



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”*

Krotoszyn, 09.02.2012 r.

**WYJAŚNIENIE DO SPECYFIKACJI ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA**

**Dotyczy: przetargu nieograniczonego na dostawę odczynników dla laboratorium i bakteriologii dla SPZOZ Krotoszyn  
Nr sprawy RZP-V/1/03/12**

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

**1. Pytanie:**

Czy Zamawiający w **Pakiecie nr 2**, poz. 1 dopuści wyższy próg wykrywalności 500 ng/ml ?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający w **Pakiecie nr 2**, poz. 1 dopuszcza wyższy próg wykrywalności 500 ng/ml, zgodnie z informacją podaną pod tabelą w Pakiecie nr 2.

**2. Pytanie:**

Czy Zamawiający w **Pakiecie nr 2**, poz. 12 dopuści zestaw o zakresie czułości od 3,3 do 4 ng/ml ?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający w **Pakiecie nr 2**, poz. 12 dopuszcza zestaw o zakresie czułości od 3,3 do 4 ng/ml, zgodnie z informacją podaną pod tabelą w Pakiecie nr 2.

**3. Pytanie:**

Czy Zamawiający w **Pakiecie nr 2**, poz. 12 wymaga testu w oparciu o przeciwciała monoklonalne ?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający w **Pakiecie nr 2**, poz. 12 wymaga testu w oparciu o przeciwciała monoklonalne.

**4. Pytanie:**

**Dotyczy pakietu nr 2:** Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zaoferowanie w poz. 12 testu ELISA o najniższym poziomie detekcji Giardia lamblia stwierdzonej przy  $5 \times 10^3$  cyst i  $2,5 \times 10^4$  trofozoidów na 1 ml rozcieńczonego kału?

**Odpowiedź:**

Zgodnie z zapisami SIWZ.

**5. Pytanie:**

**Dotyczy Pakietu nr 2:** Czy Zamawiający dopuści w poz. 12 zaoferowanie testu o czułości 97,5% i specyficzności testu 99,5%?

**Odpowiedź:**

Zgodnie z zapisami SIWZ.

**6. Pytanie:**

**Dotyczy Pakietu nr 2:** Czy Zamawiający nie popełnił omyłki pisarskiej w zapisach pod pakietem dotyczących poz. nr 11? Informacja o efekcie prozonowym wyrażona w jednostkach mIU/mlhCG nie odnosi się do testów na krew utajoną w kale.

**Odpowiedź:**

Zamawiający postanawia poprawić zapis pod tabelą dot. poz. 11 na następujący: Zamawiający wymaga w poz. 11 testu blokującego interferencję ze strony przeciwciał heterofilnych, o braku efektu prozonowego do min. 100000 ng/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”*

**7. Pytanie:**

**Pakiet nr 2** – Testy narkotyczne kasetkowe, testy:

Czy w poz 6 Zamawiający wymaga zestawu z min. 8ml lateksu?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający dopuszcza w poz 6 zestaw z min. 8ml lateksu.

**8. Pytanie:**

**Pakiet nr 2** – Testy narkotyczne kasetkowe, testy:

Czy w poz 7 Zamawiający dopuści SLE?

**Odpowiedź:**

**NIE** – Zamawiający nie dopuszcza w poz 7 SLE.

**9. Pytanie:**

**Pakiet nr 2** – Testy narkotyczne kasetkowe, testy:

Czy w poz 8 Zamawiający wymaga zestawu z min. 8ml lateksu?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający dopuszcza w poz 8 zestaw z min. 8ml lateksu.

**10. Pytanie:**

**Pakiet nr 2** – Testy narkotyczne kasetkowe, testy:

Czy w poz 10 Zamawiający wymaga zestawu z min. 11ml lateksu?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający dopuszcza w poz 10 zestaw z min. 11ml lateksu.

**11. Pytanie:**

**Pakiet nr 2** – Testy narkotyczne kasetkowe, testy:

Czy w poz 6, 8 i 10 Zamawiający wymaga zestawów z kontrolą dodatnią i ujemną?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający w poz 6, 8 i 10 wymaga zestawów z kontrolą dodatnią i ujemną.

**12. Pytanie:**

**Pakiet nr 2** – Testy narkotyczne kasetkowe, testy:

Czy w poz 12 Zamawiający wymaga testu z kontrolą dodatnią w ilości minimum 3 ml?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający dopuszcza w poz 12 test z kontrolą dodatnią w ilości minimum 3 ml.

