



Dotyczy: odpowiedzi na pytania i zmiany SIWZ w przetargu nieograniczonym na dostawy produktów leczniczych do programów lekowych (sygnatura sprawy: EZ/376/610/19).

W związku z pytaniami zadanymi w ww. postępowaniu:

1. Pytanie dot. pakietu nr 13 poz.1

1. Dotyczy pakietu nr 13 poz. 1. W związku z wejściem na listę refundacyjną od dnia 01.05.2014r produktu Avonex w formie wstrzykiwacza (PEN), KOD EAN 5909991001407 (obok funkcjonującej już ampułko-strzykawki), prosimy o rozszerzenie opisu przedmiotu zamówienia w odniesieniu do produktu Avonex również o formę wstrzykiwacza (PEN). Proponujemy, aby w SIWZ znalazł się opis ampułko-strzykawka i/lub wstrzykiwacz. Przy tak sformułowanym opisie Zamawiający będzie miał możliwość realizowania dostaw leku w opakowaniu ampułko-strzykawki i/lub wstrzykiwacza w zależności od bieżących potrzeb.

Odpowiedź: Zamawiający dopuszczał i dopuszcza w Zadaniu 13 poz. 1 kolumna nr 5 „Formularza cenowego” stanowiącego integralną część SIWZ, produktu leczniczego w „postać / rodzaj op. j.” „roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczach”. Zamawiający dokonuje zmiany ww. „Formularza cenowego” w zakresie opisu przedmiotu zamówienia kolumny nr 5 poprzez dopuszczenie zaoferowania opakowania ampułko-strzykawki, z zastrzeżeniem, że Zamawiający dokonuje wyboru rodzaju opakowania przy składaniu każdorazowego zamówienia. W załączeniu zmieniony „Formularz cenowy”.

2. Pytanie dot. Pakietu nr 15 poz.1

2. Dotyczy pakietu nr 15 poz. 1. Czy Zamawiający dopuszcza wycenę wszystkich produktów leczniczych octanu glatirameru, refundowanych w programie lekowym B.29, zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia?

Odpowiedź: Zamawiający dopuszcza, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia wyspecyfikowanym w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia. Zapis o dostarczaniu jedynie produktu wymienionego w obowiązującym Obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych w części B załącznika z zachowaniem warunków przetargowych, czyli w przypadku ewentualnego usunięcia zaoferowanego leku z Obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków refundowanych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, został umieszczony w zmienionym wzorze umowy poprzez dodanie w § 13 ustępu 8 (pismo znak EZ 1258/2019 z dnia 30.07.2019r.) oraz poprzez istniejący zapis pod „Formularzem cenowym”.

3. Pytanie dot. Formularza ofertowego

Zamawiający w pkt 6 formularza ofertowego użył sformułowania:

„Za wykonanie przedmiotu umowy wymagać będziemy zapłaty w terminie 60 dni, licząc od dnia dostarczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury w formie ustrukturyzowanym za pośrednictwem platformy elektronicznego fakturowania. Zapłata zostanie dokonana na podstawie prawidłowo wystawionej faktury w formie ustrukturyzowanym za pośrednictwem platformy elektronicznego fakturowania, przelewem na nasze konto bankowe.”

Sformułowanie dotyczące zapłaty znajduje się również w § 9 wzoru umowy, o następującej treści:

„Należność wskazana w § 8 ust. 1 umowy będzie regulowana przez Zamawiającego zgodnie z zamówieniami określonymi w § 3 umowy, przelewem z konta bankowego Zamawiającego na konto bankowe Wykonawcy nr w terminie 60 dni, licząc od dnia dostarczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury w formie papierowej lub formie ustrukturyzowanym za pośrednictwem platformy elektronicznego fakturowania. (...)”.

Ze względu na rozbieżności pomiędzy ww. zapisami, czy Zamawiający dopuszcza możliwość ujednoczenia zapisów poprzez dodanie informacji o fakturze papierowej do zapisu znajdującego się w pkt 6 formularza ofertowego, tj.:

Sporadziła: Zofia Dombrowska
Sprawdziła: Ewa Kupis

Dolnośląski Szpital Specjalistyczny
im. T. Marciniaka –

Centrum Medycyny Ratunkowej
ul. Gen. Augusta Emila Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław
e-mail: szpital_marciniaka@pro.onet.pl
www.szpital-marciniak.wroclaw.pl



**DOLNY
ŚLĄSK**



**Dolnośląski Szpital Specjalistyczny
im. T. Marciniaka
Centrum Medycyny Ratunkowej**

„(...) od dnia dostarczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury w formie papierowej lub formacie ustrukturyzowanym za pośrednictwem platformy elektronicznego fakturowania.(...)”?

