

Zabrze, dnia 09.11.2018 r.

Zamawiający

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ NR 2  
ul. Jaskółcza 11  
41-800 ZABRZE  
Regon 000686658

(nazwa i adres Zamawiającego)

Wykonawcy uczestniczący  
w postępowaniu nr  
DPS.261.46.2018.AK

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na:

**„Dostawa wyrobów medycznych dla mieszkańców Domu Pomocy Społecznej nr 2 w  
Zabrze”**

I. Zamawiający przekazuje treść zapytań wraz z wyjaśnieniami:

**Pytanie 1:**

**IGŁY INIEKCYJNE**

Poz. VENFLON

Prosimy o doprecyzowanie, jakich rozmiarów w/w pozycji oczekuje Zamawiający.

**Odpowiedź:** Niebieski.

**Pytanie 2:**

**SPRZĘT OGÓLNOMEDYCZNY**

Poz. MISKA NERKOWATA

Czy Zamawiający oczekuje miski jednorazowego czy wielorazowego użytku?

Jakiego rozmiaru misek oczekuje Zamawiający?

**Odpowiedź:** Wielorazowego o rozmiarze ok. 29cm oraz ok. 21cm.

Poz. RĘKAWICE MEDYCZNE NITRYLOWE

Czy Zamawiający dopuści w/w przeliczenie ilości wg. opakowania.?

**Odpowiedź:** wg sztuki.

Poz. RĘKAWICE JAŁOWE

Czy Zamawiający oczekuje ceny za sztukę czy parę?

**Odpowiedź:** Rękawiczki jałowe są pakowane po 2 szt., czyli za parę.

**Pytanie 3:**

**KOMPRESY, PASTRY, BANDAŻE**

Poz. KOMPRESY STERYLNE 9x9 cm

Czy Zamawiający dopuści w/w kompresy w rozmiarze 10x10 cm?

**Odpowiedź:** Tak.

Poz. KOMPRESY NIESTERYLNE 10x10cm  
Czy Zamawiający, jako sztukę rozumie opakowanie po 100 szt.?  
**Odpowiedź:** Nie.

Poz. GAZA OPATRUNKOWA  
Czy Zamawiający oczekuje gazy jałowej / niejłałowej?  
Jakiego rozmiaru gazy oczekuje Zamawiający?  
**Odpowiedź:** Jałowa o rozmiarze 1mx1m.

Poz. PASTRY OMNIFIX 10 cm x 10 cm  
Czy Zamawiający dopuści plastry typu omnifix?  
**Odpowiedź:** Tak.

Poz. PRESTOVIS 1 m x 8 cm  
Czy Zamawiający dopuści plastry typu PRESTOVIS  
**Odpowiedź:** Tak.

Poz. POLVIS PLUS 5 m x 50 mm  
Czy Zamawiający dopuści plastry typu POLVIS PLUS  
**Odpowiedź:** Tak.

**Pytanie 4:**

**ŚRODKI DEZYNFEKCYJNE**

Poz. ŚRODEK DEZYNFEKCYJNY LYSOFORMIN 3000

Prosimy o doprecyzowanie czy Zamawiający w w/w pozycji oczekuje pojemności 1l czy 5l?

**Odpowiedź:** 1 litr.

Poz. ŚRODEK DEZYNFEKCYJNY DESDERMAN<sup>R</sup> N PURE GEL 450 ml  
Czy Zamawiający dopuści w/w pozycję o pojemności 500 ml?  
**Odpowiedź:** Tak.

**II.** Jednocześnie Zamawiający informuje, że wszystkie pozostałe zapisy Zapytania ofertowego, w tym wyznaczone terminy i miejsce składania i otwarcia ofert, pozostają bez zmian.

Z upoważnienia  
Dyrektora DPS Nr 2 w Zabrze

*Teresa Dąbrowska*

.....  
(podpis kierownika Zamawiającego)