



ISO 9001
ISO 14001
PN-N 18001
ISO 27001

SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 2 IM. DR. JANA BIZIELA W BYDGOSZCZY
85-168 BYDGOSZCZ, UL. UJEJSKIEGO 75 tel. 52/36-55-799 fax. 52/370-05-31

KONTO: Bank Zachodni WBK Bydgoszcz 10 1500 1360 1213 6001 9348 0000
NIP: 9532582266 REGON: 340517145

Bydgoszcz, dnia 31.07.2019 r.

NZZ/25/P/19

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na dostawę sprzętu jednorazowego oraz odzieży ochronnej..

Wszyscy Wykonawcy

MODYFIKACJA TREŚCI SPECYFIKACJI ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

Działając na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych z dnia 29 stycznia 2004 r. Zamawiający modyfikuje treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia wprowadzając następujące zmiany:

Załącznik nr 1 – Przedmiot zamówienia/Szczegółowy formularz cenowy – Grupa 8 – zestaw wkładów jednorazowych do strzykawki

Skreśla się zapis:

„Zestaw wkładów do strzykawki automatycznej Optistar Elite; strzykawki jednorazowe 2x60ml; 2 złącza szybkiego napełniania; 1 złącze niskiego ciśnienia o długości 250cm z trójnikiem Y i zaworkiem antyzwrotnym o wytrzymałości 375 PSI; 2 ostrza typu "spike"

w zamian wprowadza się następujący zapis:

„Zestaw wkładów do strzykawki automatycznej Optistar Elite; strzykawki jednorazowe 2x60ml; (opcjonalnie - 2 złącza szybkiego napełniania); 1 złącze niskiego ciśnienia o długości 250cm (+/- 3 cm) z trójnikiem Y i zaworkiem antyzwrotnym o wytrzymałości 375 PSI; 2 ostrza typu "spike"

lub

„Zestaw wkładów do strzykawki automatycznej Optistar Elite składający się z strzykawki jednorazowej 2x60ml; (opcjonalnie - 2 złącza szybkiego napełniania), 1 złącze niskiego ciśnienia o długości 230cm (+/- 3 cm) z trójnikiem Y i zaworkiem antyzwrotnym o wytrzymałości 300 PSI; 2 ostrza typu "spike"

**Jednocześnie Zamawiający wprowadza ujednolicony opis przedmiotu zamówienia w zakresie grupy 8 – Załącznik nr 1 – Przedmiot zamówienia/Szczegółowy formularz cenowy.
W zakresie pozostałych grup nie wprowadzono zmian.**

Zamawiający



SZPITAL
AKREDYTOWANY