

Ogłoszenie nr 540234156-N-2019 z dnia 31-10-2019 r.

Chrzanów:

OGŁOSZENIE O ZMIANIE OGŁOSZENIA

OGŁOSZENIE DOTYCZY:

Ogłoszenia o zamówieniu

INFORMACJE O ZMIENIANYM OGŁOSZENIU

Numer: 612563-N-2019

Data: 21/10/2019

SEKCJA I: ZAMAWIAJĄCY

Szpital Powiatowy w Chrzanowie, Krajowy numer identyfikacyjny 31010800000000, ul. ul. Topolowa 16, 32-500 Chrzanów, woj. małopolskie, państwo Polska, tel. 032 6247777, 6247034, e-mail dzp@spch.home.pl, faks 032 6239428, 6247032.

Adres strony internetowej (url):

SEKCJA II: ZMIANY W OGŁOSZENIU

II.1) Tekst, który należy zmienić:

Miejsce, w którym znajduje się zmieniany tekst:

Numer sekcji: III.

Punkt: 6)

W ogłoszeniu jest: III.6) WYKAZ OŚWIADCZEŃ LUB DOKUMENTÓW SKŁADANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ W POSTĘPOWANIU NA WEZWANIE ZAMAWIAJACEGO W CELU POTWIERDZENIA OKOLICZNOŚCI, O KTÓRYCH MOWA W ART. 25 UST. 1 PKT 2 USTAWY PZP Zamawiający wymaga: *wykazu znajdujących się w dyspozycji Wykonawcy samochodów tj. co najmniej dwa samochody typu „minibus” 7-9 miejsc przystosowanych do przewozu pacjentów poruszających się na wózkach inwalidzkich oraz co najmniej jeden samochód przystosowany do przewozu pacjentów w pozycji leżącej przeznaczonych do wykonania usługi z załączeniem aktualnych polis OC wraz z ubezpieczeniem NW dla przewożonych pacjentów oraz dowodów rejestracyjnych samochodów (możliwość przewożenia

pacjenta w pozycji leżącej może być dostępna w jednym z trzech wymaganych pojazdów lub Wykonawca musi wykazać się dysponowaniem dodatkowym samochodem z taką możliwością), *wykazu znajdujących się w dyspozycji Wykonawcy, kierowców z doświadczeniem w pracy jako kierowca w przewozach sanitarnych lub innych przewozach pacjentów (np. Stacji Dializ) przeszkolonych w zakresie Pierwszej Pomocy -należy załączyć stosowne dokumenty potwierdzające przeszkolenie w zakresie Pierwszej Pomocy.

W ogłoszeniu powinno być: III.6) WYKAZ OŚWIADCZEŃ LUB DOKUMENTÓW SKŁADANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ W POSTĘPOWANIU NA WEZWANIE ZAMAWIAJACEGO W CELU POTWIERDZENIA OKOLICZNOŚCI, O KTÓRYCH

MOWA W ART. 25 UST. 1 PKT 2 USTAWY PZP Zamawiający wymaga: * wykazu posiadanych lub będących w dyspozycji Wykonawcy na czas świadczenia usług transportowych dowozu i odwozu pacjentów Stacji Dializ samochodów tj. co najmniej dwóch samochodów typu „minibus” 7-9 miejsc przystosowanych do przewozu pacjentów poruszających się na wózkach inwalidzkich oraz co najmniej jednego samochodu przystosowanego do przewozu pacjentów w pozycji leżącej przeznaczonych do wykonania usługi z załączeniem aktualnych polis OC wraz z ubezpieczeniem NW dla przewożonych pacjentów oraz dowodów rejestracyjnych samochodów (możliwość przewożenia pacjenta w pozycji leżącej może być dostępna w jednym z trzech wymaganych pojazdów lub Wykonawca musi wykazać się dysponowaniem dodatkowym samochodem z taką możliwością)

Miejsce, w którym znajduje się zmieniany tekst:

Numer sekcji: IV.

Punkt: 6.2)

W ogłoszeniu jest: IV.6.2) Termin składania ofert lub wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu: Data: 2019-10-29, godzina: 10:00,

W ogłoszeniu powinno być: IV.6.2) Termin składania ofert lub wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu: Data: 2019-11-08, godzina: 10:00,