



Postępowanie nr: 09/UCMMiT/NP/2021

uc/2750/2021

Gdynia, dnia 13 września 2021r.

Zamawiający:

Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej
ul. Powstania Styczniowego 9b
81-519 Gdynia

ZAPYTANIE OFERTOWE (ZO)

na dostawę defibrylatora wraz z akcesoriami.

Postępowanie o udzielenie zamówienia o wartości szacunkowej nieprzekraczającej 130 000,00 zł.

1. Zapraszam do złożenia oferty na dostawę defibrylatora wraz z akcesoriami.
2. Termin realizacji zamówienia – 14 dni od dnia zawarcia umowy.
3. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia/ Parametry techniczne zawiera załącznik nr 1.1 do ZO.
4. Złożona oferta powinna zawierać co najmniej:
 - 1) cenę całkowitą (cenę netto, stawkę VAT i cenę brutto) wykonania zamówienia,
 - 2) nazwę i adres wykonawcy,
 - 3) termin ważności oferty – 30 dni,
 - 4) opis nawiązujący do parametrów wyszczególnionych w zapytaniu ofertowym stanowiący załącznik nr 1.1 do ZO,
 - 5) upoważnienie osoby podpisującej ofertę do reprezentowania wykonawcy,
 - 6) Formularz oferta stanowiący załącznik nr 1 do ZO.

Cenę ofertową defibrylatora wraz z akcesoriami Wykonawca zobowiązany jest określić w formularzu ofertowym stanowiącym Załącznik nr 1 do ZO. Cenę w formularzu Oferta określić należy w złotych polskich, w kwotach netto i brutto (z uwzględnionym należnym podatkiem VAT).
5. Oferta powinna być sporządzona na papierze firmowym Wykonawcy lub opatrzona pieczętką firmową, posiadać datę sporządzenia oraz powinna być podpisana przez Wykonawcę. W przypadku składania oferty przez pełnomocnika wymaga się dostarczenia pełnomocnictwa do podpisania oferty.
6. Oferta powinna być przesłana za pośrednictwem poczty e mail.
7. Wybór najkorzystniejszej oferty nastąpi w oparciu o najniższą cenę.
8. Oświadczenia, wezwania i zawiadomienia strony mogą przekazywać sobie wzajemnie za pomocą poczty e – mail. Strona która otrzymała wiadomość potwierdza jej otrzymanie stronie wysyłającej, niezwłocznie. Dokumenty będące uzupełnieniem oferty przekazywane są za pomocą poczty e-mail.
9. Zamawiający przewiduje możliwość poprawiania oczywistych omyłek rachunkowych lub pisarskich.
10. Zamawiający odrzuci ofertę, jako niespełniającą wymagań określonych w ZO jeśli oferta:
 - a) nie zawiera wszystkich informacji wymaganych w formularzach ZO,

