Wrocław, 11 maja 2018r.

****

**4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY**

**z POLIKLINKĄ SP ZOZ we Wrocławiu**

ul. R. Weigla 5, 50-981 Wrocław

**MODYFIKACJA**

**SPECYFIKACJI ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA**

Dot. przetargu nieograniczonego na dostawę sprzętu medycznego w ramach realizacji projektu „Zakup aparatury medycznej na potrzeby Zintegrowanego Bloku Operacyjnego w 4 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu - ETAP III” część I, znak sprawy: 33/WZM/2018

Zamawiający 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu działając na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2017r., poz. 1579 z późn. zm.) informuje, że modyfikuje zapisy specyfikacji istotnych warunków zamówienia w ww. postępowaniu przetargowym.

1. W załączniku nr 2 do SIWZ pakiet 1 Aparat RTG przyłóżkowy cyfrowy – 1 kpl. – zestawienie parametrów, część D tabeli:

**PRZED MODYFIKACJĄ:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| D | Koszty eksploatacji pogwarancyjnej oraz obsługi serwisowej pogwarancyjnej – *wymagane materiały potwierdzające spełnienie nw. parametrów do złożenia wraz z ofertą* | | | |
|  | Materiały eksploatacyjne niezbędne do wymiany zgodnie z zaleceniami producenta w przeliczeniu na okres eksploatacji  5 lat – podać łączną cenę brutto oraz załączyć szczegółowe zestawienie asortymentu, stanowiącego podstawę wyliczenia | Podać | - |  |
|  | Częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | podać | - |  |
|  | Wykonawca gwarantuje Zamawiającemu pełen zakres odpłatnej obsługi pogwarancyjnej w Polsce przez serwis firmy producenta w okresie co najmniej 10 lat od daty dostawy | TAK | - |  |
|  | Gwarantowany koszt rocznego, pełnego kontraktu serwisowego (wartość netto, waluta PLN) zawierającego wszystkie koszty (w tym m.in. wszystkie części zamienne i przeglądy), możliwego do zawarcia po upływie okresu gwarancyjnego wiążący przez okres 2 lat po upływie okresu gwarancji | TAK, podać | - |  |
|  | Gwarantowany koszt przeglądu technicznego urządzenia wraz z dojazdem do Zamawiającego oraz niezbędnymi do wymiany częściami, zalecanymi do wymiany przez producenta przy przeglądzie technicznym (wartość netto, waluta PLN) po upływie okresu gwarancyjnego, wiążący przez okres min.2 lat po upływie okresu gwarancji | TAK, podać | - |  |
|  | Iloczyn częstotliwości przeglądów technicznych wymaganych przez producenta urządzenia i pełnych kosztów przeglądów technicznych (w tym niezbędnymi do wymiany częściami, zalecanymi do wymiany przez producenta przy przeglądzie technicznym, z wyłączeniem kosztów dojazdu) w przeliczeniu dla 5 lat eksploatacji | TAK, podać | - |  |
|  | Koszt robocizny i dojazdu w celu realizacji serwisu pogwarancyjnego (wartość netto, waluta PLN) przez okres 2 lat po upływie okresu gwarancji Koszt roboczogodziny…………………………………zł/godz. | TAK, podać | - |  |
|  | Koszt robocizny i dojazdu w celu realizacji serwisu pogwarancyjnego (wartość netto, waluta PLN) przez okres 2 lat po upływie okresu gwarancji Koszt dojazdu……………………………………ryczałt | TAK, podać | - |  |

