

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

Włoszczowa 09.10.2019

Znak Sprawy 26/10/2019

Zapytanie Ofertowe
na wykonanie przeglądów technicznych aparatury medycznej wraz z wydaniem
świadczeń 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 wrzesień wraz z wydaniem świadectw sprawności technicznej.
- 2 Przedmiot zamówienia został podzielony na 10 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 31.10.2019, pakiet nr 4 do 30.11.2019.

Referent
ds. 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 pismem.
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 **18.10.2019** do godziny **11.00** w oznaczonej kopercie „Nie otwierać - wykonanie przeglądów okresowych aparatury medycznej miesiąc październik”. Otwarcie ofert nastąpi **18.10.2019** 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 11.10.2019

VII. OPIS SPOSOBU UDZIELANIA WYJAŚNIEŃ

1. Zamawiający odpowiada na pytania do 2 dni roboczych przed terminem otwarcia ofert. tj. do 16.10.2019

2. Pytania odnośnie zapisów treści Zapytania ofertowego należy przesłać pocztą elektroniczną – na adres: przeglady@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 SPOSÓBU 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


DIREKTOR
Zespołu Opieki Zdrowotnej
we Włoszczowie
Rafał Krupa
ZATWIERDZAM