**13. Pytanie:**

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zaferowanie przez Wykonawcę w **Pakiecie nr 5** poz. 1 i 2 odczynników monoklonalnych anty - A i anty - B odpowiednio:

- odczynnik monoklonalny anty – A klon D10 oraz klon A-11H5A

- odczynnik monoklonalny anty B klon A8 oraz klon B-6F9.

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający wyraża zgodę na zaferowanie przez Wykonawcę w Pakiecie nr 5 poz. 1 i 2 odczynników monoklonalnych anty - A i anty - B odpowiednio:

- odczynnik monoklonalny anty – A klon D10 oraz klon A-11H5A

- odczynnik monoklonalny anty B klon A8 oraz klon B-6F9.



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”*

**14. Pytanie:**

Czy Zamawiający zgodzi się dla pakietu **NR 5 POZYCJA 7,8** na podpisanie wraz z umową harmonogramu dostaw, który ułatwi realizację zawartej umowy, ze szczególnym wskazaniem na fakt specyficznego cyklu produkcyjnego niektórych pozycji przedmiotu zamówienia (krwinki)?

Proponujemy wprowadzenie zapisu do projektu umowy o treści: „dostawy krwinek realizowane będą zgodnie z wcześniej ustalonym przez strony harmonogramem dołączonym do umowy. Projekt harmonogramu zobowiązuje się przedłożyć Wykonawca.

Uzasadnienie

Krwinki produkowane są z krwi pozyskiwanej od dawców. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia dawcy o odpowiednich fenotypach mogą oddać krew tylko 6 razy w roku pod warunkiem, że przejdą pozytywnie badania wymagane w Banku Krwi. Zatem pozyskanie dawców i cykl pobrań narzuca wytwórcą krwinek wykorzystywanych do badań in vitro reżim produkcji w równych odstępach comiesięcznych. Ponadto termin ważności produktu wynosi od 5 do 6 tygodni. Kalkulacja potencjalnie 1 dostawy w miesiącu z wyłączeniem dostaw na cito pozwoli złożyć Wykonawcy korzystniejszą ofertę cenowo, a zważywszy, że laboratorium Zamawiającego jest zarządzane przez doświadczoną kadrę nie zachwieje powyższe działanie pracą diagnostów.

**Odpowiedź:**

**NIE** – Zamawiający nie wyraża zgody na wprowadzenie harmonogramu dostaw.

**15. Pytanie:**

Czy Zamawiający w **pakiecie nr 5** (serologia) w pozycji 1 wyrazi zgodę na zaoferowanie odczynników o klonach Anty –A 11H5 i Anty – A 9113D10?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający w pakiecie nr 5 (serologia) w pozycji 1 wyraża zgodę na zaoferowanie odczynników o klonach Anty –A 11H5 i Anty – A 9113D10.

**16. Pytanie:**

Czy Zamawiający w **pakiecie nr 5** (serologia) w pozycji 2 wyrazi zgodę na zaoferowanie odczynników o klonach Anty –B B6F9 i Anty – B 9621A8?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający w pakiecie nr 5 (serologia) w pozycji 2 wyraża zgodę na zaoferowanie odczynników o klonach Anty –B B6F9 i Anty – B 9621A8.

**17. Pytanie:**

Czy Zamawiający w **pakiecie nr 5** (serologia) w pozycji 8 wymaga standaryzowanych krwinek wzorcowych typ PBS-VERA do układu ABO o stężeniu minimum 5%?

**Odpowiedź:**

Zamawiający w pakiecie nr 5 (serologia) w pozycji 8 wymaga standaryzowanych krwinek wzorcowych typ PBS-VERA do układu ABO o stężeniu minimum 10%.

**18. Pytanie:**

dot. **Pakiet nr 6** – odczynniki do serologii transfuzjologicznej metodą aglutynacji kolumnowej

Czy w związku ze specyfiką asortymentową niezbędną do wykonania badań z zakresu serologii immunotransfuzjologicznej (m. in. krwinki wzorcowe), Zamawiający dopuści rozwiązanie, w którym sukcesywna realizacja przedmiotu zamówienia w Pakiecie nr 6, będzie odbywała się wg harmonogramu na dany rok załączonego do oferty, zgodnie z wymogiem pod formularzem cenowym, a dostawy interwencyjne w ciągu 5 dni zgodnie z projektem umowy?



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”*

**Odpowiedź:**

Zgodnie z zapisami SIWZ pod tabelą w Pakiecie nr 6.

**19. Pytanie:**

**Dotyczy pakietu nr 7**

Czy Zamawiający wymaga zaoferowania krwi oraz podłoża w butelkach zakręcanych plastikowym korkiem?