**PO MODYFIKACJI:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **D.** | **Koszty eksploatacji pogwarancyjnej oraz obsługi serwisowej pogwarancyjnej** | | | |
|  | Materiały eksploatacyjne niezbędne do wymiany zgodnie z zaleceniami producenta w przeliczeniu na okres eksploatacji; 6 lat – podać łączną cenę brutto | **Podać** | - |  |
|  | Częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | **podać** | - |  |
|  | Wykonawca gwarantuje Zamawiającemu pełen zakres odpłatnej obsługi pogwarancyjnej w Polsce przez serwis firmy producenta w okresie co najmniej 10 lat od daty dostawy | **TAK** | - |  |
|  | Koszt rocznego, pełnego kontraktu serwisowego (wartość netto, waluta PLN) zawierającego wszystkie koszty (w tym m.in. wszystkie części zamienne i przeglądy), | **TAK, podać** | . |  |
|  | Koszt przeglądu technicznego urządzenia wraz z dojazdem do Zamawiającego oraz niezbędnymi do wymiany częściami, zalecanymi do wymiany przez producenta przy przeglądzie technicznym (wartość netto, waluta PLN) po upływie okresu gwarancyjnego, | **TAK, podać** | . |  |
|  | Iloczyn częstotliwości przeglądów technicznych wymaganych przez producenta urządzenia i pełnych kosztów przeglądów technicznych (w tym niezbędnymi do wymiany częściami, zalecanymi do wymiany przez producenta przy przeglądzie technicznym, z wyłączeniem kosztów dojazdu) w przeliczeniu dla 6 lat eksploatacji | **TAK, podać** | . |  |

1. W załączniku nr 2 do SIWZ pakiet 2 Aparat RTG typu ramię C - ortopedyczny – 1 kpl. – zestawienie parametrów, część D tabeli:

**PRZED MODYFIKACJĄ:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| D | Koszty eksploatacji pogwarancyjnej oraz obsługi serwisowej pogwarancyjnej | | | |
|  | Materiały eksploatacyjne niezbędne do wymiany zgodnie z zaleceniami producenta w przeliczeniu na okres eksploatacji  5 lat – podać łączną cenę brutto oraz załączyć szczegółowe zestawienie asortymentu, stanowiącego podstawę wyliczenia | Podać | - |  |
|  | Częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | podać | - |  |
|  | Wykonawca gwarantuje Zamawiającemu pełen zakres odpłatnej obsługi pogwarancyjnej w Polsce przez serwis firmy producenta w okresie co najmniej 10 lat od daty dostawy | TAK | - |  |
|  | Gwarantowany koszt rocznego, pełnego kontraktu serwisowego (wartość netto, waluta PLN) zawierającego wszystkie koszty (w tym m.in. wszystkie części zamienne i przeglądy), możliwego do zawarcia po upływie okresu gwarancyjnego wiążący przez okres 2 lat po upływie okresu gwarancji | TAK, podać | - |  |
|  | Gwarantowany koszt przeglądu technicznego urządzenia wraz z dojazdem do Zamawiającego oraz niezbędnymi do wymiany częściami, zalecanymi do wymiany przez producenta przy przeglądzie technicznym (wartość netto, waluta PLN) po upływie okresu gwarancyjnego, wiążący przez okres min.2 lat po upływie okresu gwarancji | TAK, podać | - |  |
|  | Iloczyn częstotliwości przeglądów technicznych wymaganych przez producenta urządzenia i pełnych kosztów przeglądów technicznych (w tym niezbędnymi do wymiany częściami, zalecanymi do wymiany przez producenta przy przeglądzie technicznym, z wyłączeniem kosztów dojazdu) w przeliczeniu dla 5 lat eksploatacji | TAK, podać | - |  |
|  | Koszt robocizny i dojazdu w celu realizacji serwisu pogwarancyjnego (wartość netto, waluta PLN) przez okres 2 lat po upływie okresu gwarancji Koszt roboczogodziny…………………………………zł/godz. | TAK, podać | - |  |
|  | Koszt robocizny i dojazdu w celu realizacji serwisu pogwarancyjnego (wartość netto, waluta PLN) przez okres 2 lat po upływie okresu gwarancji Koszt dojazdu……………………………………ryczałt | TAK, podać | - |  |

