

**Powiatowe Centrum Zdrowia w Kamiennej Górze Sp. z o. o.**  
**58 - 400 Kamienna Góra ul. Bohaterów Getta 10**  
(075) 744-9036  
<http://www.pcz.org.pl>  
KRS 0000169608

fax. (075) 744-3103  
e- mail: [pcz@pcz.org.pl](mailto:pcz@pcz.org.pl)  
Wys. kap. zakł. 4 408 500,00 zł



---

Kamienna Góra, dnia 03 09 2014

**WSZYSCY WYKONAWCY**

**dotyczy: postępowania nr 6/2014 na dostawę zestawu do endoskopii przewodu pokarmowego na potrzeby Powiatowego Centrum Zdrowia w Kamiennej Górze Sp. z o. o. - MODYFIKACJA**

Działając na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2010r., Nr 113, poz. 759 ze zm.) Zamawiający modyfikuje SIWZ w zakresie pytań i udzielonych odpowiedzi w dniu 02.09.2014r.

**pytania dotyczące Załącznika do SIWZ nr 7/2014**

**Pytanie 15, pkt. 57, 63, 64**

Czy Zamawiający dopuszcza respirator, nie posiadający VS ale posiadający dodatkową unikalną funkcją do automatycznego odzwyczajania pacjenta od respiratora (funkcją SBT), posiadającą regulację czasu trwania próby oraz regulację poziomu alarmów, których przekroczenie spowoduje automatyczny powrót do trybu i ustawień wentylacji sprzed rozpoczęcia próby?

**Odp: Tak, dopuszcza.**

**Osobą do kontaktu w sprawie jest p. mgr Ewelina Wincza – kierownik działu zam. publicznych 075/744-90-33.**

**Powyższe informacje są wiążące dla stron postępowania z chwilą ich otrzymania.**

*sporządziła: mgr Ewelina Wincza*

z poważaniem  
**Prezes Zarządu**  
**mgr Wiktor Król**

**Formularz cenowy      załącznik do oferty przetargowej**  
**przetarg nieograniczony nr 7/2014**  
**zadanie nr 1 - 1 szt**

Nazwa towaru	Symbol katalogowy	Ilość jednostek	Cena jednostkowa brutto PLN (z Vat)	Wartość netto	Vat %	Wartość brutto
<b>Respirator stacjonarny</b> Typ..... Data produkcji ..... Producent ..... kraj pochodzenia ..... Dostawca.....		1 szt				
Wyposażenie standardowe: 1..... 2..... 3..... 4..... 5.....						
Razem						

**Warunki płatności:** ..... dni od daty uruchomienia sprzętu, przeszkolenia pracowników, podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego przez Strony i doręczenia prawidłowo wystawionej faktury VAT Zamawiającemu

**Warunki gwarancji** ..... miesiące

**Warunki dostawy** ..... dni/tygodni od daty zawarcia umowy

**Serwis w okresie gwarancji** realizuje .....

**Miejsce dostawy:** siedziba Zamawiającego Szpital Powiatowy ul. Bohaterów Getta 10; 58-400 Kamienna Góra

UWAGA

Prosimy o zaokrąglenie cen do dwóch miejsc po przecinku.  
 Rozliczenie między Zamawiającym a Wykonawcą odbędzie się w PLN.

Upoważniony przedstawiciel Wykonawcy  
 zgodnie z pełnomocnictwem o ile nie wynika to z dokumentów rejestrowych)

.....  
 [podpis, pieczęć]

Data.....