- b) jej treść jest niezgodna z wymaganiami określonymi w ZO,
 - c) nie została złożona w terminie,
 - d) nie została złożona przez osoby uprawnione z odpowiedniego rejestru (KRS/CEiDG) lub na podstawie pełnomocnictwa (oryginał),
 - e) zawiera informacje nieprawdziwe, mające wpływ na wynik postępowania,
 - f) wykonawca nie uzupełnił na wezwanie Zamawiającego, brakujących dokumentów lub oświadczeń, lub nie złożył stosownych wyjaśnień w wyznaczonym przez Zamawiającego terminie.
11. Jeśli oferta nie zawiera wymaganych w ZO dokumentów i oświadczeń, Zamawiający wezwie wykonawcę do niezwłocznego uzupełnienia powyższych, a wykonawca uzupełnia dokumenty i oświadczenia w wyznaczonym terminie. Zamawiający może wezwać wykonawcę do udzielenia wyjaśnień dotyczących oferty i złożonych wraz z nią dokumentów i oświadczeń.
12. Wykonawcy mogą zwracać się za pomocą poczty e mail do Zamawiającego na adres: dzp@ucmmit.gdynia.pl o wyjaśnienie treści Zapytania ofertowego (ZO).
13. Treść zapytań wraz z wyjaśnieniami zostanie zamieszczona na stronie internetowej BIP Zamawiającego.
14. Zamawiający może w uzasadnionych przypadkach, przed upływem terminu składania ofert, zmienić treść ZO. Każda wprowadzona przez Zamawiającego zmiana treści ZO zostanie niezwłocznie zamieszczona na stronie internetowej BIP Zamawiającego, stając się automatycznie jej integralną częścią. Wszelkie wprowadzone przez Zamawiającego zmiany są wiążące dla Wykonawcy.
15. Wypełniony formularz Oferta, którego wzór stanowi załącznik nr 1 i Opis przedmiotu zamówienia/ parametrów technicznych stanowiący załącznik nr 1.1 do niniejszego zapytania, należy przesłać drogą elektroniczną na adres e-mail: dzp@ucmmit.gdynia.pl
16. **Informacje dotyczące przedmiotu zamówienia:**
Nazwa i kod wg Słownika Głównego:
33182100-0 – defibrylator
Zamawiający wymaga, aby oferowane urządzenie spełniało wszystkie wymagane parametry wyszczególnione w Opisie przedmiotu zamówienia. W przypadku zastosowania do opisu przedmiotu zamówienia, znaków towarowych, patentów lub pochodzenia, źródła lub szczególnego procesu, który charakteryzuje produkty dostarczane przez konkretnego Wykonawcę Zamawiający dopuszcza składanie ofert na opisane urządzenia lub równoważne. Poprzez równoważność Zamawiający rozumie zaoferowanie urządzeń o tych samych parametrach technicznych, funkcjonalności i właściwościach, ale innego producenta.
Zamawiający opisując przedmiot zamówienia przez odniesienie do norm, ocen technicznych, specyfikacji technicznych i systemów referencji technicznych, dopuszcza rozwiązania równoważne opisywanym. Wykonawca, który powołuje się na rozwiązania równoważne opisywanym przez Zamawiającego, jest obowiązany wykazać, że oferowane przez niego dostawy spełniają wymagania określone przez Zamawiającego.
Urządzenie musi być wprowadzone do obrotu na terenie RP zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
17. Wykonawca składa ofertę zgodnie z wymogami określonymi w ZO. Propozycje rozwiązań wariantowych nie będą brane pod uwagę. Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert wariantowych.
18. Adres poczty elektronicznej i strony internetowej Zamawiającego:
a) dzp@ucmmit.gdynia.pl,
b) www.ucmmit.gdynia.pl.
19. Osobą upoważnioną przez Zamawiającego do kontaktów z wykonawcą jest Natalia Wargacka, tel. kont.: 58 6998423. Dorota Tużnik, tel. kont.: 586998518,
20. Wykonawca związany jest ofertą przez 30 dni, licząc od dnia upływu terminu na składanie ofert.
21. Płatność – do 14 dni od daty dostarczenia prawidłowo wystawionej za zrealizowaną dostawę faktury VAT.
22. Wzór umowy stanowi załącznik nr 2 do ZO.
23. **Termin składania ofert upływa w dniu 16.09.2021r. o godzinie 12:00**

Informacja o wyniku postępowania o zamówienie zostanie zamieszczona na stronie internetowej BIP Zamawiającego.
Zamawiający może unieważnić niniejsze postępowanie bez podania przyczyny.