**Odpowiedź:**

**NIE** – Zamawiający nie wymaga zaoferowania krwi oraz podłoża w butelkach zakręcanych plastikowym korkiem.

**20. Pytanie:**

**Dotyczy pakietu nr 7**

Czy Zamawiający wymaga zaoferowania krwi oraz podłoża w butelkach zakręcanych plastikowym korkiem o szerokości wlotu szyjki wynoszącym 28 mm (średnica zewnętrzna)?

**Odpowiedź:**

**NIE** – Zamawiający nie wymaga zaoferowania krwi oraz podłoża w butelkach zakręcanych plastikowym korkiem o szerokości wlotu szyjki wynoszącym 28 mm (średnica zewnętrzna).

**21. Pytanie:**

**Dotyczy pakietu nr 7**

Czy Zamawiający wymaga aby podłoża chromogenne były transparentne?

**Odpowiedź:**

**NIE** – Zamawiający nie wymaga aby podłoża chromogenne były transparentne.

**22. Pytanie:**

**Dotyczy pakietu nr 7**

Czy Zamawiający wymaga aby w celu zapewnienia standaryzacji badań wszystkie podłoża pochodziły od jednego producenta?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający wymaga aby wszystkie podłoża pochodziły od jednego producenta.

**23. Pytanie:**

**Dotyczy pakietu nr 8:**

Czy Zamawiający nie popełnił omyłki pisarskiej i w poz. 26 jednostką miary nie powinna być „fiolka a 2 ml”?

**Odpowiedź:**

Zamawiający w poz. 26 poprawia zapis na następujący: Dezoksyholan sodu (fiolka a .... ml) w nawiasie należy podać zaoferowaną pojemność fiołki; j.m. – ml; ilość – 100 ml. Cenę jednostkową należy podać za 1 ml.

**24. Pytanie:**

**Dotyczy pakietu nr 8:**

Czy Zamawiający w poz. 40 oczekuje w sumie 6 op. krążków BVX, BV i BX czy po 6 op. każdego z tych krążków?

**Odpowiedź:**

Zamawiający w poz. 40 oczekuje 2 op. BVX, 2 op. BV, 2 op. BX .

**25. Pytanie:**

**Dot. pakietu 8**

Czy Zamawiający wymaga, aby wszystkie krążki miały możliwość przechowywania w zakresie temperatur: - 20 do +8 st.C?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający wymaga, aby wszystkie krążki miały możliwość przechowywania w zakresie temperatur: - 20 do +8 st.C.



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”*

**26. Pytanie:**

**Dot. pakietu 8**

Prosimy o opisanie, co Zamawiający uważa za opakowanie „blister”?

**Odpowiedź:**

Blister – opakowanie wykonane z tworzywa przezroczystego (plastikowego) zabezpieczone od spodu folią lub plastikiem.

**27. Pytanie:**

**Dotyczy pakietu nr 11:**

Czy Zamawiający akceptuje zaoferowanie testów do określania MIC wykonanych na standardowym podłożu celulozowym? Zgodnie z informacją producenta testy te zapewniają prawidłowe przyleganie paska do podłoża, nie ma możliwości wytworzenia się mikropęcherzyków powietrza pod paskiem (nośnik ten, w przeciwieństwie do plastiku, jest przepuszczalny dla powietrza), czego konsekwencją jest równomierne i szybkie przenikanie antybiotyku do podłoża. Paski na tym podłożu są przystosowane do automatycznych czytników pozwalających na elektroniczne odczytanie stref zahamowania wzrostu i archiwizację danych.

**Odpowiedź:**

**NIE** - Zamawiający nie akceptuje zaoferowania testów do określania MIC wykonanych na standardowym podłożu celulozowym.

**28. Pytanie:**

**Dotyczy pakietu nr 11**

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zaoferowanie testów MIC wykonanych z trwałej, stabilnej bibuły?

**Odpowiedź:**

**NIE** – Zamawiający nie wyraża zgody na zaoferowanie testów MIC wykonanych z bibuły.

**29. Pytanie:**

**Dotyczy pakietu nr 11**

Czy Zamawiający wymaga zaoferowania w pozycji 1 testu MIC o stężeniu 0,002-32 µg/ml czy 0,016 -256 µg/ml?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający wyraża zgodę na zaoferowanie w poz. 1 obu testów tj. testu MIC o stężeniu 0,002-32 µg/ml oraz 0,016 -256 µg/ml.

