

ZOZ Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II  
z siedzibą we Włoszczowie  
tel./fax email: 602 478 230 przeglady@zozwloszczowa.pl

Włoszczowa 07.08.2019

Znak Sprawy 22/108/2019

**Zapytanie Ofertowe**  
na wykonanie przeglądów technicznych aparatury medycznej wraz z wydaniem  
świadectw sprawności technicznej

**I. ZAMAWIAJĄCY**

ZOZ Szpital Powiatowy in. Jana Pawła II z siedzibą we Włoszczowie  
przy ul. Żeromskiego 28  
NIP: 656-18-55-908 REGON: 000304295 KRS: 0000057160

Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie, 29-100 Włoszczowa ul. Żeromskiego 28  
602 478 230 przeglady@zozwloszczowa.pl

**II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

- 1 Przedmiotem zamówienia jest wykonanie przeglądów okresowych, konserwacji oraz napraw pogwarancyjnych aparatury medycznej w miesiącu sierpień wraz z wydaniem świadectw sprawności technicznej.
- 2 Przedmiot zamówienia został podzielony na 12 pakietów asortymentowych, których szczegółowy podział oraz zakres wraz ilościami został określony w Formularzu oferty stanowiącym załącznik nr 2 do zapytania ofertowego.
- 3 Zamawiający dopuszcza możliwości składania ofert częściowych. Pod pojęciem oferty częściowej rozumie się poszczególne pakiety tj. Wykonawca może złożyć ofertę na pojedynczy pakiet, w którym wypełnione muszą być wszystkie pozycje.
- 4 Oferta częściowa musi być złożona na cały zakres przedmiotowy danego Pakietu (nie dopuszcza się składania ofert częściowych w ramach poszczególnych Pakietów).
- 5 W przypadku złożenia oferty na niepełny zakres przedmiotowy danego Pakietu oferta ta zostanie przez zamawiającego odrzucona.
- 6 Zamawiający nie dopuszcza możliwości powierzenia części lub całości zamówienia podwykonawcom.
- 7 Przedmiot zamówienia obejmuje wszystkie niezbędne czynności wymagane w celu dopuszczenia w/w urządzeń medycznych do dalszego użytkowania zgodnie z instrukcją obsługi producenta sprzętu, szczegółowo określone w opisie przedmiotu zamówienia stanowiącym Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego.
- 8 Czynności wskazane w opisie przedmiotu zamówienia winny być realizowane zgodnie z przepisami ustawy z dnia 20 maja 2010r o wyrobach medycznych (t.j. Dz.U. z 2019 r., poz. 175 ze zm.), w tym w szczególności z art.90
- 9 Gwarancja na wymienione części i materiały nie powinna być krótsza od gwarancji producenta, natomiast okres gwarancji na wykonane prace serwisowe nie może być krótszy niż 6 miesięcy licząc od daty wykonania naprawy.

**III. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: do 31.08.2019

Referent  
Zs. administracyjno-technicznych  
Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie  
mgr inż. Przemysław Orzechowski

#### IV. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy spełniający następujące wymagania:

- posiadać aktualne i obowiązujące uprawnienia do wykonywania działalności będącej przedmiotem zapytania ofertowego
- posiadać niezbędną wiedzę oraz dysponujący potencjałem technicznym i kadrowym zdolnym do wykonania przedmiotu zapytania ofertowego.
- posiadać odpowiednie uprawnienia (oświadczenia, certyfikaty, zaświadczenia, umiejętności dla każdego rodzaju aparatów objętych zamówieniem, szkolenia dotyczące przeglądu i napraw urządzeń i aparatów medycznych)

#### V. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Oferta powinna zostać sporządzona według wzoru Formularza Oferty, stanowiącego załącznik nr 2 do zapytania ofertowego
2. Do składanej oferty należy dołączyć:
  - wypełniony i podpisany Formularz oferty stanowiący załącznik nr 2 do zapytania ofertowego
  - oświadczenie lub certyfikat od producenta danego urządzenia (jeżeli jest wymagane od producenta) potwierdzający wiedzę w zakresie obsługi i napraw urządzeń medycznych,
  - oświadczenia, że przy wykonywaniu usług na rzecz Zamawiającego Wykonawca będzie używał przyrządów pomiarowych posiadających ważne świadectwa wzorowania i kalibracji.
  - odpis z KRS lub CEiDG (nie starszy niż 6 miesięcy przed składaniem ofert),
3. Wykonawca ma prawo złożyć tylko jedną ofertę. W przypadku złożenia przez Wykonawcę więcej niż jednej oferty, oferty zostaną odrzucone
4. Wymaga się, aby oferta była sporządzona na piśmie, w języku polskim, trwałym i czytelnym piśmie.
5. Wykonawca ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
6. Wszelkie zmiany w treści oferty (poprawki, przekreślenia, dopiski) naniesione przez Wykonawcę po sporządzeniu oferty powinny być podpisane lub parafowane.