Załączniki:

- 1) Formularz OFERTA - Załącznik nr 1 do ZO
- 2) Opis przedmiotu zamówienia/ Parametry techniczne – Załącznik nr 1.1 do ZO
- 3) WZÓR UMOWY - Załącznik nr 2 do ZO

KIEROWNIK DZIAŁU
ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH

Dorota Tużnik

Podpis Kierownika Zamawiającego
Uniwersyteckiego Centrum Medycyny
Morskiej i Tropikalnej
prof. dr hab. n. med. Marcin Renke

Dane dotyczące Zamawiającego

Nazwa: Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej

Adres siedziby: 81-519 Gdynia, ul. Powstania Styczniowego 9b

OFERTA

dla

UNIWERSYTECKIEGO CENTRUM MEDYCYNY MORSKIEJ I TROPIKALNEJ**1. Dane dotyczące wykonawcy:**

Nazwa:

Siedziba/adres:

Adres poczty elektronicznej:

Strona internetowa:

Numer telefonu:

Numer faksu:

Numer REGON:

Numer NIP:

Numer KRS (o ile dotyczy):

Przedstawiciel Wykonawcy do kontaktów w sprawie postępowania:

imię i nazwisko:

e-mail:..... nr telefonu,

2. Zobowiązania wykonawcy:

- 1) W odpowiedzi na Zapytanie ofertowe na „Dostawę defibrylatora wraz z akcesoriami” – w postępowaniu nr: 09/UCMMiT/NP/2021, oferuję wykonanie ww. zamówienia zgodnie z wymogami ZO, za cenę

nettozł,

bruttozł, w tym podatek VAT%

2) Oświadczamy, że:

- a) upewniliśmy się co do prawidłowości i kompletności naszej oferty i ceny. Cena oferty brutto w PLN zawiera należny podatek VAT (zgodnie z ustawą z dnia 11.03.2004r o podatku od towarów i usług, tekst jednolity Dz. U. z 2017r. poz. 1221 z późn. zm.), wszystkie przewidywane koszty kompletnego wykonywania przedmiotu zamówienia, wymagania ZO oraz obejmuje wszelkie koszty, jakie poniesiemy z tytułu należytej oraz zgodnej z obowiązującymi przepisami realizacji przedmiotu zamówienia.
- b) w ofercie nie została zastosowana cena dumpingowa i oferta nie stanowi czynu nieuczciwej konkurencji, zgodnie z art. 89 ust. 1 pkt. 3 Prawo zamówień publicznych i art. 5 – 17 Ustawy z 16 kwietnia 1993r o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (t. j. Dz. U. z 2019r. poz. 1010 ze zm.).

3. Oświadczamy, że:

- a) Zamówienie zrealizujemy w terminie **14 dni od dnia zawarcia umowy**.
- b) Wyrażamy zgodę na **14 - dniowy** termin płatności, licząc od daty dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury VAT.

- c) Uważamy się za związanych ofertą przez okres 30 dni. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu na składanie ofert.
 - d) Wzór umowy został przez nas zaakceptowany bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
 - e) Oświadczamy, że posiadamy wymagane uprawnienia do prowadzenia działalności związanej ze sprzedażą wyrobów medycznych i oferowane przez nas wyroby zostały wprowadzone do obrotu na terytorium RP zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
4. Na potwierdzenie spełniania wymagań Zamawiającego, składamy „Opis przedmiot zamówienia/ Parametry techniczne”.
5. **Inne informacje Wykonawcy:**

Załączone dokumenty:

- 1. Formularz OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA/PARAMETRY TECHNICZNE
- 2. Pełnomocnictwo do reprezentowania wykonawcy*

**niepotrzebne skreślić*

.....
(data i podpis Wykonawcy lub pełnomocnika)

