



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Przychodnia Miejska w Józefowie  
ul. Skłodowskiej 5/7  
Tel. 22 789-21-21, fax 22 789-52-30  
[www.spzozjozefow.pl](http://www.spzozjozefow.pl);  
e-mail: [kontakt@spzozjozefow.pl](mailto:kontakt@spzozjozefow.pl)  
REGON: 010045302; NIP 532-16-43-282

Józefów, dn. 29 października 2021 r.

*SPZOZPM.DA(P).26.9.2021*

/do wszystkich wykonawców/

## WYJAŚNIENIE TREŚCI SPECYFIKACJI WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

**Dotyczy postępowania: „Zakup, dostawa i montaż aparatu OCT dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Przychodni Miejskiej w Józefowie”**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Miejska w Józefowie (Zamawiający) na podstawie art. 284 ust. 2 ustawy z 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 2019), przekazuje treść pytania wraz z odpowiedzią.

### **Pytanie**

Paragraf 4 pkt. 4 projektu umowy

Czy Zamawiający może wydłużyć czas reakcji serwisu do 48 godzin (w dni robocze) od momentu otrzymania zawiadomienia, oraz wydłużyć czas przystąpienia do usuwania awarii do 72 godzi (w dni robocze)?

### **Odpowiedź**

Zamawiający wyrazi zgodę na taką zmianę.

**Dyrektor**

**/-/ Maria Kurcz**