



Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka
im. św. Jana Pawła II
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach

L.dz./ZW/DB/...../MK/2023

Katowice, dnia ..2023-08-17..... r.

Do wszystkich zainteresowanych

**Dotyczy: konkursu ofert na wykonywanie świadczeń zdrowotnych z zakresu:
Przygotowywania i dostarczania homogennych zastawek serca
(znak: KSZ/DB/1/2023)**

Dyrektor

mgr inż.
Marian Kreis

ul. Medyków 16
40-752 Katowice

SEKRETARIAT
tel.: (32) 207 15 00
fax: 32 207 15 46

sekretariat@gczd.katowice.pl
www.gczd.katowice.pl

Pytania i odpowiedzi

Pytanie nr 1: Czy Zamawiający wyraża zgodę na przesyłanie faktur w formie elektronicznej na wskazany adres e-mail? Jeżeli tak, proszę o zmianę treści umowy.

Odpowiedź: Zamawiający **nie wyraża zgody**.

Pytanie nr 2: Czy Zamawiający wyraża zgodę na zmianę terminu płatności na 30 dni od daty otrzymania FV? Jeżeli, tak proszę o zmianę treści umowy.

Odpowiedź: Zamawiający **wyraża zgodę**.

Modyfikacji ulega §4 ust. 6 Załącznika nr 3 do SWKO – wzór umowy w następujący sposób: „Zamawiający dokona płatności faktur VAT przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze, w terminie do 30 dni od daty otrzymania oryginału prawidłowo wystawionej faktury VAT wraz z wykazem wykonanych świadczeń, o którym mowa w ust. 5.”.

Pytanie nr 3: Czy Zamawiający wyraża zgodę na złożenie oferty w formie elektronicznej?

Odpowiedź: Zamawiający **nie wyraża zgody**.

CERTYFIKATY
JAKOŚCI:



Z poważaniem

2 pp Dyrektor
KIEROWNIK
Sekcji ds. analizy i kontroli
dokumentacji medycznej
oraz świadczeń zdrowotnych
dr n. med. *Irena Wolny*