Górno, dn. 24.03.2021 r.

 **I. WYJAŚNIENIA TREŚCI ZAPYTANIA OFERTOWEGO**

z dnia 24.03.2021 r. w zapytaniu ofertowym na wykonanie przeglądu sprzętu medycznego
dla Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej „Sanatorium”
 im. Jana Pawła II w Górnie
ST/DZP-P/02/2021

Zamawiający przedstawia pytania Wykonawcy wraz udzielonymi wyjaśnieniami:

1. **Dotyczy: Pakiet 6**

Proszę rozważyć wyłączenie z pakietu nr 6 respiratorów Trilogy 202 to jest w pozycji 17-20
 i stworzenie nowego pakietu.

**Odpowiedź Zamawiającego:**

*Modyfikacja pakietów z dnia 2021.03.24*

**II. ZMIANA TREŚCI ZAPYTANIA OFERTOWEGO**

Zmienia się treść pakietu nr 6 oraz wprowadza się pakiet nr 6A i 6B (pozostałe pakiety pozostają bez zmian).

**Wykaz sprzętu medycznego do przeglądu - 2021 (Pakiet 6A)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Oddział | J.m. | Ilość | Wartość netto zł.  | VAT | Wartość brutto zł.  |
| 1 | Koncentrator tlenu SN 08HSZ460553 PLATINUM | ZOL III | Szt.  | 1 |   |   |   |
| 2 | Koncentrator tlenu SN 08HSZ460564 PLATINUM | ZOL III | Szt. | 1 |   |   |   |
| 3 | Koncentrat tlenu nr V-5169019 | ZOL III | Szt.  | 1 |   |   |   |
| 4 | Koncentrator INVACARE USA nr 08HSZ460629 w/0332 | Paw 10 | Szt.  | 1 |   |   |   |
| 5 | Koncentrator tlenu AIRSEP-VISION nr ewid W/0605 | Paw 10 | Szt. | 1 |  |  |  |
| 6 | Koncentrator tlenu INVACARE nr 08HSZ460516, nr ewid w/0331 | Paw 11 | Szt.  | 1 |  |  |  |
| 7 | Koncentrator tlenu AIRSEP-VISION V5169003 W/0608 | Paw 11 | Szt.  | 1 |  |  |  |
| 8 | Koncentrator tlenu De Vilbiss 525 nr 799684 KS | Paw 10 | Szt. | 1 |  |  |  |
| 9 | Koncentrator tlenu De Vilbiss 525 nr 799686 KS | Paw 10 | Szt. | 1 |  |  |  |
| 10 | Koncentrator tlenu De Vilbiss 525 nr 799680 KS | Paw 10 | Szt. | 1 |  |  |  |
| 11 | Koncentrator tlenu De Vilbiss 525 nr 799685 KS | Paw 10 | Szt. | 1 |  |  |  |
| 12 | Pompa infuzyjna ASCOR nr A/4127/01 | ZOL III | Szt.  | 1 |   |   |   |
| 13 | Pompa infuzyjna SEP nr A/4124/01 | Paw 10 | Szt.  | 1 |   |   |   |
| 14 | Pompa infuzyjna ASCOR nr A/4126/01 | Paw 10 | Szt.  | 1 |   |   |   |
| 15 | Pompa infuzyjna ASCOR nr A/4128/01 | Paw 11 | Szt. | 1 |  |  |  |
| 16 | Pompa infuzyjna nr A/4131/01 Askor | Paw 11 | Szt.  | 1 |  |  |  |
| 17 | Pulsoksymetr ręczny N-20E nr 0838251 | ZOL III | Szt.  | 1 |  |  |  |
|  **Wartość przeglądów razem PLN** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

………………………………….. .…………..……………………..

(data, miejscowość) (podpis i pieczątka wykonawcy
 lub osoby upoważnionej)

|  |
| --- |
| **Wykaz sprzętu medycznego do przeglądu – 2021 (Pakiet 6B)** |
| Lp. | Nazwa urządzenia | Oddział | J.m. | Ilość | Wartość netto zł. | VAT | Wartość brutto zł. |
| 1 | Respirator Trilogy 202 nr TV017011901 | Paw 10 | Szt. | 1 |  |  |  |
| 2 | Respirator Trilogy 202 nr TV017011902 | Paw 10 | Szt. | 1 |  |  |  |
| 3 | Respirator Trilogy 202 nr TV017011903 | Paw 10 | Szt. | 1 |  |  |  |
| 4 | Respirator Trilogy 202 nr TV016102612 | Paw 10 | Szt. | 1 |  |  |  |
|  **Wartość przeglądów razem PLN** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

………………………………….. .…………..……………………..

(data, miejscowość) (podpis i pieczątka wykonawcy
 lub osoby upoważnionej)