



Zn. sprawy: 40/40PN/2022

Bytom, dnia 06.10.2022 r.

WYKONAWCY

ubiegający się o zamówienie publiczne

ZAWIADOMIENIE O MODYFIKACJI SWZ

Dotyczy: Zakup aparatury medycznej tj. Oscylometru z rynomanometre, zestawu do manometrii anorektalnej, aparatu do pomiaru zawartości wodoru w wydychanym powietrzu urządzenia do terapii wysokoprzepływowej oraz respiratora noworodkowego NCPAP na potrzeby oddziału Klinicznego Pediatrii dla Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu.

Szanowni Państwo,

Zamawiający informuje, iż zmodyfikował zapisy w załączniku nr 5 – Pakiet nr 1 - Oscylometr z rynomanometrem

Poprzednie Brzmienie:

Warunki gwarancji		
Okres gwarancji od daty podpisania protokołu odbioru, min. 12 [miesięcy]	TAK, podać	
przeglądy okresowe (obejmujące dojazd i robociznę) w okresie gwarancji, min. 1 na rok lub zgodnie z zaleceniami producenta.	TAK, podać	
gwarantowany czas przystąpienia do naprawy, max. 4 [dni] od zgłoszenia konieczności naprawy	TAK, podać	
gwarantowany czas naprawy, max. 10 [dni] roboczych od daty podjęcia naprawy	TAK, podać	
nazwa serwisu, adres, nr telefonu i faksu, osoba kontaktowa	Podać	
Instalacja i szkolenie		
szkolenie personelu z obsługi (miejsce: siedziba Zamawiającego, czas i ilość osób: do ustalenia przed szkoleniem). Przynajmniej 5 szkolenia, pierwsze podczas uruchomienia, kolejne w terminach do uzgodnienia z obsługą.	TAK	
Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć wraz z protokołem zdawczo-odbiorczym: instrukcję obsługi urządzenia w języku polskim oraz paszport techniczny	TAK	
Wykonawca jest zobowiązany (na własny koszt i we własnym zakresie) do montażu i uruchomienia oferowanego systemu	TAK	
wyrób ze znakiem CE zgodnie z dyrektywą 93/42/EC – zgłoszony w Polsce w rejestrze wyrobów medycznych	TAK,	

Nowe Brzmienie:

Warunki gwarancji			
1.	Okres gwarancji – min. 36 m-cy licząc od dnia podpisania protokołu dostawy przez Zamawiającego oraz przedstawiciela Wykonawcy. Gwarancja obejmuje wszystkie usterki sprzętu	TAK, podać	
2.	przeglądy okresowe (obejmujące dojazd i robociznę) w okresie gwarancji, Bezpłatny autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny	TAK, podać	
3.	gwarantowany czas przystąpienia do naprawy, max. 4 [dni] od zgłoszenia konieczności naprawy	TAK, podać	
4.	gwarantowany czas naprawy, max. 10 [dni] roboczych od daty podjęcia naprawy	TAK, podać	
5.	nazwa serwisu, adres, nr telefonu i faksu, osoba kontaktowa	Podać	
Instalacja i szkolenie			
6.	szkolenie personelu z obsługi (miejsce: siedziba Zamawiającego, czas i ilość osób: do ustalenia przed szkoleniem). Przynajmniej 5 szkoleń, pierwsze podczas uruchomienia, kolejne w terminach do uzgodnienia z obsługą.	TAK	
7.	Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć wraz z protokołem zdawczo-odbiorczym: instrukcję obsługi urządzenia w języku polskim oraz paszport techniczny	TAK	
8.	Wykonawca jest zobowiązany (na własny koszt i we własnym zakresie) do montażu i uruchomienia oferowanego systemu	TAK	
9.	wyrób ze znakiem CE zgodnie z dyrektywą 93/42/EC – zgłoszony w Polsce w rejestrze wyrobów medycznych	TAK,	

Zamawiający informuje, iż zmodyfikowane załączniki stanowią integralną część SWZ.

W imieniu Zamawiającego

ZASTĘPCA DYREKTORA
ds. Administracji i Organizacji
Szpitala Specjalistycznego nr 2 w Głogowie
Włodzisław Wierzbicki