



**Szpital Specjalistyczny im. J. K. Łukowicza<sup>A</sup>  
w Chojnicach**

89-600 Chojnice, ul. Leśna 10  
tel. centrala (0 52) 39 56 500  
tel. sekr. dyr. (0 52) 39 56 769; fax (0 52) 39 56 569

e-mail: [szpital@chojnice.pl](mailto:szpital@chojnice.pl)

[www.szpital.chojnice.pl](http://www.szpital.chojnice.pl)



Chojnice, dnia 25 października 2012 r.

N/znak: DZAP-380-2/42/12

**Podmioty biorące udział  
w postępowaniu o udzielenie  
zamówienia publicznego**

**DOTYCZY:** Prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę leków z podziałem na 5 pakietów (IV postępowanie).

Zgodnie z art. 38 ust. 2 ustawy Prawo zamówień publicznych Zamawiający wyjaśnia treść Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia:

**Pytanie nr 1:**

Dotyczy pakietu nr 2 poz. 3 Carboplatin fiołki 600mg/60ml. Czy Zamawiający wyrazi zgodę na przeliczenie na dawkę 150mg/15ml lub na 50mg/5ml. Jesteśmy przekonani, że będzie to skutkowało złożeniem większej ilości ofert a co za tym idzie możliwością wyboru najkorzystniejszej oferty spośród najbardziej konkurencyjnych.

**Odpowiedź:** Zamawiający w Pakiecie nr 2 zadaniu 1 poz. 4 Carboplatin fiołki 600mg/60ml wyraża zgodę na przeliczenie na dawkę 150 mg/15 ml.

**Pytanie nr 2:**

Dotyczy pakietu nr 2 poz. 4 Cisplatin 10mg/20ml lub 10mg/10ml. Czy z powodu braku produkcji Zamawiający wyrazi zgodę na wykreślenie tej pozycji lub możliwość przeliczenia dawki na 50mg/50ml?

**Odpowiedź:** Zamawiający w Pakiecie nr 2 zadaniu nr 2 poz. 1 Cisplatin 10mg/20ml lub 10mg/10ml wyraża zgodę na przeliczenie dawki na 50mg/50ml.

**Pytanie nr 3:**

Dotyczy pakietu nr 2 poz. 4 Cisplatin 100mg/100ml lub 50mg/100ml. Czy z powodu braku produkcji Zamawiający wyrazi zgodę na wykreślenie tej pozycji lub możliwość przeliczenia dawki na 50mg/50ml?

**Odpowiedź:** Zamawiający w Pakiecie nr 2 zadaniu 2 poz. 3 Cisplatin 100mg/100ml lub 50mg/100ml wyraża zgodę na przeliczenie dawki na 50mg/50ml.

Z poważaniem

Z-ca DYREKTORA  
dla ekonomicznych. Główny Księgowy  
*Maria Nieznanowska*

Zgodnie z regulacją art. 27 ust. 2 Pzp Zamawiający żąda potwierdzenia otrzymania niniejszej informacji oraz jej czytelności. Potwierdzenie należy przesłać pod numer faksu 52 39 56 505 bądź na adres mailowy: [zampublik@szpital.chojnice.pl](mailto:zampublik@szpital.chojnice.pl)  
M.B.