



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie  
ul. Kościuszki 10, 88-300 Mogilno  
sekretariat: tel. 52 315 25 15, fax 52 315 25 33  
e-mail: sekretariat@mpcz.pl  
[www.mpcz.pl](http://www.mpcz.pl)

Nr sprawy 28ŚOOspzoz2020

Mogilno, dnia 8 grudnia 2020 r.

**Wykonawcy,  
którzy złożyli pytania**

## WYJAŚNIENIA

### ZWIĄZANE Z TREŚCIĄ SIWZ NR I

*dot.: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego nr 28ŚOOspzoz2020 – Dostawa środków ochrony osobistej na potrzeby Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Mogilnie*

W odpowiedzi na skierowane do zamawiającego zapytania dotyczące treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia informujemy:



**Dotyczy: Zadanie (część ) nr2**

#### **Pytanie nr 1**

W związku z pogarszającą się sytuacją epidemiczną w kraju , zwracamy się z zapytaniem czy Zamawiający w zadaniu (części) 2 wymaga produktu, który posiada badania potwierdzonej skuteczności filtracji na poziomie cząsteczki koronawirusa?

**Ad.1: Zamawiający dopuszcza, ale nie wymaga.**

#### **Pytanie nr 2**

Czy Zamawiający chcą wypełnić cytowaną wcześniej Dyrektywę Rady 93/42/EWG i ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA wymaga półmasksi filtrującej w opakowaniu jednostkowym w celu zachowania czystości biologicznej oraz zapobiegania zakażeniom krzyżowym?

**Ad 2: Zamawiający wymaga.**



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie  
ul. Kościuszki 10, 88-300 Mogilno  
sekretariat: tel. 52 315 25 15, fax 52 315 25 33  
e-mail: sekretariat@mpcz.pl  
[www.mpcz.pl](http://www.mpcz.pl)

### **Pytanie nr 3**

Prosimy o potwierdzenie czy Zamawiający zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/425 z dnia 9 marca 2016 r. art. 17 pkt.3 i normą EN 149+A1:2010 pkt. 9 wymaga oznaczenia w sposób czytelny i trwały na każdej pojedynczej półmasce filtrującej tzn.: nazwy, znaku handlowego lub innego elementu identyfikującego producenta, znakowania identyfikującego typ maski, CE z numerem jednostki certyfikującej, oraz numer i rok publikacji niniejszej normy?

**Ad.3: Zamawiający wymaga.**

Zamawiający informuje, że pytania oraz odpowiedzi stają się integralną częścią specyfikacji istotnych warunków zamówienia i będą wiążące przy składaniu ofert.

**Znak Dyrektora**  
ds. Organizacyjno-Technicznych  
Samodzielnego Publicznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Mogilnie

*Jarosław Głowacki*

Kierownik Zamawiającego

Do wiadomości:

1. wszyscy uczestnicy
2. a/a