



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
63-700 Krotoszyn, ul. Młyńska 2  
tel. (062) 588 03 90 fax. (062) 588 04 02  
Nr KRS 000 000 2750  
NIP: 621-15-36-551 REGON 0003110226  
e-mail: [spzoz@krotoszyn.pl](mailto:spzoz@krotoszyn.pl)  
internet: <http://www.spzoz.krotoszyn.pl/>

**Misja zakładu:**

*„Otwarci na zmiany, szanując tradycję, zapewniamy wysoką jakość opieki medycznej i wrażliwość na problemy naszych pacjentów”*

## WYJAŚNIENIE DO SPECYFIKACJI ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

**Dotyczy: przetargu nieograniczonego na dostawę odczynników laboratoryjnych  
dla SPZOZ w Krotoszynie  
Nr sprawy RZP-V/1/34/09**

Zamawiający na podstawie art. 38 ust. 1 ustawy prawo zamówień publicznych wyjaśnia siwz.

### **PAKIET 3**

1. Czy Zamawiający dopuści złożenie oferty na dziesięcioparametrowe testy paskowe, bez uwzględnienia kwasu askorbinowego?

**Odpowiedź:**

**TAK** - Zamawiający dopuszcza złożenie oferty ma dziesięcioparametrowe testy paskowe, bez uwzględnienia kwasu askorbinowego.

2. Czy Zamawiający wyrazi zgodę na dostawę pasków do moczu dziesięcioparametrowych (urobilinogen, bilirubina, ketony, krew, białko, nitryty, leukocyty, glukoza, pH, ciężar właściwy)?

**Odpowiedź:**

**TAK** - Zamawiający wyraża zgodę na dostawę pasków do moczu dziesięcioparametrowych (urobilinogen, bilirubina, ketony, krew, białko, nitryty, leukocyty, glukoza, pH, ciężar właściwy).

### **PAKIET 4**

1. W pakiecie 4 w poz. 6 – Czy Zamawiający wymaga testu o najwyższej czułości 10ng/ml?

**Odpowiedź:**

**TAK** - Zamawiający wymaga testu o najwyższej czułości 10ng/ml.

2. W pakiecie 4 w poz. 6 – Czy Zamawiający wymaga testu z eliminacją efektu prozonowego w stężeniu do 500.000 ng/ml?

**Odpowiedź:**

**TAK** - Zamawiający dopuszcza zaoferowanie testu z eliminacją efektu prozonowego w stężeniu do 500.000 ng/ml.

3. Czy Zamawiający w pakiecie nr 4 poz. 6 wyrazi zgodę na zaoferowanie testu do krwi utajonej w kale o czułości 50ng/ml?

**Odpowiedź:**

**NIE** - Zamawiający nie wyraża zgody na zaoferowanie testu do krwi utajonej w kale o czułości 50ng/ml.

4. Czy Zamawiający w pakiecie nr 4 poz. 7 wymaga zaoferowania testu do Giardia Lamblia metodą ELISA czy testu kasetkowego lub paskowego immunochromatograficznego?

**Odpowiedź:**

**TAK** - Zamawiający dopuszcza zaoferowanie testu do Giardia Lamblia metodą ELISA oraz test kasetkowy, natomiast nie wyraża zgody na zaoferowanie testu paskowego immunochromatograficznego.

5. Czy Zamawiający w pakiecie nr 4, poz. 6 wymaga testu o najwyższej czułości: 10 ng/ml?

**Odpowiedź:**

**TAK** - Zamawiający wymaga testu o najwyższej czułości 10ng/ml.



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
63-700 Krotoszyn, ul. Młyńska 2  
tel. (062) 588 03 90 fax. (062) 588 04 02  
Nr KRS 000 000 2750  
NIP: 621-15-36-551 REGON 0003110226  
e-mail: [spzoz@krotoszyn.pl](mailto:spzoz@krotoszyn.pl)  
internet: <http://www.spzoz.krotoszyn.pl/>

**Misja zakładu:**

*„Otwarci na zmiany, szanując tradycję, zapewniamy wysoką jakość opieki medycznej i wrażliwość na problemy naszych pacjentów”*

6. Czy Zamawiający w pakiecie nr 4, poz. 7 wymaga testu Elisa czy testu immunochromatograficznego paskowego?

**Odpowiedź:**

**TAK** - Zamawiający dopuszcza zaoferowanie testu do Giardia Lamblia metodą ELISA oraz test kasetkowy, natomiast nie wyraża zgody na zaoferowanie testu paskowego immunochromatograficznego.