#### VI. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Oferta powinna być przesłana za pośrednictwem poczty, kuriera lub też dostarczona osobiście na adres: Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie, 29-100 Włoszczowa ul. Żeromskiego 28 do dnia **14.08.2019** do godziny **11.00** w oznaczonej kopercie „wykonanie przeglądów okresowych aparatury medycznej miesiąc sierpień”. Otwarcie ofert nastąpi **14.08.2019** o godz. **11.15** w sali konferencyjnej ZOZ Włoszczowa.
2. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.
3. Wykonawca może przed upływem terminu składania ofert zmienić lub wycofać swoją ofertę.
4. W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od Wykonawców wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.
5. Zapytanie ofertowe zamieszczono na stronie: <http://www.biuletyn.abip.pl/zozwloszczowa/> w dniu **04.08.19**

#### VII. OPIS SPOSOBU UDZIELANIA WYJAŚNIEŃ

1. Zamawiający odpowiada na pytania do 2 dni roboczych przed terminem otwarcia ofert. tj.

do 12.08.2019

2. Pytania odnośnie zapisów treści Zapytania ofertowego należy przesłać pocztą elektroniczną – na adres: [przegladady@zozwloszczowa.pl](mailto:przegladady@zozwloszczowa.pl) (jednocześnie w celu usprawnienia postępowania w formie edytowalnej) Korespondencja powinna być opatrzona tytułem i numerem sprawy.

#### VIII. OPIS SPOSOBU OBLICZENIA CENY:

1. Przez cenę oferty Zamawiający rozumieć będzie cenę za realizację przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami zawartymi w Zapytaniu ofertowym.
2. Cena netto i cena brutto musi być podana w złotych polskich cyfrowo.
3. Cenę należy podać do dwóch miejsc po przecinku.
4. Zamawiający wymaga, aby obliczona ostateczna cena oferty obejmowała wszystkie koszty pośrednie i bezpośrednie związane z realizacją przedmiotu zamówienia: wszystkie upusty, ewentualne koszty ubezpieczenia, koszty transportu, wynagrodzenie pracowników, koszty związane z dojazdem serwisanta do użytkownika, koszty transportu aparatu kurierem do i od Wykonawcy w razie konieczności wykonania usługi w siedzibie Wykonawcy, koszty materiałów do konserwacji, koszty robocizny przy wykonywaniu konserwacji, przeglądów technicznych, oceny stanu technicznego urządzeń oraz napraw urządzeń.
5. Wartość zamówienia nie uwzględnia kosztów materiałów ewentualnego wykonania naprawy aparatury. Koszty i zakres ewentualnej naprawy sprzętu –aparatu, Wykonawca musi każdorazowo konsultować z Zamawiającym i uzyskać ich akceptację.
6. Przy obliczeniu ceny oferty należy przyjąć stawkę podatku VAT od towarów usług właściwą dla przedmiotu zamówienia obowiązującą według stanu prawnego na dzień składania ofert. W przypadku zastosowania różnych stawek VAT w ofercie należy podać wartość dla każdej stawki oddzielnie.

#### IX. OPIS KRYTERIÓW, KTÓRYMI ZAMAWIAJĄCY BĘDZIE SIĘ KIEROWAŁ PRZY WYBORZE OFERTY, WRAZ Z PODANIEM ZNACZENIA TYCH KRYTERIÓW I SPOŚÓBU OCENY OFERT:

1. Przy wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający będzie się kierował następującymi kryteriami, ich wagami i sposobem punktowania:

| Nazwa Kryterium    | Waga % |
|--------------------|--------|
| Cena brutto usługi | 100%   |

Liczba punktów w ramach określonych kryteriów zostanie wyliczona zgodnie z wzorem:

#### Wyliczenie kryterium – Cena 100%

Ocena punktowa ofert w kryterium „cena brutto usługi” przeglądów technicznych, konserwacji oraz napraw sprzętu (wraz z dojazdem) zostanie dokonana na podstawie ceny ofertowej brutto przeglądów technicznych, konserwacji i napraw sprzętu wskazanej przez Wykonawcę i przeliczonej według wzoru. Oferta z najniższą ceną spośród ofert może uzyskać maksymalnie – 100 punktów, pozostałe proporcjonalnie mniej według wyliczenia:

$$C = \frac{\text{Cena najtańszej oferty}}{\text{Cena oferty badanej}} \times 100 \text{ pkt}$$

2. Punktacja przyznawana ofertom w poszczególnych kryteriach będzie liczona z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.
3. Jeżeli nie będzie można wybrać najkorzystniejszej oferty z uwagi na to, że dwie lub więcej ofert przedstawia taki sam bilans ceny, Zamawiający spośród tych ofert wybierze ofertę z najniższą ceną, a jeżeli zostaną złożone oferty o takiej samej cenie, Zamawiający wezwie Wykonawców, którzy złożyli te oferty, do złożenia w terminie określonym przez Zamawiającego ofert dodatkowych.