Odpowiedź: Zamawiający dokonuje zmiany „Oferty Wykonawcy”, stanowiącej integralną część SIWZ poprzez zmianę pkt. 6 Było:

„Za wykonanie przedmiotu umowy wymagać będziemy zapłaty w terminie 60 dni, licząc od dnia dostarczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury w formacie ustrukturyzowanym za pośrednictwem platformy elektronicznego fakturowania. Zapłata zostanie dokonana na podstawie prawidłowo wystawionej faktury w formacie ustrukturyzowanym za pośrednictwem platformy elektronicznego fakturowania, przelewem na nasze konto bankowe.”

Jest:

„Za wykonanie przedmiotu umowy wymagać będziemy zapłaty w terminie 60 dni, zgodnie z § 9 wzoru umowy stanowiącej integralną część Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.”

Wobec powyższego, Zamawiający informuje, iż w oparciu o art. 12a ²⁴ ustawy Pzp, w nawiązaniu do art. 38 ust 4a ustawy Pzp zmienia termin składania i otwarcia ofert: na 26.08.2019. godziny i miejsca pozostają bez zmian. Wobec powyższego zmianie ulega pkt. 1. rozdziałów XIII, XIV Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia w zakresie zmiany ww. terminu.

Jednocześnie Zamawiający przypomina zapis Rozdziału XI pkt. 10 SIWZ „Jeśli Zamawiający zmieni opis przedmiotu zamówienia zawarty w „Formularzu cenowym” bądź „Ofercie Wykonawcy” ofertę należy złożyć z naniesioną poprawką. Niedopuszczalne jest, by opis oferowanego przedmiotu zamówienia był inny niż miałyby być realizowany.”

Zastępca Dyrektora
ds. Lecznictwa
lek. Jan Kubica
specjalista chirurg



**DOLNY
ŚLĄSK**

Sporadziła: Zofia Dombrowska
Sprawdziła: Ewa Kupis

Dolnośląski Szpital Specjalistyczny
im. T. Marciniaka –
Centrum Medycyny Ratunkowej
ul. Gen. Augusta Emila Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław
e-mail: szpital_marciniaka@pro.onet.pl
www.szpital-marciniak.wroclaw.pl

.....
(pieczęć Wykonawcy)

Pełna nazwa Wykonawcy ***

Adres (siedziba) Wykonawcy ***

OFERTA WYKONAWCY

1. Oferujemy dostawy produktów leczniczych do programów lekowych:

Zadanie ...	wartość netto..... zł*
	(słownie:.....zł...../100)*
	kwota VAT..... zł*
	(słownie:.....zł...../100)*
	wartość brutto..... zł*
	(słownie:.....zł...../100)*

itd.

Wartość brutto powinna zawierać wartość netto, kwotę podatku VAT, cenę transportu, upusty, rabaty oraz wszelkie inne koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia.

