



SPZOZ Warszawa-Ursynów

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
W a r s z a w a - U r s y n ó w

ul. Zamiany 13, 02-786 Warszawa, Regon: 017185839, NIP: 951-19-98-375
sekretariat: tel. 22 643 74 44; tel./fax 22 641 52 14; centrala: 22 641 67 59,
22 641 29 94, 22 643 03 99, e-mail: biuro@zozursynow.pl, www.zozursynow.pl



ZPORR
Zintegrowany Program
Operacyjny
Rozwoju Regionalnego



Warszawa, dnia 29.09.2014r.

Nr sprawy SPZOZ.U.580/2014

Numer ogłoszenia: 322080 - 2014; data zamieszczenia: 29.09.2014

OGŁOSZENIE O ZMIANIE OGŁOSZENIA

Ogłoszenie dotyczy: Ogłoszenia o zamówieniu.

Informacje o zmienianym ogłoszeniu: 315762 - 2014 data 23.09.2014 r.

SEKCJA I: ZAMAWIAJĄCY

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Warszawa Ursynów, ul. Zamiany 13, 02-786 Warszawa, woj. mazowieckie, tel. 22 641-67-59, fax. 22 641-52-14.

SEKCJA II: ZMIANY W OGŁOSZENIU

II.1) Tekst, który należy zmienić:

- **Miejsce, w którym znajduje się zmieniany tekst:** II.1.7).
- **W ogłoszeniu jest:** Czy dopuszcza się złożenie oferty częściowej: tak, liczba części: 11..
- **W ogłoszeniu powinno być:** Czy dopuszcza się złożenie oferty częściowej: tak, liczba części: 11..
- **Miejsce, w którym znajduje się zmieniany tekst:** III.3.2).
- **W ogłoszeniu jest:** Opis sposobu dokonywania oceny spełniania tego warunku W celu potwierdzenia posiadania wiedzy i doświadczenia Wykonawca powinien wykazać, że wykonał co najmniej dwie dostawy na rzecz zakładów służby zdrowia w zakresie dostaw preparatów farmaceutycznych, każda o wartości nie mniejszej niż wartość podana poniżej, w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, podając ich wartości, przedmiot, daty wykonania i odbiorców oraz załączyć dowody (poświadczenie lub jeżeli Wykonawca z uzasadnionych przyczyn o obiektywnym charakterze nie jest w stanie uzyskać poświadczenia - oświadczenie wykonawcy), potwierdzające że usługi te zostały wykonane należycie. Minimalna wartość pojedynczej dostawy w PLN w przypadku realizacji poszczególnych pakietów nr 1 - 47.220,00 2 - 11.320,00 3 - 2.680,00 4 - 10.160,00 5 - 19.320,00 6 - 2.400,00 7 - 3.660,00 8 - 25.240,00 9 - 11.880,00 Minimalna wartość pojedynczej dostawy dotycząca całości przedmiotu zamówienia (PLN) - 133.880,00.
- **W ogłoszeniu powinno być:** Opis sposobu dokonywania oceny spełniania tego warunku W celu potwierdzenia posiadania wiedzy i doświadczenia Wykonawca powinien wykazać, że wykonał co najmniej dwie dostawy na rzecz zakładów służby zdrowia w zakresie dostaw

preparatów farmaceutycznych, każda o wartości nie mniejszej niż wartość podana poniżej, w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, podając ich wartości, przedmiot, daty wykonania i odbiorców oraz załączyć dowody (poświadczenie lub jeżeli Wykonawca z uzasadnionych przyczyn o obiektywnym charakterze nie jest w stanie uzyskać poświadczenia - oświadczenie wykonawcy), potwierdzające że usługi te zostały wykonane należycie. Minimalna wartość pojedynczej dostawy w PLN w przypadku realizacji poszczególnych pakietów nr 1 - 47.220,00 2 - 11.320,00 3 - 1.140,00 4 - 5.146,00 5 - 19.320,00 6 - 2.400,00 7 - 3.660,00 8 - 25.240,00 9 - 11.880,00 10 - 4.744,00 11 - 1.540,00 Minimalna wartość pojedynczej dostawy dotycząca całości przedmiotu zamówienia (PLN) - 133.880,00.

- **Miejsce, w którym znajduje się zmieniany tekst:** Iv.4.4).
- **W ogłoszeniu jest:** Termin składania wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu lub ofert: 01.10.2014 godzina 08:30, miejsce: 02-786 Warszawa ul. Zamiany 13 pokój nr 1 Sekretariat Dyrektora..
- **W ogłoszeniu powinno być:** Termin składania wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu lub ofert: 03.10.2014 godzina 08:30, miejsce: 02-786 Warszawa ul. Zamiany 13 pokój nr 1 Sekretariat Dyrektora..

II.2) Tekst, który należy dodać:

- **Miejsce, w którym należy dodać tekst:** Część.
- **Tekst, który należy dodać w ogłoszeniu:** CZĘŚĆ Nr: 10 NAZWA: Pakiet 10. 1) Krótki opis ze wskazaniem wielkości lub zakresu zamówienia: Przedmiotem zamówienia są sukcesywne dostawy leków.. 2) Wspólny Słownik Zamówień (CPV): 33.60.00.00-6. 3) Czas trwania lub termin wykonania: Okres w miesiącach: 12. 4) Kryteria oceny ofert: najniższa cena..
- **Miejsce, w którym należy dodać tekst:** część.
- **Tekst, który należy dodać w ogłoszeniu:** CZĘŚĆ Nr: 11 NAZWA: Pakiet 11. 1) Krótki opis ze wskazaniem wielkości lub zakresu zamówienia: Przedmiotem zamówienia są sukcesywne dostawy leków.. 2) Wspólny Słownik Zamówień (CPV): 33.60.00.00-6. 3) Czas trwania lub termin wykonania: Okres w miesiącach: 12. 4) Kryteria oceny ofert: najniższa cena..