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA
PARAMETRY TECHNICZNE**

L.p.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Zasady oceny punktowej w kryterium jakość	Parametr oferowany/ podać/opisać
1.	Zasilanie			
2.	Zasilanie akumulatorowe z akumulatorów bez efektu pamięci	Tak		
3.	Czas pracy urządzenia na jednym akumulatorze – min. 180 minut monitorowania lub min. 200 defibrylacji x 200J	Tak		
4.	Ilość defibrylacji z energią min. 200 J przy pracy z dwóch akumulatorów - min. 300	TAK/NIE	TAK - 5 pkt. NIE – 0 pkt.	
5.	Możliwość ładowania akumulatorów z AC 220 V 50 Hz +/- 10% lub zewnętrznej ładowarki 230 V AC	Tak		
6.	Funkcje / cechy			
7.	Urządzenie przenośne, z torbą transportową, testerem wyładowań	Tak		
8.	Ciężar defibrylatora w kg. max.13kg	Tak		
9.	Monitorowanie funkcji życiowych: EKG			
10.	Odczyt 3 i 12 odprowadzeń EKG	Tak		
11.	Automatyczna interpretacja i diagnoza 12-odprowadzeniowego badania EKG uwzględniająca wiek i płeć pacjenta	Tak	TAK – 5 pkt. NIE– 0 pkt.	
12.	Wydruku trendów czasowych mierzonych parametrów oraz pomiarów uniesienia odcinka ST na każdym odprowadzeniu EKG	Tak		
13.	Zakres wzmocnienia sygnału EKG min. od 0,5 do 4cm/Mv, minimum 7 poziomów wzmocnienia	TAK/NIE	TAK – 5 pkt. NIE– 0 pkt.	
14.	Monitorowanie funkcji życiowych: SpO2 - Pomiar saturacji krwi tętniczej			
15.	Technologia Masimo	Tak		
16.	Zakres pomiaru min. 50 -100%	Tak		
17.	Czujnik wielorazowego użytku typu klips na palec	Tak		
18.	Monitorowanie funkcji życiowych: NIBP - Pomiar ciśnienia metodą nieinwazyjną			
19.	Zakres pomiaru min. 40 – 210 mm Hg	Tak		
20.	Tryb ręczny i automatyczny	Tak		
21.	Metoda pomiaru : oscylometryczna	Tak		
22.	Monitorowanie funkcji życiowych: IBP – Inwazyjny pomiar ciśnienia			
23.	Zakres ciśnienia min.-20 do 250 mmHg w min.sześciu przedziałach do wyboru przez użytkownika	Tak		
24.	Wyświetlacz ciśnienia inwazyjnego: krzywa IP oraz wartości liczbowe	Tak		
25.	Oznaczenia: P1 lub P2, ART, PA, CVP, ICP, LAP (do wyboru przez użytkownika)	Tak		