2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z całością dokumentacji przetargowej i nie wnosimy do niej zastrzeżeń. Zobowiązujemy się do zawarcia umowy zgodnie z aktualnymi wzorami stanowiącymi integralną część Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
3. Oświadczamy, że wybór mojej oferty **nie będzie / będzie **** dla Zadania prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług (w przypadku zaistnienia okoliczności, o której mowa należy wskazać nazwę (rodzaj) towaru, którego dostawa będzie prowadzić do jego powstania, oraz wskazać jego wartość bez kwoty podatku). Brak skreślenia oznaczać będzie, że wybór oferty Wykonawcy nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.
4. Oświadczamy, że zaoferowane dostawy spełniają wymogi Zamawiającego określone w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia oraz wyspecyfikowane w „Formularzu cenowym” stanowiącym integralną część SIWZ.
5. Adres mailowy pod który Zamawiający, będzie mógł wysłać wnioski, zawiadomienia oraz informacje. Brak wypełnienia oznaczać będzie, że Zamawiający prześle ww. korespondencję na adres mailowy podany w ofercie.
6. Za wykonanie przedmiotu umowy wymagać będziemy zapłaty w terminie 60 dni, zgodnie z § 9 wzoru umowy stanowiącej integralną część Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.
7. Oświadczamy, że zobowiązujemy się dostarczać do siedziby Zamawiającego do miejsca wskazanego przez Zamawiającego zamówione pisemnie produkty środkiem transportu we własnym zakresie i na własny koszt w terminie:
 - nie dłuższym niż 2 dni od dnia otrzymania każdorazowego zamówienia.
8. Oświadczamy, iż będziemy dostarczać produkty o terminie ważności nie krótszym niż 12 miesięcy liczonym od dnia dokonania odbioru.
9. Oświadczamy, że jesteśmy mikro / małym / średnim ** przedsiębiorstwem
10. W przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej zobowiązujemy się podać: numer powyższego konta bankowego, adres e-mail na który Zamawiający będzie przysyłał zamówienia, wszelkich danych niezbędnych do zawarcia umowy oraz na żądanie Zamawiającego przestać „Formularz cenowy” w wersji elektronicznej edytowalnej.
11. Oświadczamy, że zamierzamy powierzyć część wykonania przedmiotu zamówienia podwykonawcom – w zakresie Brak wypełnienia oznaczać będzie, że Wykonawca będzie wykonywał przedmiot zamówienia bez udziału podwykonawców.
12. Wadium w kwocie zostało uiszczone w dniu w formie Dowód wpłaty dołączamy do oferty.
13. Oferta **zawiera / nie zawiera **** informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. (W przypadku wskazania „zawiera” Wykonawca wypełnia dalszą część).

Korzystając z uprawnienia nadanego treścią art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych zastrzegam, że informacje:

.....
(wymienić czego dotyczą)

które zawarte są w następujących dokumentach:
stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa zgodnie z definicją zawartą w treści art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i nie mogą być udostępniane innym uczestnikom postępowania. Jednocześnie wykazuję, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa, ponieważ:

Uzasadnienie:

Uwaga:

Zastrzeżone informacje winny być odpowiednio oznaczone na właściwym dokumencie widocznym napisem „tajemnica przedsiębiorstwa” i złożone w odrębnej kopercie wewnętrznej, a na ich miejscu w dokumentacji zamieszczone stosowne odsyłacze.

14. W wypadku wygrania przetargu zobowiązujemy się do zawarcia umowy w ustalonym terminie po otrzymaniu informacji akceptującej **:
- w siedzibie Zamawiającego,
 - na własną odpowiedzialność w swojej siedzibie, i odesłaniu w ciągu 5 dni roboczych od daty wysłania, po **:
 - przesłaniu pocztą priorytetową,
 - przesłaniu pocztą kurierską (nr klienta) na koszt własny,
 - odebraniu jej przez przedstawiciela firmy.
15. Nasz numer konta bankowego, na które należy zwrócić wadium ****:..... W przypadku braku wypełnienia Zamawiający zwróci wadium na numer konta, z którego dokonano jego przelewu.
16. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO (rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. (W przypadku gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

.....
(data, podpis i pieczęć imienna osoby uprawnionej)

Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka
- Centrum Medycyny Ratunkowej
ul. gen. Augusta Emila Fieldorfa 2
54-049 Wrocław
NIP: 8992228560, REGON: 006320384
KRS: 0000040364

* Ceny należy podać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

** Niepotrzebne skreślić.

*** W przypadku Wykonawców wspólnie składających ofertę należy podać nazwy i adresy siedzib wszystkich Wykonawców, a w przypadku Konsorcjum wskazać dodatkowo funkcje pełnione w Konsorcjum przez poszczególne podmioty (np. Lider, Partner, itp.).

