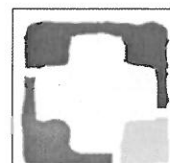




Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej  
w Żorach Sp. z o.o.  
44-240 Żory, ul. Dąbrowskiego 20  
tel. (32) 43 41 781  
NIP 651-16-04-392 Regon 277951456  
kapitał zakładowy: 17 133 300,00 zł



L.dz.MZOZ/DZP/2149 /18

Żory, dnia 30.11.2018

**WSZYSCY WYKONAWCY**

## **WYJAŚNIENIE SIWZ (2)**

**Dotyczy: przetargu nieograniczonego nr 25/DZP/2018 na dostawę leków**

W związku z otrzymaniem pytania Zamawiający udziela odpowiedzi.

### **Pytanie 1**

**Pytanie 1** – Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zmianę postaci proponowanych preparatów – tabletki na tabletki powlekane lub kapsułki lub drażetki i odwrotnie?

### **Odpowiedź:**

Zamawiający wyraża zgodę na powyższe na zasadzie równoważności oferty.

**Pytanie 2** – Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zmianę fiolki na ampułki?

### **Odpowiedź:**

Zamawiający nie wyraża zgody na powyższe.

**Pytanie 3** – Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zmianę fiolki lub ampułki na ampułko-strzykawkę?

### **Odpowiedź:**

Zamawiający nie wyraża zgody na powyższe.

**Pytanie 4** - Czy Zamawiający wyraża zgodę na zmianę wielkości opakowania? Proszę podać sposób przeliczenia – do 2 miejsc po przecinku czy do pełnego opakowania w górę?

### **Odpowiedź:**

Zamawiający wyraża zgodę na powyższe na zasadzie równoważności oferty. Sposób przeliczenia – do pełnego opakowania.

**Pytanie 5** – Czy Zamawiający pod pojęciem możliwości zmiany wielkości opakowania rozumie również zmianę gramatury (gramy, kilogramy, mililitry, litry itd.) Przykładowo: Zamawiający wymaga maści w opakowaniu 25g, czy można zaoferować maść w opakowaniu 20g lub 30g? Max. 30% większe lub mniejsze opakowanie?

### **Odpowiedź:**

Zamawiający wyraża zgodę na powyższe na zasadzie równoważności oferty.

**Pytanie 6** – Zwracamy się z prośbą o określenie w jaki sposób postąpić w przypadku zaprzestania lub braku produkcji danego preparatu. Czy Zamawiający wyrazi zgodę na podanie ostatniej ceny i informacji pod pakietem?

**Odpowiedź:**

Zamawiający wyraża zgodę na powyższe na zasadzie równoważności oferty.

**UWAGA!**

**Wykonawca jest zobowiązany do uwzględnienia wszystkich zmian dokonanych przez Zamawiającego.**


Z poważaniem:

PREZES ZARZĄDU  
  
mgr Katarzyna Siemieniec

Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej  
w Żorach Sp. z o.o.  
NIP: 651-16-04-392, REGON: 277951404  
KRS: 0000087474  
44-240 Żory, ul. Dąbrowskiego 20  
woj. śląskie, tel. 32 434 17 81

Umieszczono na stronie internetowej Zamawiającego

w dniu ..... 04.12.2018r. ....

Starszy Inspektor  
Dział Zamówień Publicznych  
i Rozliczenia Umów  
  
mgr Aleksandra Wojcik