**PO MODYFIKACJI:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **D.** | **Koszty eksploatacji pogwarancyjnej oraz obsługi serwisowej pogwarancyjnej** | | | |
|  | Materiały eksploatacyjne niezbędne do wymiany zgodnie z zaleceniami producenta w przeliczeniu na okres eksploatacji; 6 lat – podać łączną cenę brutto | **Podać** | - |  |
|  | Częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | **podać** | - |  |
|  | Wykonawca gwarantuje Zamawiającemu pełen zakres odpłatnej obsługi pogwarancyjnej w Polsce przez serwis firmy producenta w okresie co najmniej 10 lat od daty dostawy | **TAK** | - |  |
|  | Koszt rocznego, pełnego kontraktu serwisowego (wartość netto, waluta PLN) zawierającego wszystkie koszty (w tym m.in. wszystkie części zamienne i przeglądy), | **TAK, podać** | . |  |
|  | Koszt przeglądu technicznego urządzenia wraz z dojazdem do Zamawiającego oraz niezbędnymi do wymiany częściami, zalecanymi do wymiany przez producenta przy przeglądzie technicznym (wartość netto, waluta PLN) po upływie okresu gwarancyjnego, | **TAK, podać** | . |  |
|  | Iloczyn częstotliwości przeglądów technicznych wymaganych przez producenta urządzenia i pełnych kosztów przeglądów technicznych (w tym niezbędnymi do wymiany częściami, zalecanymi do wymiany przez producenta przy przeglądzie technicznym, z wyłączeniem kosztów dojazdu) w przeliczeniu dla 6 lat eksploatacji | **TAK, podać** | . |  |

1. W załączniku nr 2 do SIWZ pakiet 3 Stół operacyjny chirurgia ogólna – 1 kpl. – zestawienie parametrów, część D tabeli:

**PRZED MODYFIKACJĄ:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| D | Koszty eksploatacji pogwarancyjnej oraz obsługi serwisowej pogwarancyjnej – | | | |
|  | Materiały eksploatacyjne niezbędne do wymiany zgodnie z zaleceniami producenta w przeliczeniu na okres eksploatacji  5 lat – podać łączną cenę brutto oraz załączyć szczegółowe zestawienie asortymentu, stanowiącego podstawę wyliczenia | Podać | - |  |
|  | Częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | podać | - |  |
|  | Wykonawca gwarantuje Zamawiającemu pełen zakres odpłatnej obsługi pogwarancyjnej w Polsce przez serwis firmy producenta w okresie co najmniej 10 lat od daty dostawy | TAK | - |  |
|  | Gwarantowany koszt rocznego, pełnego kontraktu serwisowego (wartość netto, waluta PLN) zawierającego wszystkie koszty (w tym m.in. wszystkie części zamienne i przeglądy), możliwego do zawarcia po upływie okresu gwarancyjnego wiążący przez okres 2 lat po upływie okresu gwarancji | TAK, podać | - |  |
|  | Gwarantowany koszt przeglądu technicznego urządzenia wraz z dojazdem do Zamawiającego oraz niezbędnymi do wymiany częściami, zalecanymi do wymiany przez producenta przy przeglądzie technicznym (wartość netto, waluta PLN) po upływie okresu gwarancyjnego, wiążący przez okres min.2 lat po upływie okresu gwarancji | TAK, podać | - |  |
|  | Iloczyn częstotliwości przeglądów technicznych wymaganych przez producenta urządzenia i pełnych kosztów przeglądów technicznych (w tym niezbędnymi do wymiany częściami, zalecanymi do wymiany przez producenta przy przeglądzie technicznym, z wyłączeniem kosztów dojazdu) w przeliczeniu dla 5 lat eksploatacji | TAK, podać | - |  |
|  | Koszt robocizny i dojazdu w celu realizacji serwisu pogwarancyjnego (wartość netto, waluta PLN) przez okres 2 lat po upływie okresu gwarancji Koszt roboczogodziny…………………………………zł/godz. | TAK, podać | - |  |
|  | Koszt robocizny i dojazdu w celu realizacji serwisu pogwarancyjnego (wartość netto, waluta PLN) przez okres 2 lat po upływie okresu gwarancji Koszt dojazdu……………………………………ryczałt | TAK, podać | - |  |

