



RADOMSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY

im. dr Tytusa Chałubińskiego
26-610 Radom, ul. Lekarska 4, tel. 48 361-51-00, www.szpital.radom.pl
NIP 796-00-12-187 REGON: 000315086

Sekcja Zamówień Publicznych

przetargi.rszs.radom.regiony.pl; zampubl@rszs.regiony.pl
tel.: (048) 361-52-83, 361-52-84, fax 361-52-13
e-mail: zampubl@rszs.regiony.pl

RSS/SZP/Z-10/...../2016

Radom, dnia 17.05.2016

Wykonawcy, ubiegający się o udzielenie zamówienia publicznego

dotyczy zamówienia: Zakup i dostawa unitu stomatologicznego jezdnego typu Mobik dla potrzeb Poradni Stomatologicznej – 1 szt. Radomskiego Szpitala Specjalistycznego realizowany w ramach zadania „ Zakup sprzętu i aparatury medycznej” - w postępowaniu uproszczonym prowadzonym bez zastosowania przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004r. Prawo zamówień publicznych /t.j. Dz.U. 2015, poz. 2164/.

Odpowiedź na zapytanie Wykonawcy

Zamawiający – Radomski Szpital Specjalistyczny im dr Tytusa Chałubińskiego w Radomiu przy ul. Lekarskiej 4 udziela odpowiedzi na zapytania Wykonawców, złożone w niniejszym postępowaniu, a mianowicie:

Pytanie nr 1:

Dziękuję za odpowiedź , jednak jeszcze raz ponowie pytanie , chodzi o pkt. 7 . czy ma to być mikrosilnik ze światłem + kątnica 1:1 ze światłem, czy mikrosilnik bez światła + kątnica bez światła 1:1 ,ponieważ po wykreśleniu tekstu zostaje nam , rękaw mikrosilnika elektrycznego + mikrosilnik elektryczny / położenie 1:1/ nie jest to jednoznaczne

Odpowiedź: Zamawiający z pkt. 7 specyfikacji technicznej wykreśla zapis „położenie”, a wpisuje zapis „przełożenie”, po zmianach pkt. 7 brzmi następująco:

„Rękaw mikrosilnika elektrycznego plus mikrosilnik elektryczny (**przełożenie 1:1**)”.

W załączeniu poprawiona specyfikacja techniczna, która jest obowiązująca.

Z-ca DYREKTORA
Radomskiego Szpitala
im. dr Tytusa Chałubińskiego
20 dyspensacji
[Podpis]
mgr Grażyna Kozłowska

Dyrektor Radomskiego Szpitala Specjalistycznego

Socjaldziła-Justyna Kapusta



PROJEKT FINANSOWANY PRZEZ GMINĘ MIASTA RADOMIA

RSS/SZP/Z-10/2016

Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego /po zmianach z dnia

17.05.2016

(pieczęć Wykonawcy/Wykonawców)

Specyfikacja techniczna

Unit stomatologiczny jzdny typu Mobik dla potrzeb Poradni Stomatologicznej – 1 szt.

	Opis /Parametry wymagane	Podać	Parametry oferowane
	Producent:		
	Nazwa / typ:		
	Parametr wymagany	Wartość wymagana / Punkcja/	
1.	Sprzęt fabrycznie nowy, rok produkcji 2016	TAK	
2.	Urządzenie jzdne, wyposażone w końcówki podawane od dołu (nie mniej niż 5), zasilane z zamkniętego obiegu wody destylowanej.	TAK Opisać	
3.	Sterowanie z płynną regulacją obrotów mikrosilnika i mocy skalera.	TAK Opisać	
4.	Dmuchałka wodno-powietrzna	TAK Opisać	
5.	Lampa polimeryzacyjna z minimum sześcioma programami, pistoletowa z możliwością przełożenia do kolbowej	TAK Opisać	
6.	Skaler piezoelektryczny ze światłem	TAK	
7.	Rękaw mikrosilnika elektrycznego plus mikrosilnik elektryczny (przełożenie 1:1)	TAK Opisać	
8.	Rękaw turbinowy ze światłem plus końcówka turbinowa montowana za pomocą szybkozłączki – światło LED	TAK Opisać	



PROJEKT FINANSOWANY PRZEZ GMINĘ MIASTA RADOMIA

9.	Zasilanie urządzenia: 230V ± 10% 50/60 Hz	TAK Opisać
Inne wymagania		
10.	Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia sprzętu o w/w parametrach do miejsca dostawy, zainstalowania oraz jego uruchomienia.	TAK
11.	Okres gwarancji na dostarczony aparat - min. 24 miesięcy	TAK 24 -30 m-cy – 0 pkt. 31-36-m-cy - 5 pkt.
12.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny w Polsce – podać adres	TAK
13.	Bezpłatne szkolenie z zakresu funkcji i obsługi dla personelu w siedzibie Zamawiającego.	TAK
14.	Dostępność wyposażenia i części zamiennych minimum 8 lat	TAK
15.	W okresie gwarancji przeglądy okresowe bezpłatne, nie rzadziej niż 1 raz w roku, wraz z wymianą części zużywalnych przewidzianych przez producenta w procedurze przeglądownej.	TAK Opisać
16.	Reakcja serwisu na uszkodzenie nie dłużej niż 48 godzin	TAK
17.	Instrukcje obsługi w języku polskim w wersji drukowanej i elektronicznej (wymagane przy dostawie sprzętu)	TAK
18.	Okres gwarancji dla końcówek na mikrosiłnik i turbinę, skalery i lampę polimeryzacyjną	min. 12 m-cy

..... Dnia

.....

Podpis Wykonawcy/Wykonawców



PROJEKT FINANSOWANY PRZEZ GMINĘ MIASTA RADOMIA