## X. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

O wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający zawiadomi Wykonawców za pośrednictwem strony internetowej znajdującej się pod adresem: <http://www.biuletyn.abip.pl/zozwloszczowa>

## XI. DODATKOWE INFORMACJE

1. Zamawiający może unieważnić postępowanie na każdym etapie postępowania bez podawania przyczyn.

## XII. ZAŁĄCZNIKI

- opis przedmiotu zamówienia załącznik nr 1
- formularz ofertowy załącznik nr 2

Referent  
Biuro Administracyjno-technicznych  
Usług Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie  
Przemysław Orzechowski

ZATWIERDZAM

DYREKTOR  
Zespołu Opieki Zdrowotnej  
we Włoszczowie  
Rafał Krupa

1. Przedmiotem zamówienia jest wykonanie przeglądów okresowych, konserwacji oraz napraw pogwarancyjnych aparatury medycznej w miesiącu sierpień wraz z wydaniem świadectw sprawności technicznej. Czynności serwisowe mają na celu utrzymanie w pełnej sprawności techniczno – eksploatacyjnej oraz wydłużenie bezawaryjnego czasu pracy, jak również zapewnienie, iż parametry pracy aparatury medycznej będą zgodne z założonymi przez producenta wartościami.
2. Wykonawca zobowiązuje się do:
  - 2.1. dokonania okresowych przeglądów, kontroli bezpieczeństwa i kontroli stanu technicznego sprzętu, zgodnie z dokumentacją techniczną, instrukcją obsługi aparatu i instrukcją serwisową, wraz z wymianą części eksploatacyjnych koniecznych do wymiany podczas wykonania przeglądu technicznego, stosownie do zaleceń producenta oraz zgodnie z obowiązującymi normami, w szczególności z normą PN-EN 60601 lub PN-EN 62353,
  - 2.2. dokonania napraw pogwarancyjnych sprzętu wraz z wymianą ewentualnych części zamiennych wg odrębnego zlecenia Zamawiającego.
  - 2.3. bieżącej konserwacji sprzętu zalecanej przez producenta oraz innych wynikających z przepisów bhp napraw i przeglądów zapewniających sprawną i bezpieczną eksploatację aparatury i sprzętu medycznego, oraz zgodnie z ustawą z dnia 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych (tj. Dz. U. z 2017 r. poz. 211, z 2018 r. poz. 650).
  - 2.4. potwierdzenia faktu wykonania czynności serwisowych (przegląd, konserwacja lub naprawa) wpisem w paszporcie techniczny lub w przypadku gdy aparat nie posiada książeczkowego paszportu technicznego w „zeszycie sprzętu”. Wpis musi zawierać następujące informacje:
    - 2.4.1. datę wykonania przeglądu /konserwacji /naprawy,
    - 2.4.2. informacje o stanie technicznym aparatu (aparat sprawny i nadaje się do dalszej eksploatacji /aparat niesprawny /aparat dopuszczony warunkowo do użytkowania),
    - 2.4.3. datę następnego przeglądu.
    - 2.4.4. Dodatkowo Wykonawca zobowiązany jest do potwierdzenia wykonania prac w karcie serwisowej (raporcie serwisowym), gdzie należy umieścić oprócz powyższych informacji także następujące dane :
      - 2.4.4.1. imię i nazwisko osoby wykonującej
      - 2.4.4.2. nazwę aparatu
      - 2.4.4.3. model
      - 2.4.4.4. nr seryjny,
      - 2.4.4.5. nr inwentarzowy,
      - 2.4.4.6. lokalizację (nazwa oddziału),
      - 2.4.4.7. szczegółowy opis wykonanych czynności,
      - 2.4.4.8. wykaz wymienionych podczas przeglądu / konserwacji / naprawy materiałów zużywalnych zalecanych przez producenta przewidzianych w dokumentacji technicznej aparatu.
      - 2.4.4.9. wykaz wymienionych podczas naprawy części nie zużywalnych. Kartę serwisową Wykonawca przekazuje wraz z fakturą do Działu Technicznego.
  - 2.5. umieszczenia na aparacie naklejki informującej o dacie wykonania przeglądu i terminie kolejnego przeglądu,
  - 2.6. wymiany podczas przeglądów, konserwacji materiałów zużywalnych (uszczelki, kable, przewody, filtry, zestawy serwisowe, zawory, elektrody, zużyte akumulatory – baterie, glowice, bezpieczniki, żarówki, itp., wynikające z normalnego użytkowania sprzętu lub innych zalecanych przez producenta, wykonania niezbędnych regulacji, korekt, kalibracji, aktualizacji oprogramowania przewidzianych w dokumentacji technicznej aparatu. Koszty materiałów i ich wymiany pokrywa Wykonawca,

