



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

**MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY**

ul. Mirowska 15 42-202 Częstochowa Centrala tel. 370 22 22, fax. 370 27 92

e-mail: [sekretariat@zsm.czest.pl](mailto:sekretariat@zsm.czest.pl)

<http://www.zsm.czest>



Częstochowa, 06.11.2023 r.

## Informacja dla wykonawców biorących udział w postępowaniu

**Dotyczy postępowania ofertowego pn. „Dzierżawa aparatu do hemofiltracji dla Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii w SP ZOZ Miejskim Szpitalu Zespólnym w Częstochowie”**

W związku z otrzymanymi od Wykonawców pytaniami dotyczącymi przedmiotowego zapytania ofertowego, Zamawiający przekazuje wyjaśnienia

### Pytanie nr 1.

W ramach doprecyzowania zapisów szczegółowego opis przedmiotu zamówienia – zał. 1, wnosimy o wyłączenie z treści przyszłej umowy oraz zapisów zaproszenia do złożenia ofert zapisu o obowiązku nieodpłatnego dostarczenia wszelkich odczynników oraz niezbędnych materiałów:  
*„Pkt 7: Wyzierzawiający zobowiązany jest do zabezpieczenia w odczynniki oraz w wszelkie niezbędne materiały na okres 60 dni w ramach zawartej umowy. Zabezpieczenie nie stanowi dodatkowych kosztów do zawartej umowy”*

Jako wykonawca dostarczający wymagany do wyceny aparat – nie jesteśmy w stanie określić ilości zamawianego przez 60 dni asortymentu, wyrażenie zgody na powyższe, naraża wykonawcę na potencjalne straty.

### Odpowiedź:

Zamawiający nie wyraża zgody na usunięcie powyższego zapisu. Jednocześnie Zamawiający wskazuje iż zaprognozowana ilość jaką należy zabezpieczyć wynosi 8 kompletów (zabiegów) z pełnym wyposażeniem do ich wykonania ( jednorazowy wkład TherMax).

**DYREKTOR**  
*Wojciech Komieński*  
**Wojciech Komieński**