**PO MODYFIKACJI:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **D.** | **Koszty eksploatacji pogwarancyjnej oraz obsługi serwisowej pogwarancyjnej** | | | |
|  | Materiały eksploatacyjne niezbędne do wymiany zgodnie z zaleceniami producenta w przeliczeniu na okres eksploatacji; 6 lat – podać łączną cenę brutto | **Podać** | - |  |
|  | Częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | **podać** | - |  |
|  | Wykonawca gwarantuje Zamawiającemu pełen zakres odpłatnej obsługi pogwarancyjnej w Polsce przez serwis firmy producenta w okresie co najmniej 10 lat od daty dostawy | **TAK** | - |  |
|  | Koszt rocznego, pełnego kontraktu serwisowego (wartość netto, waluta PLN) zawierającego wszystkie koszty (w tym m.in. wszystkie części zamienne i przeglądy), | **TAK, podać** | . |  |
|  | Koszt przeglądu technicznego urządzenia wraz z dojazdem do Zamawiającego oraz niezbędnymi do wymiany częściami, zalecanymi do wymiany przez producenta przy przeglądzie technicznym (wartość netto, waluta PLN) po upływie okresu gwarancyjnego, | **TAK, podać** | . |  |
|  | Iloczyn częstotliwości przeglądów technicznych wymaganych przez producenta urządzenia i pełnych kosztów przeglądów technicznych (w tym niezbędnymi do wymiany częściami, zalecanymi do wymiany przez producenta przy przeglądzie technicznym, z wyłączeniem kosztów dojazdu) w przeliczeniu dla 6 lat eksploatacji | **TAK, podać** | . |  |

1. W załączniku nr 2 do SIWZ pakiet 4 Diatermia chirurgiczna – 6 kpl. – zestawienie parametrów, część D tabeli:

**PRZED MODYFIKACJĄ:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| D | Koszty eksploatacji pogwarancyjnej oraz obsługi serwisowej pogwarancyjnej | | | |
|  | Materiały eksploatacyjne niezbędne do wymiany zgodnie z zaleceniami producenta w przeliczeniu na okres eksploatacji  5 lat – podać łączną cenę brutto oraz załączyć szczegółowe zestawienie asortymentu, stanowiącego podstawę wyliczenia | Podać | - |  |
|  | Częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | podać | - |  |
|  | Wykonawca gwarantuje Zamawiającemu pełen zakres odpłatnej obsługi pogwarancyjnej w Polsce przez serwis firmy producenta w okresie co najmniej 10 lat od daty dostawy | TAK | - |  |
|  | Gwarantowany koszt rocznego, pełnego kontraktu serwisowego (wartość netto, waluta PLN) zawierającego wszystkie koszty (w tym m.in. wszystkie części zamienne i przeglądy), możliwego do zawarcia po upływie okresu gwarancyjnego wiążący przez okres 2 lat po upływie okresu gwarancji | TAK, podać | - |  |
|  | Gwarantowany koszt przeglądu technicznego urządzenia wraz z dojazdem do Zamawiającego oraz niezbędnymi do wymiany częściami, zalecanymi do wymiany przez producenta przy przeglądzie technicznym (wartość netto, waluta PLN) po upływie okresu gwarancyjnego, wiążący przez okres min.2 lat po upływie okresu gwarancji | TAK, podać | - |  |
|  | Iloczyn częstotliwości przeglądów technicznych wymaganych przez producenta urządzenia i pełnych kosztów przeglądów technicznych (w tym niezbędnymi do wymiany częściami, zalecanymi do wymiany przez producenta przy przeglądzie technicznym, z wyłączeniem kosztów dojazdu) w przeliczeniu dla 5 lat eksploatacji | TAK, podać | - |  |
|  | Koszt robocizny i dojazdu w celu realizacji serwisu pogwarancyjnego (wartość netto, waluta PLN) przez okres 2 lat po upływie okresu gwarancji Koszt roboczogodziny…………………………………zł/godz. | TAK, podać | - |  |
|  | Koszt robocizny i dojazdu w celu realizacji serwisu pogwarancyjnego (wartość netto, waluta PLN) przez okres 2 lat po upływie okresu gwarancji Koszt dojazdu……………………………………ryczałt | TAK, podać | - |  |

