



**Opolskie Centrum Ratownictwa Medycznego**  
**adres do korespondencji: ul. Mickiewicza 2 – 4 , 45 – 369 Opole**  
**tel: (77) 4413639** **fax: (77) 4413645**  
**e-mail: sekretariat@pogotowie.opole.pl**  
**NIP: 754-26-50-979**  
**REGON: 000292445**  
**Konto: Bank Pekao S. A. I Oddział w Opolu**  
**23124016331111000026519007**  
**KRS: 000008085**



Opole, dnia 15 grudzień 2017 r.

### **„ Dostawa leków dla zespołów ratownictwa medycznego”**

W odpowiedzi na wniesione pytania do treści zapytania ofertowego w przedmiotowym postępowaniu, Zamawiający udziela odpowiedzi:

1. Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zaoferowanie w pozycji 26 oraz 43 produktu leczniczego w opakowaniu typu flakon z dwoma różnymi portami, wykonany z polipropylenu typu KabiClear?

**Odpowiedź: Tak, dopuszczamy.**

2. Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zaoferowanie w pozycji 44 produktu leczniczego pakowanego po 50 szt., z odpowiednim przeliczeniem ilości?

**Odpowiedź: Tak, dopuszczamy.**

3. Czy Zamawiający wyrazi zgodę na zaoferowanie w pozycji 55 produktu leczniczego konfekcjonowanego w opakowaniach a' 10 sztuk z odpowiednim przeliczeniem ilości?

**Odpowiedź: Tak, dopuszczamy.**

4. Czy Zamawiający wymaga aby produkt leczniczy (pozycja 55), był zaoferowany w opakowaniu typu ampułka szklana z oranżowego szkła zapewniającym ochronę przed światłem, zgodnie z wymogiem Farmakopei Europejskiej?

**Odpowiedź: Zamawiający wymaga, aby oferowany przedmiot zamówienia spełniał, co najmniej minimalne wymagania określone w tabeli pod warunkiem, że zagwarantują one realizację dostawy w zgodzie z opisem przedmiotu zamówienia oraz zapewnią uzyskanie parametrów nie gorszych od założonych zgodnie z obowiązującymi normami i przepisami.**

DYREKTOR  
*Leszek*  
Tobiasz Sołek