

# Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Świdniku

ul. Bolesława Leśmiana 4; 21-040 Świdnik



REGON 431010878

tel. (81) 751 42 15  
www.spzozswidnik.pl

NIP 712-24-83-842

fax (81) 751 27 49  
sekretariat@spzozswidnik.pl



Bank Pekao S.A. Nr rachunku bankowego: 02 1240 5497 1111 0010 7390 0187

Świdnik, dn. 09.08.2019

## Uczestnicy postępowania / strona internetowa /

### dotyczy przetargu nieograniczonego na Dostawę środków dezynfekcyjnych - numer sprawy SPZOZ/ZP/271/11/08/2019

W związku z postawionymi pytaniami związanymi z przetargiem jw. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Świdniku zgodnie z art. 38 ust. 1 i 2 ustawy Prawo zamówień publicznych uprzejmie odpowiada :

#### **Ad. Pyt. 1**

Prosimy o potwierdzenie, że Zamawiający będzie wymagał, zgodnie z obowiązującym prawem, koncesji lub zezwolenia na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej tylko od Wykonawców oferujących produkty lecznicze.

#### **Odpowiedź**

**Tak, Zamawiający potwierdza**

#### **Ad. Pyt. 2 – Pakiet nr 2 poz. 5**

Prosimy o dopuszczenie preparatu Octenisept poj. 1L po odpowiednim przeliczeniu ilości opakowań.

#### **Odpowiedź**

**Zgodnie z SIWZ**

#### **Ad. Pyt. 3 - Pakiet nr 2 poz. 14**

Prosimy o dopuszczenie preparatu Desmanol Pure poj. 500ml z dozownikiem.

#### **Odpowiedź**

**Zamawiający dopuszcza**

#### **Ad. Pyt. 4 – Pakiet nr 2 poz. 15**

Prosimy o dopuszczenie preparatu Desderman Pure poj. 500ml.

#### **Odpowiedź**

**Zgodnie z SIWZ**

#### **Ad. Pyt. 5 – Pakiet nr 2 poz. 24**

Prosimy o dopuszczenie preparatu Mikrozyd AF Liquid poj. 1L ze spryskiwaczem.

#### **Odpowiedź**

**Zamawiający dopuszcza**

#### **Ad. Pyt. 6 – Pakiet nr 2 poz. 27**

Prosimy o dopuszczenie chusteczek Mikrozyd Sensitive Wipes a 200 szt. (box) po odpowiednim przeliczeniu ilości chusteczek.

#### **Odpowiedź**

**Zgodnie z SIWZ**

**Ad. Pyt. 7 – Pakiet nr 2 poz. 28**

Prosimy o dopuszczenie Mikrozyd Sensitive Wipes a 200 szt.(wkład) po odpowiednim przeliczeniu ilości chusteczek.

**Odpowiedź**

**Zgodnie z SIWZ**

**Ad. Pyt. 8 – Pakiet nr 2 poz. 32**

Prosimy o dopuszczenie pompki dozującej do butelek 500ml, do preparatu typu Desderman Pure.

**Odpowiedź**

**Zgodnie z SIWZ**

Z poważaniem

  
DYREKTOR  
Samodzielnego Publicznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej  
w Świdniku  
lek.med. Jan K Kamiński