

## PYTANIA

Dotyczy: konkursu ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych realizowanych na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. A. Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach postępowanie **KSZ/DSM/04/2019- OZNACZANIE STĘŻENIA LEKÓW WE KRWI**

**W związku z pytaniem Oferenta, które cytuję poniżej, udzielam następującej odpowiedzi:**

**Pytanie 1:**

Czy **Udzielający Zamówienia** wyrazi zgodę, aby termin realizacji świadczenia wynosił 5 dni roboczych.

**Odpowiedź:** Udzielający Zamówienia wyraża zgodę.

**Pytanie 2:**

Czy **Udzielający Zamówienia** wyrazi zgodę, aby badania były wykonywane raz w tygodniu.

**Odpowiedź:** Udzielający Zamówienia nie wyraża zgody.

**Pytanie 3:**

Czy Udzielający Zamówienia wyrazi zgodę, aby siedziba **Przyjmującego Zamówienie** znajdowała się w odległości większej niż 30 km od siedziby **Udzielającego Zamówienia**.

**Odpowiedź:** Zapis Dział V punkt 16 ppkt. e zezwala, aby maksymalna odległość do miejsca wykonywania świadczeń przez **Przyjmującego Zamówienie** od siedziby **Udzielającego Zamówienia** nie przekraczała 300 km.

**Pytanie 4:**

Czy **Udzielający Zamówienia** rozważa oznaczanie innych leków: Takrolimus, Cyklosporyna A?

**Odpowiedź:** Postępowanie konkursowe dotyczy wyłącznie stężenia leków we krwi: Rapamycyna oraz Mykofenolan.

**Przewodnicząca Komisji Konkursowej  
Iwona Rakoczy**