

Zamawiający:
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny
ul. Bialska 104/118,42-200 Częstochowa
tel. i faks: 34/ 367-37-53

Częstochowa, dnia 28-10-2014r.

Znak sprawy: DAZ.26.079.2014

L.dz. 2440/14

**Wykonawcy ubiegający się o udzielenie
zamówienia publicznego**

Dotyczy: postępowania prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na dostawę ekspanderów anatomicznych i protez anatomicznych; protez okrągłych; ekspanderoprotez i ekspanderów tkankowych okrągłych do rekonstrukcji piersi oraz systemu do nowoczesnej techniki cementowania endoprotez.

WYJAŚNIENIA TREŚCI SIWZ

W związku z art. 38 ust.4 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych - tekst jednolity, (Dz.U. z 2013 r. poz. 907 ze zmianami), Zamawiający zmienia treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia w następującym zakresie tj.:

1) Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący Załącznik Nr 2 do SIWZ, w części Nr 1, punkt 6 tabeli wymaganych parametrów dla protez anatomicznych, otrzymuje nowe brzmienie:

„Wymagany certyfikat FDA dołączony do oferty lub Certyfikat dopuszczający do stosowania na terenie UE dołączony do oferty”.

2) Formularz asortymentowo-cenowy, stanowiący Załącznik Nr 2 do SIWZ, w części Nr 2, punkt 10 tabeli wymaganych parametrów i pozostałych wymagań, otrzymuje nowe brzmienie:

„Wymagany certyfikat FDA dołączony do oferty lub Certyfikat dopuszczający do stosowania na terenie UE dołączony do oferty”.

Zamawiający do niniejszych WYJAŚNIEŃ TREŚCI SIWZ, w załączeniu przedstawia aktualnie obowiązujący formularz asortymentowo-cenowy dla części Nr 1 i Nr 2, uwzględniający wprowadzone zmiany.

Konieczne jest bezwzględne ujęcie w składanych ofertach zmian wprowadzonych do SIWZ w wyniku udzielonych wyjaśnień niniejszym pismem.

Zamawiający działając zgodnie z art. 38 ust. 6 ustawy Pzp przedłuża termin składania ofert umożliwiając Wykonawcom uwzględnienie w ofertach wprowadzenie zmian treści SIWZ. Zamawiający wyznacza termin składania ofert na dzień **05-11-2014 do godz. 10:00.** Zamawiający wyznacza termin otwarcia ofert na dzień: **05-11-2014 r. o godz. 10:15**

Zatwierdził:

DYREKTOR
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie

lek. med. Barbara Magnuszewska-Pankiewicz

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

Formularz asortymentowo - cenowy

Część Nr 1 – Ekspandery anatomiczne i protezy anatomiczne w jednym systemie od jednego producenta dopasowane rozmiarowo

| Lp. | Przedmiot zamówienia/wymagania/ | J.m. | Ilość wg j.m. | Cena jednostkowa netto w zł | Wartość netto w zł (poz.4x5) | % VAT | Wartość brutto W zł (poz.6+7) | Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta |
|--------|---------------------------------|------|---------------|-----------------------------|------------------------------|-------|-------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | Ekspandery anatomiczne | szt. | 25 | | | | | |
| 2. | Protezy anatomiczne | szt. | 20 | | | | | |
| Razem: | | | | | | X | | X |

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla ekspanderów anatomicznych i protez anatomicznych :

| Lp. | Parametry wymagane i pozostałe wymagania | Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE |
|--|---|---|
| Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla ekspanderów anatomicznych | | |
| 1. | Dopełnienie roztworem soli fizjologicznej | |
| 2. | Powłoka teksturowa | |
| 3. | produkt sterylny | |
| 4. | Rozmiary 150 cm ³ – 950 cm ³ | |
| 5. | Bezpłatna wymiana w przypadku uszkodzenia wynikającego z wady z użyciem ekspanderu (wyciek soli fizjologicznej) | |
| 6. | Wymagana kompatybilność z protezą anatomiczną | |
| 7. | Gwarancja minimum 6 miesięcy od wszczęcia | |
| 8. | Ważność sterylizacji produktu minimum 4 lata | |
| Wymagane parametry dla protez anatomicznych | | |
| 1. | Produkt sterylny | |
| 2. | Powłoka teksturowana , minimum trzy warstwy elastomeru | |
| 3. | Bariera antydyfuzyjna zapobiegająca przenikaniu żelu do organizmu | |
| 4. | Trzy wysokości i cztery projekcje | |
| 5. | Wypełniony żelem silikonowym w opcjach dwóch rodzajach żelu | |
| 6. | Wymagany certyfikat FDA dołączony do oferty lub Certyfikat dopuszczający do stosowania na terenie UE dołączony do oferty | |
| 7. | Ważność sterylizacji produktu minimum 4 lata | |
| 8. | Gwarancja bezterminowa | |

Ekspandery anatomiczne i protezy anatomiczne muszą pochodzić od jednego producenta , co gwarantuje odpowiedni dobór protez po zastosowaniu ekspanderów. Zapobiega to ewentualnym roszczeniom sądowym w razie niepowodzeń.

Uwaga:

Nie spełnienie któregoś z parametrów opisujących przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
miejsowość i data

Formularz asortymentowo - cenowy

Część Nr 2 – Protezy anatomiczne

| Lp. | Przedmiot zamówienia/wymagania/ | J.m. | Ilość wg j.m. | Cena jednostkowa netto w zł | Wartość netto w zł (poz.4x5) | % VAT | Wartość brutto W zł (poz.6+7) | Nazwa handlowa, nr katalogowy identyczne jak na Fakturze, nazwa producenta |
|--------|---------------------------------|------|---------------|-----------------------------|------------------------------|-------|-------------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | Protezy anatomiczne | szt. | 10 | | | | | |
| Razem: | | | | | | X | | X |

Wymagane parametry oraz pozostałe wymagania dla protez anatomicznych :

| Lp. | Wymagane parametry i pozostałe wymagania | Należy wypełnić tabelę wpisując TAK lub NIE |
|-----|--|---|
| 1 | Wypełnienie: spójny zagęszczony żel silikonowy | |
| 2 | 4 warstwy elastomeru silikonowego | |
| 3 | Co najmniej 9 różnych kształtów | |
| 4 | Szerokość implantu różna od wysokości implantu | |
| 5 | 3 wysokości i 3 projekcje | |
| 6 | Objętość od 120 – 775 ml | |
| 7 | Bariera antydyfuzyjna zapobiegająca przenikaniu żelu do organizmu | |
| 8 | Powłoka teksturowana produkt sterylony | |
| 9 | Ważność sterylizacji minimum 4 lata | |
| 10 | Wymagany certyfikat FDA dołączony do oferty lub Certyfikat dopuszczający do stosowania na terenie UE dołączony do oferty | |
| 11 | Gwarancja bezterminowa | |
| 12 | Gwarancja wymiany implantów przez okres 10 lat od wszczepienia w przypadku torebki włóknistej III i IV stopień wg Bakera potwierdzona zapisem w ogólnych warunkach gwarancji i przekazanej po operacji pacjentce | |

Uwaga:

Nie spełnienie któregośkolwiek parametru opisującego przedmiot zamówienia oraz pozostałych wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia spowoduje odrzucenie oferty.

.....
*Pieczęć imienna i podpisy osób
uprawnionych do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy*