

**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ**  
**Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji**  
**w Poznaniu**



**im. prof. Ludwika Bierkowskiego**

**Dział Zamówień Publicznych**

ul. Dojazd 34, 60-631 Poznań  
tel. 61-846-47-70,  
www.szpitalmswia.poznan.pl  
zamowienia@szpitalmswia.poznan.pl



Poznań, dnia 05.10.2021 roku

ZP/p/16/2021

**Do wszystkich Wykonawców**  
**ubiegających się udzielenie**  
**zamówienia publicznego**

**Dotyczy:** postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą: „Dostawa aparatury medycznej i sprzętu”.

Nr postępowania: ZP/p/16/2021.

**ZMIANA TREŚCI SWZ**

Zamawiający działając zgodnie z art. 286 ust. 1 i ust. 7 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (tj. Dz. U. z 2019 r., poz. 2019 ze zm.), dokonuje zmiany treści SWZ w następującym zakresie:

**1) SWZ Rozdz. III: OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:**

Było:

2. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierający informację o asortymencie, ilościach i jego wymogach został określony w Załączniku nr 2 do SIWZ
3. Zamawiający w Załączniku nr 2 do SIWZ wymaga podania przez Wykonawcę opisu parametrów oferowanego przez Wykonawcę przedmiotu zamówienia – wypełniony i podpisany Załącznik nr 2 do SIWZ należy złożyć wraz z ofertą.  
Załącznik nr 2 do SIWZ winien być złożony w formie oryginału podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym.

**Powinno być:**

2. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia zawierający informację o asortymencie, ilościach i jego wymogach został określony w Załączniku nr 2 do SWZ
3. Zamawiający w Załączniku nr 2 do SWZ wymaga podania przez Wykonawcę opisu parametrów oferowanego przez Wykonawcę przedmiotu zamówienia – wypełniony i podpisany Załącznik nr 2 do SWZ należy złożyć wraz z ofertą.  
Załącznik nr 2 do SWZ winien być złożony w formie oryginału podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym.

**2) Formularz ofertowy – Załącznik nr 1 do SWZ:**

Było:

1. **OFERUJEMY** wykonanie przedmiotu Zamówienia za cenę (zgodnie z wyliczeniem przedstawionym w Formularzu asortymentowo – cenowym):

CENA NETTO..... PLN

Słownie wartość oferty netto: .....

CENA BRUTTO..... PLN

Słownie wartość oferty brutto:.....

**OKRES GWARANCJI NA DOSTARCZONY SPRZĘT 36/ 48/ 60\*** (Należy określić w miesiącach, UWAGA: Termin udzielonej gwarancji przez Wykonawcę nie krótszy niż: **36 miesięcy** od daty podpisania protokołu odbioru końcowego bez uwag).

**Powinno być:**

1. **OFERUJEMY** wykonanie przedmiotu Zamówienia za cenę:

CENA NETTO..... PLN

Słownie wartość oferty netto: .....

CENA BRUTTO..... PLN

Słownie wartość oferty brutto:.....

**OKRES GWARANCJI NA DOSTARCZONY SPRZĘT 36/ 48/ 60\*** (Należy określić w miesiącach, UWAGA: Termin udzielonej gwarancji przez Wykonawcę nie krótszy niż: **36 miesięcy** od daty podpisania protokołu odbioru końcowego bez uwag).

**Niniejszy dokument stanowi integralną część SWZ i jest wiążący dla wszystkich Wykonawców ubiegających się o udzielenie niniejszego zamówienia publicznego.**

**DYREKTOR**  
SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO  
ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ  
MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI  
w Poznaniu im. prof. J. Piłsudskiego  
*dr n. med. Witold Pstrąg-Bieleński*

Wyk. w 1 egz.  
1/ strona internetowa  
2/ a/a  
Druk: A.Szylko

**SPECJALISTA**  
ds. Zamówień Publicznych  
*A. Szylko*  
mgr inż. Aleksandra Szylko