Augustów, dnia 08.07.2019 r.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

w Augustowie

ul. Szpitala 12

16-300 Augustów

Strona internetowa: [www.](http://www.wss.olsztyn.pl/)spzoz.augustow.pl

e-mail: zp@spzoz.augustow.pl

**-Do wiadomości uczestników postępowania-**

**-Strona internetowa Zamawiającego-**

**ZMIANA TREŚCI SIWZ**

**Dotyczy:** postępowania o udzielenie zamówienia w trybie przetargu nieograniczonego na wybór wykonawców dostaw urządzeń medycznych pn. **DOSTAWA APARTURY MEDYCZNEJ DLA SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ W AUGUSTOWIE W RAMACH PROJEKTU „WSPÓŁPRACA TRANSGRANICZNA INSTYTUCJI OCHRONY ZDROWIA W ZAKRESIE PRAW PACJENTA I JAKOŚCI USŁUG” NUMER PROJEKTU LT – PL – 3R - 245**

 *(Biuletyn Zamówień Publicznych, Ogłoszenie nr* 564925-N-2019*).*

**Zamawiający, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie, działając na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy Prawo zamówień publicznych, dokonuje zmiany treści Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia w zakresie:**

|  |
| --- |
| **W Rozdziale XI. Miejsce oraz termin składania ofert, przed zmianą jest:** |

1. **Ofertę należy przesłać/ złożyć w nieprzejrzystym opakowaniu/ zamkniętej kopercie na adres zamawiającego:**

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie**

**ul. Szpitala 12**

**16-300 Augustów**

**Strona internetowa:** [**www.**](http://www.wss.olsztyn.pl/)**spzoz.augustow.pl**

**e-mail: zp@spzoz.augustow.pl**

**Godziny urzędowania:7.00 – 14.35.**

**Tel: 87 644 52 59**

do dnia **05 lipiec 2019 r.** do godz. **10.00**

Oznakowane oferty: 8/ZP/2019 **–** Dostawa aparatury medycznej

Zamawiający niezwłocznie zawiadamia wykonawcę o złożeniu oferty po terminie oraz zwraca ofertę po upływie terminu do wniesienia odwołania.

1. **Miejsce otwarcia ofert:**
2. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie, ul. Szpitalna 12, 16-300 Augustów, sala szkoleniowa dnia **05 lipiec 2019 r. o godz. 10.10**

|  |
| --- |
| **W Rozdziale XI. Miejsce oraz termin składania ofert, po zmianie jest:** |

* 1. **Ofertę należy przesłać/ złożyć w nieprzejrzystym opakowaniu/ zamkniętej kopercie na adres zamawiającego:**

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie**

**ul. Szpitala 12**

**16-300 Augustów**

**Strona internetowa:** [**www.**](http://www.wss.olsztyn.pl/)**spzoz.augustow.pl**

**e-mail: zp@spzoz.augustow.pl**

**Godziny urzędowania:7.00 – 14.35.**

**Tel: 87 644 52 59**

do dnia **17 lipiec 2019 r.** do godz. **10.00**

Oznakowane oferty: 8/ZP/2019 **–** Dostawa aparatury medycznej

Zamawiający niezwłocznie zawiadamia wykonawcę o złożeniu oferty po terminie oraz zwraca ofertę po upływie terminu do wniesienia odwołania.

* 1. **Miejsce otwarcia ofert:**
1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie, ul. Szpitalna 12, 16-300 Augustów, sala szkoleniowa dnia **17 lipiec 2019 r. o godz. 10.10**

|  |
| --- |
| **W Rozdziale nr III SIWZ Opis przedmiotu zamówienia pkt II.1****przed zmianą jest:** |

**Nazwa nadana Zamówieniu przez Zamawiającego**

Dostawa aparatury medycznej dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Augustowie w ramach projektu „Współpraca transgraniczna instytucji ochrony zdrowia w zakresie praw pacjenta i jakości usług” numer projektu LT-PL-3R-245.

**Część I zamówienia:**

1. Videoduodenoskop zabiegowy HDTV
2. Tor wizyjny HDTV videoduodenoskopu
3. System do archiwizacji badań
4. Zestaw do zabiegów ECPW
5. Automatyczna myjnia endoskopowa

**Część II zamówienia:**

Aparat RTG z ramieniem C generator 5 kW anoda rotacyjna wzmacniacz 9 cali wózek z monitorami

**Część III zamówienia:**

Przezierny stół zabiegowy

**W ramach umowy Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć na własny koszt (i ryzyko) zamontować i uruchomić sprzęt medyczny wymieniony w załączniku nr 2 do SIWZ oraz przeszkolić personel.**

Numer referencyjny: 8/ZP/2019

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia znajduje się w załączniku nr 2 do SIWZ.

Oznaczenie wg Wspólnego Słownika Zamówień:

Kod CPV**: 33111000-1 – aparatura rentgenowska, 33111100-2 – stoły rentgenowskie, 33168000-5 – przyrządy do endoskopii, endochirurgii.**

2) Zamówienie podzielone jest na części.