**** Wypełnić w przypadku wniesienia wadium w formie pieniądza.

FORMULARZ CENOWY

i.p.	Opis przedmiotu zamówienia	nazwa handlowa	j.m.	posłać / rodzaj op. j.	dawka / wielkość op. j.	ilość w op. j.	ilość op. j.	zaof. ilość w op. j.	zaof. ilość op. j.	cena j netto	VAT %	kwota j VAT	wartość netto	kwota VAT	wartość brutto	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ZADANIE 1																	
1	Etioprecetum- preparat posiadający wskazania do stosowania m.in. w młodzieńczym idiopatycznym zapaleniu stawów (MIZS), wpisane w ChPL		op	roztwór do wstrzykiwań w amp - strzyk.	50 mg	4	360										
ZADANIE 2																	
1	Sekukinumab	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ZADANIE 3																	
1	Adalimumabum	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ZADANIE 4																	
1	Natalizumabum	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ZADANIE 5																	
1	Dimethylis fumaras		op	kaps dojelit	120 mg	14 kaps	30										
2	Dimethylis fumaras		op	kaps dojelit	240 mg	56 kaps	585										
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ZADANIE 6																	
1	Tocilizumabum	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ZADANIE 7																	
1	Rituximabum	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ZADANIE 8																	
1	Toksyna botulinowa typu A - stosowana we wskazaniach neurologicznych u dzieci (do leczenia spastyczności w mózgowym porażeniu dziecięcym, wpisane w ChPL)		op	proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań	100j	1	220										
ZADANIE 9																	
1	Toksyna botulinowa typu A - do leczenia dystonii ogniskowych i polewiczego kurczu twarzy, wpisane w ChPL	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ZADANIE 10																	
1	Toksyna botulinowa typu A - do leczenia spastyczności kończyn dolnej po udarze mózgu, wpisane w ChPL	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ZADANIE 11																	
1	Toksyna botulinowa typu A - stosowana we wskazaniach neurologicznych u dzieci (do leczenia spastyczności w mózgowym porażeniu dziecięcym) wpisane w ChPL	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

I.p.	Opis przedmiotu zamówienia	nazwa handlowa	j.m.	postać / rodzaj op. j.	dawka / wielkość op. j.	ilość w op. j. *	ilość op. j. *	zaof. ilość w op. j. *	zaof. ilość op. j. *	cena j. netto	VAT %	kwota j. VAT	wartość netto	wartość brutto	kwota VAT	wartość brutto	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
ZADANIE 12																	
1	Peginterferonum beta-1a		op	roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu półautomatycznym napelnionym	63mcg ; 94mcg	2	10										
2	Peginterferonum beta-1a		op	roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu półautomatycznym napelnionym	125mcg	2	83										
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
ZADANIE 13																	
1	Interferonum beta - 1a		op	roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczach i/lub amp - strzyk. **	30mcg/0,5ml	4	345										
ZADANIE 14																	
1	Interferonum beta - 1a		op	roztwór do wstrzykiwań w amp. - strzyk, i/lub we wkładkach **	0,044 mg/0,5ml	207											
ZADANIE 15																	
1	Glatirameri acetat		op	roztwór do wstrzykiwań w amp - strzyk	40 mg/1ml	12	97										
ZADANIE 16																	
1	Teriflunamide		op	tabletki powlekane	14 mg	28	138										

Zamawiający dopuszcza składanie ofert równoważnych zgodnie z pkt. 2.1. rozdział X SIWZ.

* Zamawiający dopuszcza opakowania o innej ilości sztuk w opakowaniu z odpowiednim przeliczeniem ilości opakowań. Wówczas ilość sztuk i opakowań należy przeliczyć i wpisać z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku na ilości oferowane i podać cenę opakowania jednostkowego. Z zastrzeżeniem, iż Wykonawca nie może zaferować takiej wielkości opakowania, która spowoduje zaferowanie ilości opakowań jednostkowych (przeliczonej) do 2 miejsc po przecinku) mniejszej niż 1 (0,01 – 0,99), gdyż Zamawiający musi mieć możliwość zakupu z zawartej umowy przetargowej przynajmniej 1 opakowania.

**amp.-strz./wkład do wyboru przez Zamawiającego przy składaniu każdorazowego zamówienia

*** wstrzykiwacz i/lub amp.-strzyk. do wyboru przez Zamawiającego przy składaniu każdorazowego zamówienia

Kryteria oceny ofert: Cena 100%

Wykonawca zobowiązuje się do dostarczenia jedynie produktu wymienionego w obowiązującym Obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych w części B załącznika z zachowaniem warunków przetargowych, czyli w przypadku ewentualnego usunięcia zaferowanego leku z Obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków refundowanych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych Wykonawca jest zobowiązany do dostawy innego równoważnego preparatu ujętego w ww. Obwieszczeniu z zachowaniem warunków przetargowych - dotyczy wszystkich pozycji przedmiotu zamówienia.