**PO MODYFIKACJI:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **D.** | **Koszty eksploatacji pogwarancyjnej oraz obsługi serwisowej pogwarancyjnej** | | | |
|  | Materiały eksploatacyjne niezbędne do wymiany zgodnie z zaleceniami producenta w przeliczeniu na okres eksploatacji; 6 lat – podać łączną cenę brutto | **Podać** | - |  |
|  | Częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | **podać** | - |  |
|  | Wykonawca gwarantuje Zamawiającemu pełen zakres odpłatnej obsługi pogwarancyjnej w Polsce przez serwis firmy producenta w okresie co najmniej 10 lat od daty dostawy | **TAK** | - |  |
|  | Koszt rocznego, pełnego kontraktu serwisowego (wartość netto, waluta PLN) zawierającego wszystkie koszty (w tym m.in. wszystkie części zamienne i przeglądy), | **TAK, podać** | . |  |
|  | Koszt przeglądu technicznego urządzenia wraz z dojazdem do Zamawiającego oraz niezbędnymi do wymiany częściami, zalecanymi do wymiany przez producenta przy przeglądzie technicznym (wartość netto, waluta PLN) po upływie okresu gwarancyjnego, | **TAK, podać** | . |  |
|  | Iloczyn częstotliwości przeglądów technicznych wymaganych przez producenta urządzenia i pełnych kosztów przeglądów technicznych (w tym niezbędnymi do wymiany częściami, zalecanymi do wymiany przez producenta przy przeglądzie technicznym, z wyłączeniem kosztów dojazdu) w przeliczeniu dla 6 lat eksploatacji | **TAK, podać** | . |  |

1. W załączniku nr 2 do SIWZ pakiet 3 Stół operacyjny chirurgia ogólna – 1 kpl.– zestawienie parametrów – System haków automatycznych i rozwieraczy montowany do stołu przeznaczony dla chirurgii ogólnej, zabiegów brzusznych, gin.-urologicznych część A tabeli:

**PRZED MODYFIKACJĄ:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Hak Kirschner, obrotowy 78mm/65mm -2szt | Tak | - |  |
|  | Hak Kirschner, obrotowy 60mm/85mm - 2szt | Tak | - |  |
|  | Hak dopasowujący (wielopalczasty - rozkładane ramiona) ,sama łyżka  90mm/140mm - 1szt | Tak | - |  |
|  | Hak Langenbeck,sama łyżka, 50mm/150mm - 2szt. | Tak | - |  |
|  | Hak do pęcherza moczowego, sama łyzka, 80mm/150mm - 1szt. | Tak | - |  |

**PO MODYFIKACJI:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 85 | Hak brzuszny Kirchner, obrotowy 50/65mm – 2szt | Tak | - |  |
| 86 | Hak Kirschner, obrotowy 60mm/85mm – 2szt | Tak | - |  |
| 87 | Hak dopasowujący (wielopalczasty – rozkładane ramiona) ,sama łyżka  90mm/140mm – 1szt | Tak | - |  |
| 88 | Hak Langenbeck,sama łyżka, 50mm/150mm – 1szt. | Tak | - |  |
| 89 | Hak giętki, sama łyżka 75mm/160mm – 1szt | Tak | - |  |
| 90 | Hak giętki, sama łyżka 50mm/200mm – 1szt | Tak | - |  |