



**ul. Słowackiego 18  
87-700 Aleksandrów Kujawski**

tel. centrala (054) 282 80 00, sekretariat (054) 282 80 01

fax. (054) 282 80 02

e-mail: [spzcal@poczta.onet.pl](mailto:spzcal@poczta.onet.pl)



Aleksandrów Kujawski, dnia 08.02.2023 r.

L.dz. P.Sz. / 1145 /23

Do wszystkich Wykonawców  
postępowania nr: 5/2023  
[www.szpital-aleksandrow.internetdsl.pl](http://www.szpital-aleksandrow.internetdsl.pl)  
[www.ezamowienia.gov.pl](http://www.ezamowienia.gov.pl)

**Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego nr postępowania 5/2023 w trybie podstawowym na dostawę "Płynów infuzyjnych z podziałem na pakiety" opublikowanego na platformie e-zamowienia dnia 07.02.2023 r. pod numerem 2023/BZP 00084195**

### WYJAŚNIENIA TREŚCI SWZ

Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o.o. działając zgodnie z art. 284 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 2019) wyjaśnia treści Specyfikacji Warunków Zamówienia sporządzonej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego:

**Pytanie Nr 1** Dotyczy pakietu nr 1: poz. Nr 20

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zaoferowanie płynu wieloelektrolitowego Sterofundin Iso?

**Odpowiedź Nr 1**

Zgodnie z SWZ.

**Pytanie Nr 2** Dotyczy pakietu nr 1: poz. Nr 23

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zaoferowanie preparatu Tetraspan 6%?

**Odpowiedź Nr 2**

Tak.

**Pytanie Nr 3** dotyczy Pakietu nr 2: poz. nr 1

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zaoferowanie preparatu Omegaflex specjal poj. 1250 ml

**Odpowiedź Nr 3**

Zgodnie z SWZ.

**Pytanie Nr 4** dotyczy Pakietu nr 2: poz. nr 2

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zaoferowanie preparatu Omegaflex plus poj. 1250 ml

**Odpowiedź Nr 4**

Zgodnie z SWZ.

**Pytanie Nr 5** dotyczy Pakietu nr 2: poz. nr 3

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zaoferowanie preparatu Omegaflex specjal poj. 1875 ml

**Odpowiedź Nr 5**

Zgodnie z SWZ.

**Pytanie Nr 6** dotyczy Pakietu nr 2: poz. nr 4

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zaoferowanie preparatu Lipoflex peri poj. 1250 ml

**Odpowiedź Nr 6**

Zgodnie z SWZ.



**ul. Słowackiego 18**  
**87-700 Aleksandrów Kujawski**

tel. centrala (054) 282 80 00, sekretariat (054) 282 80 01

fax. (054) 282 80 02

e-mail: [spzcal@poczta.onet.pl](mailto:spzcal@poczta.onet.pl)



---

**Pytanie Nr 7** dotyczy Pakietu nr 2: poz. nr 5

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zaoferowanie preparatu Nutricomp standard poj. 500 ml

**Odpowiedź Nr 7**

Zgodnie z SWZ.

**Pytanie Nr 8** dotyczy Pakietu nr 2: poz. nr 6

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zaoferowanie preparatu Nutricomp Peptid poj. 500 ml

**Odpowiedź Nr 8**

Zgodnie z SWZ.

**Pytanie Nr 9** dotyczy Pakietu nr 2: poz. nr 7

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zaoferowanie preparatu Nutricomp Energy Fibre poj. 500 ml

**Odpowiedź Nr 9**

Zgodnie z SWZ.

**Pytanie Nr 10** dotyczy Pakietu nr 2: poz. nr 8

Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zaoferowanie preparatu Nutricomp D poj. 500 ml ?

**Odpowiedź Nr 10**

Zgodnie z SWZ.

Pozostałe zapisy SWZ pozostają bez zmian. Zamawiający informuje, że wszelkie wyjaśnienia stają się integralną częścią SWZ i będą wiążące przy składaniu ofert.