**PAKIET 5**

1. Czy Zamawiający w pakiecie nr 5 dopuści oddzielny zestaw do oznaczania bilirubiny całkowitej i oznaczania bilirubiny bezpośredniej?

**Odpowiedź:**

**TAK** - Zamawiający dopuszcza oddzielny zestaw do oznaczania bilirubiny całkowitej i oznaczania bilirubiny bezpośredniej.

**PAKIET 6**

3. Czy Zamawiający wyraża zgodę na zaoferowanie w pozycji 1 – test lateksowy do identyfikacji pneumokoków opakowania zawierające po 60 oznaczeń, tym samym oferując 4 lub 5 opakowań w zależności od wymogu Zamawiającego? W przypadku wyrażenia zgody prosi o wskazanie ilości opakowań.

**Odpowiedź:**

**TAK** - Zamawiający wyraża zgodę na zaoferowanie w pozycji 1 – testu lateksowego do identyfikacji pneumokoków w opakowaniach zawierających po 60 oznaczeń. Tym samym należy zaoferować 5 opakowań.

4. Czy Zamawiający wyraża zgodę na zaoferowanie w pozycji 2 – test lateksowy do identyfikacji gronkowca złocistego opakowań, zawierających po 100 oznaczeń i zaoferowanie takiej liczby opakowań, tj. 5, która w całości pokryje zapotrzebowanie Zamawiającego?

**Odpowiedź:**

**TAK** - Zamawiający wyraża zgodę na zaoferowanie w pozycji 2 – test lateksowy do identyfikacji gronkowca złocistego opakowań, zawierających po 100 oznaczeń i zaoferowanie takiej liczby opakowań, tj. 5, która w całości pokryje zapotrzebowanie Zamawiającego.

5. Czy Zamawiający wymaga zaoferowania w pozycjach 5 i 6 odczynników lateksowych do wykrywania poszczególnych grup paciorkowców, czy odczynników wraz z kartami reakcyjnymi i jednorazowymi pałeczkami do mieszania?

Czy Zamawiający wyraża zgodę na dodatkową wycenę kart i pałeczek rozszerzając arkusz cenowy o kolejne pozycje?

**Odpowiedź:**

**TAK** - Zamawiający wymaga zaoferowania w pozycjach 5 i 6 i wycenienia odczynników lateksowych A i B z enzymem, kartami i pałeczkami.

6. Czy Zamawiający wymaga w pozycji 7 – test immunoenzymatyczny do oznaczania rotawirusów i adenowirusów w kale, zaoferowania testu kasetkowego czy paskowego?

**Odpowiedź:**

**TAK** - Zamawiający wymaga zaoferowania testu kasetkowego.

7. Czy Zamawiający wyraża zgodę na zaoferowanie w pozycji 7 opakowań zawierających po 25 oznaczeń i zaoferowanie takiej liczby tj. 17, które w całości pokryją zapotrzebowanie?

**Odpowiedź:**

**TAK** - Zamawiający wyraża zgodę na zaoferowanie w pozycji 7 opakowań zawierających po 25 oznaczeń i zaoferowanie takiej liczby tj. 17, które w całości pokryją zapotrzebowanie Zamawiającego.



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
63-700 Krotoszyn, ul. Młyńska 2  
tel. (062) 588 03 90 fax. (062) 588 04 02  
Nr KRS 000 000 2750  
NIP: 621-15-36-551 REGON 0003110226  
e-mail: [spzoz@krotoszyn.pl](mailto:spzoz@krotoszyn.pl)  
internet: <http://www.spzoz.krotoszyn.pl>

**Misja zakładu:**

*„Otwarcie na zmiany, szanując tradycję, zapewniamy wysoką jakość opieki medycznej i wrażliwość na problemy naszych pacjentów”*

**PAKIET 10**

1. Czy Zamawiający nie popełnił omyłki wpisując w kolumnie „Ilość” dla pozycji 19 – Columbia Agar z 5% krwią baranią, wartość zero?

