



*Zdrowie chorego najwyższym prawem*

**Dotyczy:** Konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań cholangiopankreatografii wstecznej (ECPW) dla pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rawie Mazowieckiej

### Odpowiedzi

**Pytanie nr 1**

Czy badania realizowane będą po wcześniejszym umówieniu terminu czy pacjenci będą transportowani do Siedziby Zamawiającego bez wcześniejszego umówienia?

**Odpowiedź:**

Badania realizowane będą po wcześniejszym telefonicznym uzgodnieniu terminu oraz godziny.

**Pytanie nr 2**

Czy dni i godziny wykonywania badań mają być zarezerwowane dla Udzielającego Zamówienia?

**Odpowiedź:**

Udzielający Zamówienia nie wymaga aby dni i godziny były zarezerwowane na wyłączność, jednak informacyjnie chcemy pozyskać wiedzę w jakich dniach i godzinach można umawiać pacjentów badania.

**Pytanie nr 3:**

Czego dotyczy punkt IV wskazany w formularzu oferty?

**Odpowiedź:**

Udzielający Zamówienia zmienia zapis w następujący sposób: *Punkt ~~IV~~ 6 należy wypełnić jeżeli ofertę składa Przyjmujący zamówienie prowadzący działalność gospodarczą w formie np. spółki cywilnej, komandytowej, z ograniczoną odpowiedzialnością, jawnej, akcyjnej i usługa ta będzie wykonywana przez Przyjmującego zamówienie osobiście.*

*Należy wpisać dane osób świadczących usługę a w szczególności podać imię i nazwisko oraz nr prawa wykonywania zawodu. Punkt ten nie dotyczy jedynie lekarza prowadzącego indywidualną praktykę lekarską, w pozostałych przypadkach Udzielający Zamówienia wymaga podania ilości oraz danych lekarzy, którzy będą wykonywać przedmiot zamówienia.*

**Pytanie nr 4:**

Co oznacza „\*” w nagłówku tabeli formularza oferty?

**Odpowiedź:**

Udzielający Zamówienia wykreśla „\*” z nagłówka tabeli.

**Pytanie nr 5:**

Czy Udzielający Zamówienia dopuszcza złożenie oferty przez e-mail?

**Odpowiedź:**

Tak Udzielający Zamówienia dopuszcza złożenie oferty przez e-mail.

**Pytanie nr 6:**

Czy możliwe jest przesunięcie terminu składania ofert do 23.06.2023 r.?

**Odpowiedź:**

Udzielający Zamówienia zgadza się na przesunięcie terminu do 23.06.2023 r. godz. 12:00

**Adres do korespondencji:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rawie Mazowieckiej, ul. Warszawska 14, 96-200 Rawa Mazowiecka, NIP: 835-132-87-53, Regon: 750081271, KRS: 0000174011  
Tel. +48 729-059-534, e-mail: [sekretariat@szpitalrawa.pl](mailto:sekretariat@szpitalrawa.pl)



## ZMIANA TERMINU SKŁADANI I OTWARCIA OFERT

Termin składania ofert: **23.06.2023 r. godz. 12:00.**

Otwarcie ofert nastąpi niezwłocznie po upływie terminu składania ofert, nie później niż następnego dnia po dniu, w którym upłynął termin składania ofert. Zamawiający informuje, że otwarcie ofert nastąpi w dniu **23.06.2023 r. godz. 12:30**

Rawa Mazowiecka, 14.06.2023 r.

**DYREKTOR**  
**SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO**  
**ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ**  
**w Rawie Mazowieckiej**  
*Małgorzata Leszczyńska*

---

### Adres do korespondencji:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rawie Mazowieckiej, ul. Warszawska 14, 96-200 Rawa Mazowiecka, NIP: 835-132-87-53, Regon: 750081271, KRS: 0000174011  
Tel. +48 729-059-534, e-mail: [sekretariat@szpitalrawa.pl](mailto:sekretariat@szpitalrawa.pl)