- 2.7. wydania (bez ponoszenia dodatkowych kosztów przez Zamawiającego) orzeczeń o stanie technicznym urządzeń.
3. Zamawiający wymaga wykonywania podczas naprawy lub przeglądu wykonania testu bezpieczeństwa elektrycznego (zgodnie z zaleceniami producenta), który Wykonawca ma potwierdzić wystawieniem protokołu, zgodnie z obowiązującymi normami PN-EN, zawierającego nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu. Wraz z protokołem z wykonania testu Wykonawca ma dostarczyć do Działu technicznego potwierdzoną przez użytkownika (pielęgniarka oddziałowa, kierownik pracowni) kartą pracy (raport serwisowy itp.).
  4. Jeżeli w ramach przeglądu konieczna jest legalizacja aparatu lub jego części, Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji i przedstawienia odpowiednich świadectw.
  5. Koszty dojazdu lub transportu sprzętu są wliczone w koszt przeglądu/ konserwacji naprawy.
  6. Czynności obsługowe Wykonawca będzie wykonywał za pomocą narzędzi i środków będących w posiadaniu Wykonawcy.
  7. Wykonawca będzie wykonywał przeglądy /konserwacje /naprawy w siedzibie Zamawiającego. Jeżeli zaistnieje konieczność wykonania przeglądu/konserwacji /naprawy w siedzibie serwisu Wykonawcy, Zamawiający zostanie poinformowany o takiej potrzebie. W przypadku konieczności wykonania w/w czynności w siedzibie serwisu Wykonawcy, koszty transportu aparatu Zamawiający – Wykonawca i Wykonawca – Zamawiający ponosi Wykonawca, jak również dostarcza sprzęt zastępczy na czas przeglądu/ naprawy. Czynności serwisowe (przeglądy / konserwacje / naprawy) zostaną wpisane w karcie serwisowej, która musi być potwierdzona przez użytkownika i przekazana do Działu Technicznego.
  8. Przeglądy/ naprawy wykonywane w Bloku Operacyjnym Wykonawca może wykonywać tylko po godzinie 15.00 lub w godzinach ustalonych z Użytkownikiem.
  9. O terminie wykonania przeglądu należy poinformować pracownika Działu technicznego co najmniej z 24- godzinnym wyprzedzeniem.
  10. Każdorazowo Wykonawca jest zobowiązany poinformować pracownika Działu technicznego o fakcie przystąpienia do przeglądu oraz jego zakończeniu.
  11. Naprawy pogwarancyjne dokonywane będą po wcześniejszym zawiadomieniu telefonicznie lub elektronicznie Wykonawcy o zaistniałej nieprawidłowości. Zamawiający w zawiadomieniu winien podać nazwę sprzętu, gdzie się znajduje oraz określić jeśli to możliwe stwierdzoną usterkę.
  12. Gwarancja na wymienione części zamienne i materiały nie może być krótsza od gwarancji danej przez producenta. Wykonawca udziela gwarancji na wykonane naprawy sprzętu medycznego z zastrzeżeniem, że okres udzielonej gwarancji nie może być krótszy niż 6 miesięcy od daty wykonania naprawy.
  13. Zamawiający zastrzega sobie możliwość żądania przedstawienia dokumentów potwierdzających koszty zakupu części i materiałów użytych przy wykonaniu usługi.
  14. Wykonawca zobowiązuje się do stosowania w czasie przeglądów i napraw wyłącznie fabrycznie nowych, oryginalnych części zamiennych. W przypadku braku możliwości zamontowania oryginalnych części wynikających z przyczyn niezależnych od Wykonawcy, Wykonawca może po wcześniejszym uzgodnieniu z Zamawiającym zamontować części zastępcze, jednak o parametrach nie gorszych od oryginalnych. Zamontowanie części zastępczych (nie oryginalnych) nie może powodować utraty certyfikatów, świadectw technicznych i innych dokumentów danego aparatu, dopuszczających go do użytkowania.
  15. Dojazd Wykonawcy do Zamawiającego bezpłatny.
  16. Zamawiający wymaga dołączenia do oferty Oświadczenia, że przy wykonywaniu usług na rzecz Zamawiającego będzie używał przyrządów pomiarowych (w zależności od typu sprzętu/ aparatury medycznej testery bezpieczeństwa elektrycznego, stymulatory funkcji życiowych pacjenta, testery defibrylatorów, testy pomp infuzyjnych i inne niezbędne do

przeprowadzenia kompletnego przeglądu technicznego), posiadających ważne świadectwa wzorowania i kalibracji.