**Odpowiedź:**

W Pakiecie nr 10 w poz. 19 ilość wynosi 500 płytek.

Dotyczy pakietu nr 10, poz. 30

2. Czy Zamawiający dopuści w poz. 30 pakietu nr 10 podłoże typu Granda, przeznaczone do izolacji i identyfikacji paciorkowców z grupy B, nie zawierające substancji chromogennych?

**Odpowiedź:**

**NIE** – Zamawiający nie dopuszcza zaferowania podłoży typu Granda, przeznaczonych do izolacji i identyfikacji paciorkowców z grupy B, nie zawierające substancji chromogennych.

**PAKIET 12**

Dotyczy pakietu nr 12 – krew barania

1. Czy Zamawiający wyraża zgodę na zaferowanie krwi baraniej w butelkach po 100 ml?

**Odpowiedź:**

**NIE** – Zamawiający nie wyraża zgody na zaferowanie krwi baraniej w butelkach po 100 ml.

**PAKIET 14**

1. W odpowiedzi na otrzymaną Specyfikację Istotnych Warunków Zamówienia, pakiet nr 14, uprzejmie informujemy, że zgodnie z wytycznymi CLSI (dawniejsze NCCLS) zalecany jest krążek z antybiotykiem Cefpodoxime o stęż. 10 µg. Dla tego stężenia CLSI podaje interpretację wyników oraz sposób kontroli. W związku z powyższym, czy możemy w poz. 15 zaferować krążek Cefpodoxime o stężeniu 10 µg? Stosowanie zaleceń CLSI i Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Lekowrażliwości Drobnoustrojów ma odniesienie formalno-prawne.

**Odpowiedź:**

**TAK** - Zamawiający dopuszcza zaferowanie w poz. 15 krążka Cefpodoxime o stężeniu 10 µg.

**2. Pakiet 14 poz. 15, 16**

Czy w związku z brakiem na rynku krążków Cefpodoxime 30µg, oraz Cefpodoxime/Clavulanic Acid 30/10 µg, Zamawiający zgodzi się na wydzielenie tych dwóch produktów?

**Odpowiedź:**

**TAK** - Zamawiający nie wyraża zgody na wydzielenie poz. 15 i 16, natomiast dopuszcza zaferowanie w poz. 15 Cefotaxime 30, a w pozycji 16 dopuszcza zaferowanie krążka Cefotaxime/Clavulan acid 30/10 lub Cefuroxime/Clavulan acid 30/10.

3. Czy Zamawiający w poz. 16 wyrazi zgodę na zaferowanie krążka Cefotaxime/Clavulan acid 30/10 lub Cefuroxime/Clavulan acid 30/10?

**Odpowiedź:**

**TAK** - Zamawiający dopuszcza zaferowanie w poz. 16 krążka Cefotaxime/Clavulan acid 30/10 lub Cefuroxime/Clavulan acid 30/10.

4. Proszę o podanie czy Zamawiający w poz. 63 oczekuje po 6 opakowań każdego z krążków BVX, BV i BX czy w sumie 6 opakowań tych krążków (tj. 2 op. krążków BVX, 2 op. krążków BX, 2 op. krążków BV)?

**Odpowiedź:**

Zamawiający oczekuje w sumie 6 opakowań krążków (tj. 2 op. krążków BVX, 2 op. krążków BX, 2 op. krążków BV).

5. Czy Zamawiający dopuści w poz. 66 paski na oksydazę cytochromową?

**Odpowiedź:**



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
63-700 Krotoszyn, ul. Młyńska 2  
tel. (062) 588 03 90 fax. (062) 588 04 02  
Nr KRS 000 000 2750  
NIP: 621-15-36-551 REGON 0003110226  
e-mail: [spzoz@krotoszyn.pl](mailto:spzoz@krotoszyn.pl)  
internet: <http://www.spzoz.krotoszyn.pl/>

**Misja zakładu:**

*„Otwarcie na zmiany, szanując tradycję, zapewniamy wysoką jakość opieki medycznej i wrażliwość na problemy naszych pacjentów”*

**TAK** - Zamawiający dopuszcza w poz. 66 paski na oksydazę cytochromową.

6. Czy w Zamawiający wyrazi zgodę na zaoferowanie krążków antybiotykowych posiadających opakowanie z pochłaniaczem wilgoci dla 4 fiolek, do którego można ponownie włożyć używaną fiolkę, bez konieczności stosowania zastępczego pojemnika tak jak ma to miejsce w przypadku fiolek pakowanych oddzielnie **tylko w folię**? Daje to gwarancje przechowywania krążków w oryginalnym opakowaniu spełniającym wszystkie normy.

