**pieczątka** Szczytno, dn. 15.09.2017 r.

**SPROSTOWANIE**

**do**

**Zapytania ofertowego nr ZOZ-P-11/2017**

**I. ZAMAWIAJĄCY**

Zespół Opieki Zdrowotnej

ul. M.C. Skłodowskiej 12

12-100 Szczytno

tel. (0-89) 623 21 41 fax. (0-89) 623 21 36

NIP: 745-15-93-187 REGON: 519483005

[www.szpital.szczytno.pl](http://www.szpital.szczytno.pl) ; e-mail: [zozszczytno@op.pl](mailto:zozszczytno@op.pl);

**II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa leków wg specyfikacji/ załącznik Nr 2 dla ZOZ Szczytno

(…)

1. ~~Zamówienie jest niepodzielne na części. Wykonawcy składają oferty na całość zamówienia.~~
2. Zamówienie jest podzielne na części. Wykonawcy składają oferty na wybrany jeden lub wiele leków z listy 41 pozycji.

**Bohdan Diaków**

**Sekretarz Komisji**