

Kraków, 17 maj 2016r.

wg rozdzielnika

NR POSTĘPOWANIA: DZP.272-7/16

Przetarg nieograniczony pn. " Dostawa gazów medycznych "

ODPOWIEDZI NA PYTANIA

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie działając na podstawie art. 38 ustawy z dn. 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2015 roku, poz. 2164 j.t.) udziela odpowiedzi na następujące pytanie:

Korzystając z uprawnień, jakie daje nam jako Wykonawcy przepis art. 38 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych (ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r., Dz. U. z 2004 r. Nr 19, poz. 177 ze zmianami) zwracamy się do Zamawiającego o udzielenie nam stosownych wyjaśnień co do treści zapisów specyfikacji istotnych warunków zamówienia związanych z zapisami przyszłej umowy (wzór dołączony do SIWZ) oraz zapisów zawartych w opisie przedmiotu zamówienia :

UMOWA O DOSTAWĘ TLENU MEDYCZNEGO W STANIE CIEKŁYM

prosimy o zmianę zapisu na brzmienie

§ 1

2.Wykonawca zobowiązuje się dostarczać przedmiot umowy sukcesywnie do siedziby Zamawiającego w terminach określonych w zamówieniach składanych telefonicznie na numer tel. lub faksem na numer**Otrzymanie zamówienia winno być każdorazowo potwierdzone przez Wykonawcę**

Odpowiedz: Zamawiający wyraża zgodę w powyższym zakresie.

prosimy o zmianę zapisu na brzmienie

§ 4

1.Płatność za dostawy dokonywana będzie przez Zamawiającego w terminie do 30 dni od daty ~~otrzymania – prawidłowo – wystawionej~~ **wystawienia** faktury i po zrealizowaniu zamówienia potwierdzonego przez upoważnionego pracownika Zamawiającego na konto bankowe Wykonawcy

Odpowiedz: Zamawiający nie wyraża zgody w powyższym zakresie.

Prosimy o wykreślenie zapisu

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie

ul. Strzelecka 2, 31 – 503 Kraków, Biuro Dyrekcji: tel.(12)6198601, fax.(12)6198610, e-mail:info@dzieciecyszpital.pl
Konto: Bank PeKaO SA, O/Kraków, Rynek Główny 47, Nr: 06 1240 4689 1111 0000 5143 2083



Szpital akredytowany



Certyfikat ISO 9001:2008

§ 5

~~2. W razie dostarczenia tlenu medycznego złej jakości, w szczególności nie odpowiadającego stosownym normom, Wykonawca odpowiada w pełnej wysokości za szkody, jakie w związku z tym Zamawiający poniósł.~~

Odpowiedz: Zamawiający nie wyraża zgody w powyższym zakresie.

prosimy o zmianę zapisu na brzmienie

§ 6

1. Zamawiającemu przysługuje prawo naliczania kary umownej Wykonawcy, w następujących przypadkach:

a) opóźnienia w dostarczeniu gazu, w wysokości 2% wartości ~~brutto~~ netto towaru nie dostarczonego w terminie, o którym mowa w §1 ust. 2, za każdy dzień opóźnienia, **kara rażąco wysoka**

b) odstąpienia od umowy przez Wykonawcę lub Zamawiającego, z ~~wyłączonej~~ winy Wykonawcy, jak też w przypadku rozwiązania umowy w trybie §9 ust. 2 w wysokości 10% wartości ~~brutto umowy~~. **Netto niewykonanej części umowy.**

~~2. W przypadku, gdy wysokość szkody przekroczy wartość kary umownej, Zamawiający może dochodzić odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych. Wykonawca odpowiada jedynie za normalne następstwa swych działań lub zaniechań z wyłączeniem odpowiedzialności za szkody pośrednie lub utracone korzyści.~~

Odpowiedz: Zamawiający nie wyraża zgody w powyższym zakresie.

