



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Przychodnia Miejska w Józefowie  
ul. Skłodowskiej 5/7  
Tel. 22 789-21-21, fax 22 789-52-30  
[www.spzozjozefow.pl](http://www.spzozjozefow.pl);  
e-mail: kontakt@spzozjozefow.pl  
REGON: 010045302; NIP 532-16-43-282

Józefów dnia, 28 czerwca 2022r.

**SPZOZPM.DA.26.6.2022**

**- do wszystkich Wykonawców-**

**DOTYCZY: postępowania na sukcesywną dostawę środków dezynfekcyjnych na rzecz Samodzielnego Publicznego Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodni Miejskiej w Józefowie**

**Pytanie 1 dotyczy pakietu nr 1 poz. 1 i 2**

Czy Zamawiający dopuści chusteczki pakowane po 100 sztuk z przeliczeniem ilości do pełnych opakowań w górę?

**Odpowiedź**

Zamawiający wyraża zgodę.

**Pytanie 2 dotyczy pakietu nr 1 poz. 7**

Prosimy w wskazanie wielkości oczekiwanego opakowania mydła typu Sterisol.

**Odpowiedź**

Chodzi o pojemność 0,7 l.

**Pytanie 3 dotyczy pakietu nr 2 poz. 2**

Czy Zamawiający dopuści rękaw w opakowaniu 100 lub 200 metrów z przeliczeniem długości do pełnych opakowań w górę?

**Odpowiedź**

Zamawiający wyraża zgodę.

**Pytanie 4 dotyczy pakietu nr 2 poz. 4**

Czy Zamawiający dopuści rękaw o szerokości 55mm?

**Odpowiedź**

Zamawiający wyraża zgodę.

**Pytanie 5 dotyczy pakietu nr 2 poz. 5**

Czy Zamawiający dopuści torebki w rozmiarze 100x250 mm?

**Odpowiedź**

Zamawiający wyraża zgodę.

**Pytanie 6 dotyczy pakietu nr 2 poz. 6**

Czy Zamawiający dopuści torebki w rozmiarze 57x100 mm?

**Odpowiedź**

Zamawiający wyraża zgodę.

**Pytanie 7 dotyczy pakietu nr 2 poz. 7**

Czy Zamawiający dopuści torebki w rozmiarze 50 x 250 mm?

**Odpowiedź**

Zamawiający wyraża zgodę.

**Dyrektor  
/-/ Maria Kurcz**