopowi  3.Instrumentarium do rekonstrukcji wiązadła krzyżowego przedniego |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. Instrumentarium do rekonstrukcji barku |  |  |  |  |  | podpis Wykonawcy | |  |  |
| 5.Shawer artroskopowy |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Odpowiedź: Zamawiający wyraża zgodę na wykreślenie następującego wyposażenia:**

1. Nagrywarka medyczna z ekranem dotykowym

2. Pompa artroskopowa

3. Shawer artroskopowy