



SPECJALISTYCZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ  
NAD MATKĄ I DZIECKIEM w POZNANIU  
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej

Rok założenia 1877

61-825 POZNAŃ

UL. BOLESŁAWA KRYSIEWICZA 7/8

KONTO: Bank Śląski S.A. O/Poznań Nr 93105015201 000 0005 0332 1192

Poznań 13.07.2016r.

www.szoz.pl  
sekretariat@szoz.pl

Nasz znak: AZP-381-20/16

p.o. Dyrektor  
**Izabela Grzybowska**  
tel. 61 850 62 93

Do Wszystkich Wykonawców

\*\*\*\*\*  
Z-ca Dyrektora  
ds. Medycznych  
**Sylwia Świdzińska**  
tel. 61 850 62 44

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na *Usługi kompleksowego sprzętania w obiektach szpitalnych, wykonywanie prac pomocniczych na rzecz pacjenta oraz transportu wewnętrznego*

**Modyfikacja SIWZ II**

Z-ca Dyrektora  
ds. Administracyjno-  
Eksploatacyjnych  
**Marzena Krzymańska**  
tel. 61 850 62 42

Zgodnie z art. 38 ust 4 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U z 2015 r poz.2164) informuję, że dokonano następującej modyfikacji Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia (SIWZ):

1) Punkt 15.2 otrzymuje brzmienie:

Z-ca Dyrektora  
ds. Zarządzania  
Szpitalem św. Rodziny  
**Olaf Niezgodzki**  
tel. 61 866 23 24

15.1. Punkty przyznawane za podane w pkt 15.1 kryteria będą liczone według następujących wzorów:

kryterium	Wzór:
1. cena (koszt)	$\text{Liczba punktów} = \frac{\text{cena minimalna}}{\text{cena badanej oferty}} \times 100 \times \text{waga}$ <p>gdzie cena minimalna – najniższa cena brutto oferty spośród wszystkich ofert. Maksymalnie można otrzymać 80 pkt</p>
2. termin płatności	<p>Wykonawca wybierze jedną z opcji terminu płatności, za którą otrzyma następującą liczbę punktów:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>od 30 do 44 dni – 5 pkt.</li><li>od 45 do 59 dni – 10 pkt.</li><li>od 60 dni i więcej – 20 pkt.</li></ul> <p>Maksymalnie można otrzymać 20 pkt <b>Oferty zawierające termin płatności poniżej 30 dni zostaną odrzucone</b></p>

\*\*\*\*\*  
**Szpital św. Józefa**  
(dziecięcy)  
ul. Krysiwicza 7/8  
tel. 61 850 62 00  
fax. 61 852 98 06

2) Paragraf 3 ust. 3 wzoru umowy otrzymuje brzmienie

Zamawiający należność z tytułu wykonania usługi przekaże Wykonawcy w formie przelewu na konto wskazane w fakturze, w terminie ..... dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury VAT, po spełnieniu warunków określonych w ust. 3.

**Szpital św. Józefa**  
(dziecięcy)  
ul. Nowowiejskiego  
56/58  
tel. 61 852 44 91

**Zmiana SIWZ jest wiążąca dla wszystkich wykonawców biorących udział w postępowaniu i należy ją uwzględnić przy składaniu ofert. Zamawiający informuje, że zmiana ta nie wymaga wprowadzenia zmian do ogłoszenia o zamówieniu.**

**Szpital Św. Rodziny**  
(ginekologiczno-  
położniczy  
i urologiczny)  
ul. Jarochońskiego 18  
tel. 61 866 50 12  
fax. 61 866 23 24

**Zamawiający**

Z-ca Dyrektora  
ds. Administracyjno-Eksploatacyjnych

mgr inż. Marzena Krzymańska