3) Zamawiający dopuszcza możliwość składania ofert częściowych.

|  |
| --- |
| **W Rozdziale nr III SIWZ Opis przedmiotu zamówienia pkt II.1****po zmianie jest:** |

**Nazwa nadana Zamówieniu przez Zamawiającego**

Dostawa aparatury medycznej dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Augustowie w ramach projektu „Współpraca transgraniczna instytucji ochrony zdrowia w zakresie praw pacjenta i jakości usług” numer projektu LT-PL-3R-245.

**Część I zamówienia:**

1. Videoduodenoskop zabiegowy HDTV
2. Tor wizyjny HDTV videoduodenoskopu
3. System do archiwizacji badań
4. Automatyczna myjnia endoskopowa

**Część II zamówienia:**

Aparat RTG z ramieniem C generator min 2 kW anoda wzmacniacz 9 cali wózek z monitorami

**Część III zamówienia:**

Przezierny stół zabiegowy

**Część IV zamówienia:**

Zestaw do zabiegów ECPW

**W ramach umowy Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć na własny koszt (i ryzyko) zamontować i uruchomić sprzęt medyczny wymieniony w załączniku nr 2 do SIWZ oraz przeszkolić personel.**

Numer referencyjny: 8/ZP/2019

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia znajduje się w załączniku nr 2 do SIWZ.

Oznaczenie wg Wspólnego Słownika Zamówień:

Kod CPV**: 33111000-1 – aparatura rentgenowska, 33111100-2 – stoły rentgenowskie, 33168000-5 – przyrządy do endoskopii, endochirurgii.**

2) Zamówienie podzielone jest na części.

3) Zamawiający dopuszcza możliwość składania ofert częściowych.

|  |
| --- |
| **W Załączniku Nr 4 do SIWZ Umowa - Projekt, w § 1 ust 4 Przedmiot umowy** **przed zmianą jest:** |

**Część I zamówienia[[1]](#footnote-1):**

1)Videoduodenoskop zabiegowy HDTV - ……………………….. zł brutto,

2)Tor wizyjny HDTV videoduodenoskopu - ………………………………… zł brutto,

3)System do archiwizacji badań - ……………………………. zł brutto,

4)Zestaw do zabiegów ECPW - ………………………………… zł brutto,

5)Automatyczna myjnia endoskopowa - ……………………………………… zł brutto.,

 Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ……………… m-cy.

 Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… lat użytkowania

**Część II zamówienia[[2]](#footnote-2):**

Aparat RTG z ramieniem C generator 5 kW anoda rotacyjna wzmacniacz 9 cali wózek z monitorami - …………………………………. zł brutto,

Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ……………… m-cy

Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… lat użytkowania

**Część III zamówienia[[3]](#footnote-3):**

Przezierny stół zabiegowy - …………………………………zł brutto.

Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ……………… m-cy

Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… lat użytkowania

|  |
| --- |
| **W Załączniku Nr 4 do SIWZ Umowa - Projekt, w § 1 ust 4 Przedmiot umowy po zmianie jest:** |

**Część I zamówienia[[4]](#footnote-4):**

1)Videoduodenoskop zabiegowy HDTV - ……………………….. zł brutto,

2)Tor wizyjny HDTV videoduodenoskopu - ………………………………… zł brutto,

3)System do archiwizacji badań - ……………………………. zł brutto,

4)Automatyczna myjnia endoskopowa - ……………………………………… zł brutto.,

 Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ……………… m-cy.

 Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… lat użytkowania

**Część II zamówienia[[5]](#footnote-5):**

Aparat RTG z ramieniem C generator min 2 kW anoda wzmacniacz 9 cali wózek z monitorami - …………………………………. zł brutto,

Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ……………… m-cy

Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… lat użytkowania

**Część III zamówienia[[6]](#footnote-6):**

Przezierny stół zabiegowy - …………………………………zł brutto.

Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ……………… m-cy

Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… lat użytkowania

**Część IV zamówienia[[7]](#footnote-7):**

Zestaw do zabiegów ECPW - ………………………………… zł brutto,

Długość okresu gwarancji i rękojmi za wady na dostarczoną aparaturę medyczną: ……………… m-cy

Długość okresu bezpłatnego serwisu aparatury medycznej: do …… lat użytkowania

|  |
| --- |
| **Zmienia się treść Załącznika nr 4 do SIWZ (w załączeniu)** |

Dyrektor SP ZOZ w Augustowie

 **Danuta Zawadzka**

 (*Podpis osoby uprawnionej*)

1. Wykreśla się część na którą Wykonawca nie składa oferty [↑](#footnote-ref-1)
2. Wykreśla się część na którą Wykonawca nie składa oferty [↑](#footnote-ref-2)
3. Wykreśla się część na którą Wykonawca nie składa oferty [↑](#footnote-ref-3)
4. Wykreśla się część na którą Wykonawca nie składa oferty [↑](#footnote-ref-4)
5. Wykreśla się część na którą Wykonawca nie składa oferty [↑](#footnote-ref-5)
6. Wykreśla się część na którą Wykonawca nie składa oferty [↑](#footnote-ref-6)
7. Wykreśla się część na którą Wykonawca nie składa oferty [↑](#footnote-ref-7)