UMOWA O DOSTAWĘ GAZÓW MEDYCZNYCH W BUTLACH

prosimy o zmianę zapisu na brzmienie

§ 1

2. Wykonawca zobowiązuje się dostarczać przedmiot umowy sukcesywnie do siedziby Zamawiającego, w terminach określonych w zamówieniach składanych telefonicznie na numer tel. lub faksem na numer **Otrzymanie zamówienia winno być każdorazowo potwierdzone przez Wykonawcę.**

Odpowiedz: Zamawiający wyraża zgodę w powyższym zakresie.

prosimy o zmianę zapisu na brzmienie

§ 5

1. Płatność za dostawy dokonywana będzie przez Zamawiającego w terminie do 30 dni od daty ~~otrzymania prawidłowo wystawionej~~ wystawienia faktury i po zrealizowaniu zamówienia potwierdzonego przez upoważnionego pracownika Zamawiającego na konto bankowe Wykonawcy

Odpowiedz: Zamawiający nie wyraża zgody w powyższym zakresie.

prosimy o zmianę zapisu na brzmienie

§ 11

1. Zamawiającemu przysługuje prawo naliczania kary umownej Wykonawcy, w następujących przypadkach:

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie

ul. Strzelecka 2, 31 – 503 Kraków, Biuro Dyrekcji: tel.(12)6198601, fax.(12)6198610, e-mail:info@dziecieczszpital.pl
Konto: Bank PeKaO SA, O/Kraków, Rynek Główny 47, Nr: 06 1240 4689 1111 0000 5143 2083



Szpital akredytowany



Certyfikat ISO 9001:2008

a) opóźnienia w dostarczeniu gazu, w wysokości 2% wartości **brutto netto** towaru nie dostarczonego w terminie, o którym mowa w §1 ust. 2, za każdy dzień opóźnienia, **kara rażąco wysoka**

b) odstąpienia od umowy przez Wykonawcę lub Zamawiającego, z **wyłącznej** winy Wykonawcy, jak też w przypadku rozwiązania umowy w trybie §9 ust. 2 w wysokości 10% wartości **brutto umowy-Netto niewykonanej części umowy**.

~~W przypadku, gdy wysokość szkody przekroczy wartość kary umownej, Zamawiający może dochodzić odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych.~~ Wykonawca odpowiada jedynie za normalne następstwa swych działań lub zaniechań z wyłączeniem odpowiedzialności za szkody pośrednie lub utracone korzyści.

Odpowiedz: Zamawiający nie wyraża zgody w powyższym zakresie.

UMOWA DZIERŻAWY ZBIORNIKÓW NA CIEKŁY TLEN

prosimy o zmianę zapisu na brzmienie

§7

Dzierżawca zobowiązuje się do zapłaty na rzecz Wydierżawiającego czynszu miesięcznego w wysokości **zł brutto** (słownie złotych:), płatnego w terminie do 30 dni od **otrzymania wystawienia** faktury, przelewem na konto Wydierżawiającego wskazane na tej fakturze.

Odpowiedz: Zamawiający nie wyraża zgody w powyższym zakresie.

Odpowiedzi do pytań oraz modyfikacja treści SIWZ wprowadzona niniejszym pismem stanowią integralną część SIWZ i jest wiążąca dla wszystkich Wykonawców ubiegających się o udzielenie przedmiotowego zamówienia.

Otrzymują:

- ✓ Wykonawca, który zadał pytania
- ✓ strona internetowa Zamawiającego
- ✓ a/a

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie

ul. Strzelecka 2, 31 – 503 Kraków, Biuro Dyrekcji: tel.(12)6198601, fax.(12)6198610, e-mail:info@dziecieczszpital.pl
Konto: Bank PeKaO SA, O/Kraków, Rynek Główny 47, Nr: 06 1240 4689 1111 0000 5143 2083



Szpital akredytowany



Certyfikat ISO 9001:2008