**30. Pytanie:**

**Dotyczy pakietu nr 11**

Czy Zamawiający wymaga zaoferowania w pozycji 5 testu MIC o stężeniu 0,002-32 µg/ml czy 0,016 -256 µg/ml?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający wyraża zgodę na zaoferowanie w poz. 5 obu testów tj. testu MIC o stężeniu 0,002-32 µg/ml oraz 0,016 -256 µg/ml

**31. Pytanie:**

**Dotyczy pakietu nr 11**

Czy Zamawiający wymaga zaoferowania w pozycji 8 testu MIC o stężeniu 0,016-256 µg/ml czy 0,064 -1024 µg/ml?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający wyraża zgodę na zaoferowanie w poz. 8 obu testów tj. testu MIC o stężeniu 0,016-256 µg/ml oraz 0,064 -1024 µg/ml.

**32. Pytanie:**

**Dotyczy pakietu nr 11**

Czy Zamawiający wyrazi zgodę aby paski z gradientem antybiotyku pakowane były w blistry?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający wyraża zgodę aby paski z gradientem antybiotyku pakowane były w blistry.



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”*

**33. Pytanie:**

**Dotyczy pakietu nr 13**

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zaoferowanie w pozycji 2 testu w opakowaniu zawierającym 100 oznaczeń i zaoferowanie 3 takich opakowań?

**Odpowiedź:**

**NIE** – Zamawiający nie wyraża zgody na zaoferowanie w pozycji 2 testu w opakowaniu zawierającym 100 oznaczeń i zaoferowanie 3 takich opakowań.

**34. Pytanie:**

**Dotyczy pakietu nr 18:**

Czy Zamawiający dopuści zaoferowanie szczepów wzorcowych w postaci liofilizowanych krążków?

**Odpowiedź:**

**NIE** - Zamawiający nie dopuszcza zaoferowanie szczepów wzorcowych w postaci liofilizowanych krążków.

**35. Pytanie:**

**Dotyczy pakietu nr 18**

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zaoferowanie w pozycji 6 sterylnych fiolek z koralikami do przechowywania szczepów wzorcowych w niskich temperaturach w opakowaniu zawierającym 64 sztuki?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający wyraża zgodę na zaoferowanie w pozycji 6 sterylnych fiolek z koralikami do przechowywania szczepów wzorcowych w niskich temperaturach w opakowaniu zawierającym 64 sztuki.

**36. Pytanie:**

**Dotyczy pakietu nr 19:**

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na wydzielenie poz. 2 i 3 do osobnego pakietu? Określenie dokładnych parametrów dla testów z poz. 2 i 3, charakterystycznych dla jednej firmy, ogranicza liczbę Oferentów, którzy mogliby złożyć korzystne oferty cenowe na pozostałe testy w pakiecie nr 19. W związku z powyższym wnosimy jak na wstępie.

**Odpowiedź:**

**NIE** – Zamawiający nie wyraża zgody na wydzielenie poz. 2 i 3 do osobnego pakietu.

**37. Pytanie:**

**Pakiet nr 19** – Testy kasetkowe do identyfikacji:

Czy w poz 1 Zamawiający dopuszcza testy pakowane po 25 szt?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający w poz 1 dopuszcza testy pakowane po 25 szt.

**38. Pytanie:**

**Pakiet nr 19** – Testy kasetkowe do identyfikacji.

Czy w poz 2 nie nastąpiła omyłka pisarska w czułości toksyny A? Czy Zamawiający nie miał na myśli 0,63 ng/ml?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający w poz 2 miał na myśli 0,63 ng/ml.

**39. Pytanie:**

**Pakiet nr 19** – Testy kasetkowe do identyfikacji:

Czy w poz 4 zamawiający dopuści zestaw składający się z płytek testowych, pipetek, probówek, sterylnych wymazówek, Strep A – Odczynnika A (azotyn sodu 2M), Strep A – Odczynnika B (kwas octowy 0,4), statywu roboczego oraz instrukcja używania?

**Odpowiedź:**

**TAK** – Zamawiający dopuszcza w poz 4 zestaw składający się z płytek testowych, pipetek, probówek, sterylnych wymazówek, Strep A – Odczynnika A (azotyn sodu 2M), Strep A – Odczynnika B (kwas octowy 0,4), statywu roboczego oraz instrukcja używania.



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”*

**Wszelkie wyjaśnienia i zmiany SIWZ stanowią integralną część SIWZ, należy je uwzględnić i zaznaczyć przy sporządzaniu oferty.**

Z-ca dyrektora SPZOZ w Krotoszynie  
ds. ekonomiczno-administracyjnych

  
mgr inż. Grzegorz Ratajczyk