**Odpowiedź:**

**NIE** – Zamawiający nie wyraża zgody na zaoferowanie krążków antybiotykowych posiadających opakowanie z pochłaniaczem wilgoci dla 4 fiolek.

7. Czy Zamawiający w pakiecie z krążkami dopuści krążki oznakowane skrótem nazwy na każdym krążku, a stężeniem antybiotyku tylko w przypadku gdy ten sam rodzaj krążka występuje w kilku stężeniach?

**Odpowiedź:**

**TAK** - Zamawiający dopuszcza krążki oznakowane skrótem nazwy na każdym krążku, a stężeniem antybiotyku tylko w przypadku gdy ten sam rodzaj krążka występuje w kilku stężeniach.

8. Czy Zamawiający wyrazi zgodę na krążki pakowane 4x50sztuk?

**Odpowiedź:**

**NIE** - Zamawiający nie wyraża zgody na krążki pakowane 4 x 50 sztuk.

9. Czy Zamawiający wyrazi zgodę aby Krążki z bacytracyną do identyfikacji S. Pyogenes (poz. 62)i Krążki z optochiną do identyfikacji S. Pneumoniae (poz.64) były pakowane po 100sztuk?

**Odpowiedź:**

**NIE** - Zamawiający nie wyraża zgody, aby Krążki z bacytracyną do identyfikacji S. Pyogenes (poz. 62)i Krążki z optochiną do identyfikacji S. Pneumoniae (poz.64) były pakowane po 100 sztuk.

10. Czy Zamawiający wyrazi zgodę aby pozycja 65 i 66 były w postaci testów paskowych pakowanych po 50 sztuk?

**Odpowiedź:**

**TAK** - Zamawiający dopuszcza aby pozycja 65 i 66 były w postaci testów paskowych pakowanych po 50 sztuk.

**PAKIET 20**

1. Czy Zamawiający wymaga aby paski z antybiotykami do oznaczania MIC były plastikowe i pochodziły od jednego producenta?

**Odpowiedź:**

**NIE** - Zamawiający nie wymaga, aby paski z antybiotykami do oznaczania MIC były plastikowe i pochodziły od jednego producenta.

2. Czy Zamawiający wymaga dostarczenia kalkulatora do wyboru antybiotyków i wyliczeń optymalnych dawek terapeutycznych z wykorzystaniem parametrów farmakokinetyki ?

**Odpowiedź:**

**NIE** – Zamawiający nie wymaga dostarczenia kalkulatora do wyboru antybiotyków i wyliczeń optymalnych dawek terapeutycznych z wykorzystaniem parametrów farmakokinetyki.

**PAKIET 22**

1. Czy Zamawiający wyrazi zgodę na testy do oznaczania lekowrażliwości Candida spp pakowane po 10 sztuk z przeliczeniem ilości zamawianego asortymentu?

**Odpowiedź:**

**TAK** - Zamawiający wyraża zgodę na testy do oznaczania lekowrażliwości Candida spp. pakowane po 10 sztuk z przeliczeniem ilości zamawianego asortymentu.



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
63-700 Krotoszyn, ul. Młyńska 2  
tel. (062) 588 03 90 fax. (062) 588 04 02  
Nr KRS 000 000 2750  
NIP: 621-15-36-551 REGON 0003110226  
e-mail: [spzoz@krotoszyn.pl](mailto:spzoz@krotoszyn.pl)  
internet: <http://www.spzoz.krotoszyn.pl/>

**Misja zakładu:**

*„Otwarci na zmiany, szanując tradycję, zapewniamy wysoką jakość opieki medycznej i wrażliwość na problemy naszych pacjentów”*

Dotyczy pakietu nr 22 – test do oznaczania lekowrażliwości

1. Czy Zamawiający wyraża zgodę na zaoferowanie testu do oznaczania lekowrażliwości Candida spp. w opakowaniach, zawierających po 20 testów i zaoferowanie 4 opakowań?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający wyraża zgodę na zaoferowanie testu do oznaczania lekowrażliwości Candida spp. w opakowaniach, zawierających po 20 testów i zaoferowanie 4 opakowań.