Wszystkich pozycjach przedmiotu zamówienia Zamawiający wymaga zaferowania produktów leczniczych, dopuszczonych w rozumieniu ustawy Prawo Farmaceutyczne do obrotu i stosowania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka
 - Centrum Medycyny Ratunkowej
 ul. gen. Augusta Emila Fieldorfa 2
 54-049 Wrocław
 NIP: 8992228560, REGON: 006320384
 KRS: 0000040364

LANGUAGE:	PL
CATEGORY:	ORIG
FORM:	F14
VERSION:	R2.0.9.S03
SENDER:	ENOTICES
CUSTOMER:	Ibiega
NO_DOC_EXT:	2019.11.3041
SOFTWARE VERSION:	9.11.2
ORGANISATION:	ENOTICES
COUNTRY:	EU
PHONE:	/
E-mail:	ez.marciniak@wvp.pl
NOTIFICATION TECHNICAL:	/
NOTIFICATION PUBLICATION:	/

Sprostowanie

Ogłoszenie zmian lub dodatkowych informacji

Dostawy

Legal Basis:

Dyrektywa 2014/24/UE

Sekcja I: Instytucja zamawiająca/podmiot zamawiający

I.1)

Nazwa i adresy

Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka - Centrum Medycyny Ratunkowej

ul. Gen. Augusta Emilia Fieldorfa 2

Wrocław

54-049

Polska

Osoba do kontaktów: Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka - Centrum Medycyny Ratunkowej

Tel.: +48 713064419

E-mail: zp@szpital-marciniak.wroclaw.pl

Faks: +48 713064867

Kod NUTS: PL514

Adresy internetowe:

Główny adres: www.szpital-marciniak.wroclaw.pl

Adres profilu nabywcy: https://platformazakupowa.pl/pn/szpital_marciniak

Sekcja II: Przedmiot

II.1) Wielkość lub zakres zamówienia

II.1.1)

Nazwa:

Dostawy produktów leczniczych do programów lekowych

Numer referencyjny: EZ/376/610/19

II.1.2)

Główny kod CPV

33652300

II.1.3)

Rodzaj zamówienia

Dostawy

II.1.4)

Krótki opis:

Przedmiotem zamówienia są dostawy produktów leczniczych do programów lekowych wg wymienionych niżej części: Zadanie 1 - Zadanie 16. Ww. części przedmiotu zamówienia zostały wykazane i opisane w „Formularzu cenowym” stanowiącym integralną część SIWZ. Miejsce wykonywania ww. dostaw – siedziba Zamawiającego przy ul. Gen. Augusta Emilia Fieldorfa 2 we Wrocławiu. Warunki umowne realizacji przedmiotowego zamówienia publicznego zawiera wzór umowy, stanowiący integralną część SIWZ. Termin realizacji przedmiotu zamówienia – 12 miesięcy. Termin dostawy – 2 dni od dnia otrzymania każdorazowego zamówienia na adres e-mail Wykonawcy. Ogłoszenie zostanie zamieszczone na stronie platformy zakupowej oraz na tablicy ogłoszeń w Siedzibie Zamawiającego w dniu opublikowania go w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej. Specyfikacja Istotnych Warunków Zamówienia udostępniona zostanie na stronie platformy zakupowej (https://platformazakupowa.pl/pn/szpital_marciniak) od dnia publikacji ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym UE.

Sekcja VI: Informacje uzupełniające

VI.5) **Data wysłania niniejszego ogłoszenia:**

09/08/2019

VI.6) **Numer pierwotnego ogłoszenia**

Pierwotne ogłoszenie przesłane przez eNotices:

Login TED eSender: ENOTICES

Logowanie jako klient TED eSender: Ibeega

Dane referencyjne ogłoszenia: 2019-098816

Numer ogłoszenia w Dz.Urz. UE – OJ/S: 2019/S 136-334707

Data wysłania pierwotnego ogłoszenia: 12/07/2019

Sekcja VIII: Zmiany

VI.1) **Informacje do zmiany lub dodania**

VII.1.1) **Przeznaczona zmiany**

Modyfikacja pierwotnej informacji podanej przez instytucję zamawiającą

VII.1.2) **Tekst, który należy poprawić w pierwotnym ogłoszeniu**

Numer sekcji: IV.2.2

Miejsce, w którym znajduje się tekst do modyfikacji: Termin składania ofert lub wniosków o dopuszczenie do udziału

Zamiaszt:

Data: 19/08/2019

Czas lokalny: 11:00

Powinno być:

Data: 27/08/2019

Czas lokalny: 11:00

Numer sekcji: IV.2.7

Miejsce, w którym znajduje się tekst do modyfikacji: Warunki otwarcia ofert

Zamiaszt:

Data: 19/08/2019

Czas lokalny: 11:15

Powinno być:

Data: 27/08/2019

Czas lokalny: 11:15

VI.2) **Inne dodatkowe informacje:**