26.	Kabel IBP do przetworników, min.1szt	Tak		
27.	Przetwornik jednorazowego użytku IBP, jedno-kanałowy, min.5 szt	Tak		
28.	Imadło do umocowania płytki na stojaku, min.1szt	Tak		
29.	Płytki mocująca do 2 przetwornik w do pomiaru ciśnienia, min.1szt	Tak		
30.	Monitorowanie EtCO2			
31.	Zakres pomiaru EtCO2 : min. od 0 do 99 mmHg	Tak		
32.	Akcesoria do pomiaru EtCO2 - kapnografia - PACJENCI ZAJINTUBOWANI – zestaw min.20 szt. kaniul pomiarowych	TAK		
33.	Akcesoria do pomiaru EtCO2 - kapnografia - PACJENCI NIEZAJINTUBOWANI – zestaw min.20 szt. kaniul pomiarowych	TAK		
34.	Zakres pomiaru częstości oddechu : min. 1 -60 odd./min.	Tak		
35.	Monitorowanie funkcji życiowych SpCO i SpMeth / pomiar karboksyhemoglobiny i methemoglobiny/			
36.	Pomiar frakcji karboksyhemoglobiny	Tak		
37.	Pomiar frakcji methemoglobiny	Tak		
38.	Defibrylacja			
39.	Defibrylacja przez łyżki defibrylacyjne zewnętrzne oraz jednorazowe elektrody naklejane dla dorosłych	Tak		
40.	Łyżki twarde z regulacją energii defibrylacji, wyposażone w przycisk umożliwiający drukowanie na żądanie. Mocowanie łyżek twardej bezpośrednio w obudowie urządzenia spełniające normę PN-EN 1789.	Tak		
41.	Pełna obsługa defibrylatora z łyżek defibrylacyjnych zewnętrznych (wybór energii, defibrylacja, wydruk start/stop na żądanie), także przy zainstalowanych nakładkach pediatrycznych/neonatologicznych	Tak		
42.	Elektrody defibrylująco-stymulująco- monitorujące min. 10 kpl.	Tak		
43.	Defibrylacja ręczna	Tak		
44.	Defibrylacja półautomatyczna AED	Tak		
45.	Zakres dostarczanej energii min. 5 – 360 J	Tak		
46.	Ilość poziomów energetycznych dla defibrylacji zewnętrznej: min 23	TAK/NIE	TAK – 5 pkt. NIE – 0 pkt.	
47.	Dwufazowa fala defibrylacji	Tak		
48.	Kardiowersja	Tak		
49.	Stymulacja przezskórna serca	Tak		
50.	Tryb stymulacji na żądanie i asynchroniczna	Tak		
51.	Częstość stymulacji min. 40-170 impulsów/minutę	Tak		
52.	Zakres regulacji amplitudy impulsów stymulujących min. 0 -170 mA	Tak		
53.	Ekran			
54.	Przekątna ekranu min. 8 cala	Tak		
55.	Kolorowy LCD TFT	Tak		
56.	Funkcja – dobrej widoczności w dużym oświetleniu	TAK/NIE	TAK – 5 pkt. NIE– 0 pkt.	
57.	Reanimacja krążeniowo – oddechowa			

58.	Metronom do wspierania kompresji klatki piersiowej i oddychania, programowany dla min. czterech grup pacjentów (dorośli, dzieci, zaintubowani, niezaintubowani)	Tak	TAK – 5 pkt. NIE– 0 pkt.	
59.	Alarmy			
60.	Alarmy wszystkich monitorowanych funkcji	Tak		
61.	Drukarka	Tak		
62.	Szerokość papieru min. 90 mm	Tak		
63.	Prezentacja zapisu EKG – minimum 3 kanały na ekranie	Tak		
64.	Prędkość przesuwu papieru: min. 2 (25 i 50 mm/sek)	Tak		
65.	Inne wymagania			
66.	Możliwość archiwizacji przebiegu pracy aparatu, stanu pacjenta, odcinków krzywej EKG wykonanych czynności i wydarzeń w pamięci oraz wydruk tych informacji	Tak		
67.	Odporny na wstrząsy (upadki) i drgania	Tak		
68.	Odporność na wilgoć i kurz nie mniejsza niż IP44	Tak		
69.	Możliwość rozbudowy o akcesoria komunikacyjne do transmisji badań będącej systemem odbioru sygnału przez jednostkę zewnętrzną	Tak		
70.	Codzienny auto test poprawności działania urządzenia bez udziału użytkownika, bez konieczności włączania urządzenia. Potwierdzenie poprawności działania z datą, godziną, numerem aparatu umieszczone na wydruku.	Tak		
71.	Impregnowana torba z kieszeniami na akcesoria	Tak		
72.	Warunki gwarancji i serwisu			
73.	Wymagany okres gwarancji od momentu dostawy min. 24 miesiące	TAK		
74.	Wymagania dodatkowe			
75.	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK		
76.	Paszport techniczny z informacjami zawierającymi datę zainstalowania aparatu i termin następnego przeglądu.	TAK		
77.	Wyrób medyczny oznaczony znakiem CE. Dostarczyć wraz z dostawą przedmiotu zamówienia kopię certyfikatu i deklaracji zgodności.	TAK		

.....
(data i podpis Wykonawcy lub pełnomocnika)