2. Czy Zamawiający wymaga, aby oferowany test pozwalał na ocenę wrażliwości drożdży na:

Nystatynę	1,25 µg/ml
Amfoterycynę	2 µg/ml
Flucytozynę	16 µg/ml
Ekonazol	2 µg/ml
Ketokonazol	0,5 µg/ml
Klotrimazol	1 µg/ml
Mikonazol	2 µg/ml
Itrakonazol	1 µg/ml
Vorikonazol	2 µg/ml
Flukonazol	16 µg/ml
Flukonazol	64 µg/ml

**Odpowiedź:**

**NIE** – Zamawiający nie wymaga, aby oferowany test pozwalał na ocenę wrażliwości drożdży na:

Nystatynę	1,25 µg/ml
Amfoterycynę	2 µg/ml
Flucytozynę	16 µg/ml
Ekonazol	2 µg/ml
Ketokonazol	0,5 µg/ml
Klotrimazol	1 µg/ml
Mikonazol	2 µg/ml
Itrakonazol	1 µg/ml
Vorikonazol	2 µg/ml
Flukonazol	16 µg/ml
Flukonazol	64 µg/ml

**PAKIET 24**

Dotyczy pakietu nr 24 – Formularz cenowy

1. Prosimy o skorygowanie wyliczenia „Wartość netto” na iloczyn „Oferowanej ilości opakowań” i „Ceny jednostkowej netto”.

**Odpowiedź:**

**TAK** - Zamawiający postanawia skorygować wyliczenie „Wartość netto” na iloczyn „Oferowanej ilości opakowań” i „Ceny jednostkowej netto”.

2. Prosimy o zgodę na rozszerzenie formularza cenowego o dodatkowe wiersze potrzebne do wyceny odczynników, materiałów zużywalnych i akcesoriów niezbędnych do wykonania wymaganych przez Zamawiającego oznaczeń mikrobiologicznych.

**Odpowiedź:**

**TAK** - Zamawiający wyraża zgodę na rozszerzenie formularza cenowego o dodatkowe wiersze potrzebne do wyceny odczynników, materiałów zużywalnych i akcesoriów niezbędnych do wykonania wymaganych przez Zamawiającego oznaczeń mikrobiologicznych.



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
63-700 Krotoszyn, ul. Młyńska 2  
tel. (062) 588 03 90 fax. (062) 588 04 02  
Nr KRS 000 000 2750  
NIP: 621-15-36-551 REGON 0003110226  
e-mail: [spzoz@krotoszyn.pl](mailto:spzoz@krotoszyn.pl)  
internet: <http://www.spzoz.krotoszyn.pl>

**Misja zakładu:**

*„Otwarci na zmiany, szanując tradycję, zapewniamy wysoką jakość opieki medycznej i wrażliwość na problemy naszych pacjentów”*

**PAKIET 25**

1. Dotyczy pakietu nr 25

Czy Zamawiający dopuści w pakiecie 25 szczepy wzorcowe w postaci krażków?

**Odpowiedź:**

**TAK** - Zamawiający dopuszcza szczepy wzorcowe w postaci krażków.

2. Dotyczy pakietu nr 25 – szczepy wzorcowe

Czy Zamawiający wyraża zgodę na zaferowanie szczepów wzorcowych do czwartego pasażu?

**Odpowiedź:**

**NIE** - Zamawiający nie wyraża zgody na zaferowanie szczepów wzorcowych do czwartego pasażu.

3. Czy Zamawiający wyraża zgodę na zaferowanie szczepów wzorcowych w opakowaniu, zawierającym dwie wymazówki (duopak), a tym samym zaferowanie po 1 opakowaniu każdego ze szczepów?

**Odpowiedź:**

**NIE** - Zamawiający nie wyraża zgody na zaferowanie szczepów wzorcowych w opakowaniu, zawierającym dwie wymazówki (duopak), a tym samym zaferowanie po 1 opakowaniu każdego ze szczepów.

