



ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ we Włoszczowie

ul. Żeromskiego 28 29-100 Włoszczowa



Włoszczowa 28.10.2019

Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie -

Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II

z siedzibą we Włoszczowie.

Dział Obsługi Administracyjno - Technicznej

(nazwa jednostki organizacyjnej)

tel./fax email: 602 478 230/ 413883837 przeglady@zozwloszczowa.pl /

zaopatrzenie@zozwloszczowa.pl

Zapytanie Ofertowe

na zakup i dostawę rekondycjonowanego monitora do pomiarów hemodynamicznych dla Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie – Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II.

Znak sprawy: 29/10/2019

I. ZAMAWIAJĄCY

Zespół Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie - Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II
z siedzibą we Włoszczowie przy ul. Żeromskiego 28

NIP: 656-18-55-908 REGON: 000304295 KRS: 0000057160

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia jest zakup i dostawa rekondycjonowanego monitora do pomiarów hemodynamicznych dla Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie – Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II.

1. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia:

Załącznik nr 3 – Monitor do pomiarów hemodynamicznych szt. 1

Zamówienie obejmuje w szczególności:

- Zakup i dostawę kompletnego sprzętu do siedziby Zamawiającego,
- Instalację, montaż i uruchomienie dostarczonego sprzętu,
- Przeprowadzenie szkolenia dla wyznaczonych pracowników Zamawiającego w zakresie użytkowania i eksploatacji dostarczonego sprzętu – w siedzibie Zamawiającego
- Serwis gwarancyjny dostarczonego sprzętu.

2. Wymagana gwarancja : TAK - minimum 12 miesięcy

3. Termin płatności do 60 dni

4. Oferowany sprzęt może być rekondycjonowany, rok produkcji nie starszy niż 2014.

ds. administracyjno-technicznych
Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie

Sekretariat: *nysław Orzechowski*
Tel. (41) 38 83 800; Fax. (41) 3883 858
Centrala: (41) 3883 700
e-mail: sekretariat@zozwloszczowa.pl

www.zozwloszczowa.pl
BIP: www.biuletyn.abip.pl/zozwloszczowa
NIP: 656-18-55-908 REGON: 000304295 KRS: 0000057160
Rachunek bankowy: Millennium O/Kielce 75 1160 2202 0000 0000 6001 8883

5. Oferowany przedmiot zamówienia musi posiadać atesty, zezwolenia, świadectwa rejestracji, certyfikaty wymagane przez polskie prawo, na podstawie których może być wprowadzony do obrotu i stosowania w placówkach ochrony zdrowia w RP.
6. Oferowany wyrób medyczny musi posiadać oznakowanie CE.
7. Zamawiający nie dopuszcza możliwości powierzenia części lub całości zamówienia podwykonawcom.
8. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy spełniający następujące wymagania: w postępowaniu mogą wziąć udział (złożyć ofertę) oferenci posiadający aktualne i obowiązujące uprawnienia do wykonywania działalności będącej przedmiotem zapytania ofertowego oraz posiadający niezbędną wiedzę oraz dysponujący potencjałem technicznym i kadrowym zdolnym do wykonania przedmiotu zapytania ofertowego.

III. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: do **08.11.2019.**

IV. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Ofertę należy złożyć w formie pisemnej z uwzględnieniem druków stanowiących załączniki do zapytania.
2. Oferent ma prawo złożyć tylko jedną ofertę. W przypadku złożenia przez Oferenta więcej niż jednej oferty, oferty zostaną odrzucone
3. Wymaga się, aby oferta była sporządzona na piśmie, w języku polskim, trwałym i czytelnym pismem.
4. Do składanej oferty należy dołączyć:
 - a) druk Oferta stanowiący załącznik nr 1 do zapytania ofertowego
 - b) wypełniony i podpisany Formularz cenowy stanowiący załącznik nr 2 do zapytania ofertowego
 - c) dokumenty potwierdzające spełnianie przez oferowane dostawy, usługi lub roboty budowlane wymagań określonych przez Zamawiającego:
 - parametry techniczno-funkcjonalne oferowanego urządzenia w formie wypełnionego i podpisanego druku według załącznika nr 3 do zapytania ofertowego
 - materiały handlowe producenta wraz ze zdjęciami i opisem oferowanego urządzenia (np. folder, prospekt, karta katalogowa)
 - dokumenty potwierdzające, że oferowane urządzenie spełnia wymogi ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych zgodnie z jego klasyfikacją tj. Certyfikat CE lub Deklaracja zgodności
 - dokumenty potwierdzające że zaoferowane urządzenie jest zgodne z:
 - ✓ 93/42/EEC – dyrektywa dotycząca urządzeń medycznych
5. Wykonawca ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
6. Z wykonawcą którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą, Zamawiający zamierza zawrzeć umowę według wzoru stanowiącego załącznik nr 4 do zapytania ofertowego
7. Wszelkie zmiany w treści oferty (poprawki, przekreślenia, dopiski) naniesione przez Wykonawcę po sporządzeniu oferty powinny być podpisane lub parafowane.

8. Zgodnie z art.13 ust.1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO), Zamawiający przekazuje klauzulę informacyjną stanowiącą załącznik nr 5 do zapytania ofertowego.

V. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Oferta powinna być przesłana za pośrednictwem poczty, kuriera lub też dostarczona osobiście na adres: **Sekretariat Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie – Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II, ul. Żeromskiego 28, 29-100 Włoszczowa z dopiskiem „ Zapytanie ofertowe na zakup i dostawę rekondycjonowanego monitora do pomiarów hemodynamicznych dla Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie – Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II. Nie otwierać do dnia 04.11.2019 r. do godziny 10:00”** Otwarcie ofert nastąpi 04.11.2019 r. o godzinie 10:15
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/9221> w dniu 28.10.2019

VI. OCENA OFERT

Zamawiający dokona oceny ważnych ofert na podstawie następujących kryteriów:
-cena - 100%

VII. OPIS SPOSOBU UDZIELANIA WYJAŚNIEŃ

1. Zamawiający odpowiada na pytania do 31.10.2019
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. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

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

IX. DODATKOWE INFORMACJE

Dodatkowych informacji udziela Przemysław Orzechowski 602 478 230 oraz adres email: przeglady@zozwloszczowa.pl / zaopatrzenie@zozwloszczowa.pl

X. UNIEWAŻNIENIE POSTĘPOWANIA

Zamawiający może unieważnić postępowanie w każdym czasie bez podania przyczyn, w szczególności w przypadku gdy, cena oferty najkorzystniejszej przekracza kwotę, którą Zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia.

XI. ZAŁĄCZNIKI

- załącznik nr 1 - druk Oferta
- załącznik nr 2 - Formularz cenowy
- załącznik nr 3 - parametry techniczno-funkcjonalne (opis przedmiotu zamówienia)
- załącznik nr 4 – projekt umowy
- załącznik nr 5 – informacja RODO
- załącznik nr 6 – protokół zdawczo-odbiorczy

Wzrostek 1221/2014
Kierownik ds. Administracyjno-technicznych
Zespołu Opiekunów Zarządczej we Włoszczowie

mgr inż. Przemysław Orzechowski

ZATWIERDZAM

DYREKTOR
Zespołu Opiekunów Zarządczej
we Włoszczowie

Rafał Krupa