**PAKIET 26**

1. Czy Zamawiający w pakiecie 26 dopuści ofertę zawierającą jeden klon dwóch różnych serii odczynnika Anty-A, Anty-B i anty-AB zgodnie z wytycznymi zawartymi w dokumencie. Medyczne zasady pobierania krwi, oddzielania jej składników odczynnik i wydawania, obowiązujące w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi, punkt 7.6.1. Badania grup krwi układu ABO, podpunkt 7.6.1.1, strona 7-44, stanowiący, że ...” Dopuszcza się stosowanie zestawów, zawierających odczynnik dwóch różnych serii tego samego klonu”?

**Odpowiedź:**

**TAK** - Zamawiający dopuści ofertę zawierającą jeden klon dwóch różnych serii odczynnika Anty-A, Anty-B i anty-AB zgodnie z wytycznymi zawartymi w dokumencie.

2. Czy Zamawiający wyraża zgodę na wyłączenie i umieszczenie w odrębnym pakiecie następującej pozycji z pakietu nr 26 – serologia: - Odczynnik monoklonalny anty AB (poz. 3).

**Odpowiedź:**

**TAK** - Zamawiający wyraża zgodę na wyłączenie i umieszczenie w odrębnym pakiecie następującej pozycji z pakietu nr 26 – serologia: - Odczynnik monoklonalny anty AB (poz. 3). Nowy Pakiet nr 26 - serologia oraz 26 a – „Odczynnik monoklonalny anty AB” w załączeniu.

**Wyjaśnienia dotyczące SIWZ**

1. Czy Zamawiający zmieni zapis w części III SIWZ (OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA), punkt 7 „Zamawiający przewiduje w okresie 3 lat od udzielenia zamówienia podstawowego możliwość udzielenia zamówień uzupełniających w trybie zamówienia z wolnej ręki stanowiących nie więcej niż 20 % wartości zamówienia podstawowego na zasadach określonych w art. 67 ust. 1 pkt 7 uPzp.”

na:

„Zamawiający przewiduje w okresie **6 miesięcy** od udzielenia zamówienia podstawowego możliwość udzielenia zamówień uzupełniających w trybie zamówienia z wolnej ręki stanowiących nie więcej niż 20 % wartości zamówienia podstawowego?”.

**Odpowiedź:**

Zamawiający nie wyraża zgody na zmianę zapisu w części III SIWZ punkt 7. Jest to zapis wynikający bezpośrednio z przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych i Zamawiający nie ma możliwości ingerowania w jego treść.



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
63-700 Krotoszyn, ul. Młyńska 2  
tel. (062) 588 03 90 fax. (062) 588 04 02  
Nr KRS 000 000 2750  
NIP: 621-15-36-551 REGON 0003110226  
e-mail: [spzoz@krotoszyn.pl](mailto:spzoz@krotoszyn.pl)  
internet: <http://www.spzoz.krotoszyn.pl/>

**Misja zakładu:**

*„Otwarci na zmiany, szanując tradycję, zapewniamy wysoką jakość opieki medycznej i wrażliwość na problemy naszych pacjentów”*

**Wyjaśnienia dotyczące Projektu umowy**

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na uzupełnienie projektu umowy (§ 2 ust. 2) zapisem dotyczącym dostaw krwinek, które z uwagi na cykliczny proces produkcji (co 4-5 tygodni) dostarczane są zgodnie z ustalonym harmonogramem?

**Odpowiedź:**

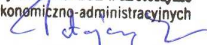
**TAK** - Zamawiający wyraża zgodę na uzupełnienie projektu umowy (§ 2 ust. 2) zapisem dotyczącym dostaw krwinek w następujący sposób:

*„Dostawa krwinek (Pakiet nr 26) odbywać się będzie co 4 – 5 tygodni zgodnie z ustalonym harmonogramem”.*

**UWAGA:**

W ofercie należy uwzględnić wszelkie zmiany dokonane zgodnie wyjaśnieniami Zamawiającego.

Z poważaniem

Z-ca dyrektora SPZOZ w Krotoszynie  
ds. ekonomiczno-administracyjnych  
  
mgr inż. Grzegorz Ratajczyk

Krotoszyn, dnia 04.01.2010 r.