

Dostawa wyposażenia Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej w Zespole Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie

UNIA EUROPEJSKA

Publikacja Suplementu do Dziennika Urzędowego Unii Europejskiej

2, rue Mercier, L-2985 Luksemburg Faks (352) 29 29-42670

E-mail: ojs@publications.europa.eu Informacje i formularze on-line: <http://simap.europa.eu>**OGŁOSZENIE O ZAMÓWIENIU****SEKCJA I: INSTYTUCJA ZAMAWIAJĄCA****I.1) NAZWA, ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE****Oficjalna nazwa:** [Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej](#)**Adres pocztowy:** [ul. Żeromskiego 28](#)Miejscowość: [Włoszczowa](#)Kod pocztowy: [29-100](#)Kraj: [Polska](#)**Punkt kontaktowy:**Tel.: [041 3883704](#)Osoba do kontaktów: [lek.med. Artur Saladra](#)E-mail: zaopatrzenie@zozwloszczowa.plFaks: [041 3883877](#)**Adres(y) internetowy(e) (jeżeli dotyczy)**Ogólny adres instytucji zamawiającej (URL): <http://www.biuletyn.abip.pl/zozwloszczowa/>

Adres profilu nabywcy (URL):

Więcej informacji można uzyskać pod adresem:

- jak podano wyżej dla punktu kontaktowego
 inny: proszę wypełnić załącznik A.I

Specyfikacje i dokumenty dodatkowe (w tym dokumenty dotyczące dialogu konkurencyjnego oraz Dynamicznego Systemu Zakupów) można uzyskać pod adresem:

- jak podano wyżej dla punktu kontaktowego
 inny: proszę wypełnić załącznik A.II

Oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu należy przesyłać na adres:

- jak podano wyżej dla punktu kontaktowego
 inny: proszę wypełnić załącznik A.III

Dostawa wyposażenia Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej w Zespole Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie**I.2) RODZAJ INSTYTUCJI ZAMAWIAJĄCEJ I GŁÓWNY PRZEDMIOT LUB PRZEDMIOTY DZIAŁALNOŚCI**

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Ministerstwo lub inny organ krajowy lub federalny, w tym jednostki regionalne i lokalne | <input type="radio"/> Ogólne usługi publiczne |
| <input type="radio"/> Agencja/Urząd krajowy lub federalny | <input type="radio"/> Obrona |
| <input type="radio"/> Organ władzy regionalnej lub lokalnej | <input type="radio"/> Porządek i bezpieczeństwo publiczne |
| <input type="radio"/> Agencja/Urząd regionalny lub lokalny | <input type="radio"/> Środowisko |
| <input checked="" type="radio"/> Podmiot prawa publicznego | <input type="radio"/> Sprawy gospodarcze i finansowe |
| <input type="radio"/> Instytucja/agencja europejska lub organizacja międzynarodowa | <input checked="" type="radio"/> Zdrowie |
| <input type="radio"/> Inne (proszę określić): | <input type="radio"/> Budownictwo i obiekty komunalne |
| | <input type="radio"/> Ochrona socjalna |
| | <input type="radio"/> Rekreacja, kultura i religia |
| | <input type="radio"/> Edukacja |
| | <input type="radio"/> Inne (proszę określić): |

Instytucja zamawiająca dokonuje zakupu w imieniu innych instytucji zamawiających:

- tak nie

Dostawa wyposażenia Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej w Zespole Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie

SEKCJA II: PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

II.1) OPIS

II.1.1) Nazwa nadana zamówieniu przez instytucję zamawiającą

Dostawa wyposażenia Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej w Zespole Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie

II.1.2) Rodzaj zamówienia oraz lokalizacja robót budowlanych, miejsce realizacji dostawy lub świadczenia usług

(Wybrać wyłącznie jedną kategorię – roboty budowlane, dostawy lub usługi – która najbardziej odpowiada konkretnemu przedmiotowi zamówienia lub zakupu)

<input type="radio"/> a) Roboty budowlane <input type="radio"/> Wykonanie <input type="radio"/> Zaprojektowanie i wykonanie <input type="radio"/> Wykonanie, za pomocą dowolnych środków, obiektu budowlanego, odpowiadającego wymogom określonym przez instytucję zamawiającą	<input checked="" type="radio"/> b) Dostawy <input type="radio"/> Kupno <input type="radio"/> Dzierżawa <input type="radio"/> Najem <input type="radio"/> Leasing <input type="radio"/> Połączenie powyższych form	<input type="radio"/> c) Usługi Kategoria usługi: nr <i>(dla usług kategorii 1-27 zob. załącznik II do dyrektywy 2004/18/WE)</i>
Główne miejsce lub lokalizacja robót budowlanych	Główne miejsce realizacji dostawy Oddział Intensywnej Opieki Medycznej w Zespole Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie Kod NUTS PL331	Główne miejsce świadczenia usług

II.1.3) Ogłoszenie dotyczy

- Zamówienia publicznego
 Zawarcia umowy ramowej
 Utworzenia dynamicznego systemu zakupów (DSZ)

II.1.4) Informacje na temat umowy ramowej (jeżeli dotyczy)

<input type="radio"/> Umowa ramowa z kilkoma wykonawcami Liczba <i>LUB, jeżeli dotyczy, maksymalna liczba uczestników planowanej umowy ramowej</i>	<input type="radio"/> Umowa ramowa z jednym wykonawcą
--	---

Czas trwania umowy ramowej:

Okres w latach:

lub miesiącach:

Uzasadnienie dla umowy ramowej, której czas trwania przekracza okres czterech lat:

Szacunkowa całkowita wartość zakupów w całym okresie obowiązywania umowy ramowej (jeżeli dotyczy; podać wyłącznie dane liczbowe):	
Szacunkowa wartość bez VAT:	Waluta:
<i>LUB</i> Zakres: między a	Waluta:
Częstotliwość oraz wartość zamówień, które zostaną udzielone (jeżeli możliwe do określenia):	

Dostawa wyposażenia Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej w Zespole Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie

II.1.5) Krótki opis zamówienia lub zakupu(ów)

Przedmiotem zamówienia jest dostawa:

- a) 5 sztuk respiratorów dla dzieci i dorosłych szczegółowo opisanych w załączniku nr 1 do SIWZ
- b) 2 sztuk defibrylatorów z możliwością wykonania kardiowersji szczegółowo opisanych w załączniku nr 2 do SIWZ
- c) 1 sztuki stymulatora zewnętrznego szczegółowo opisanego w załączniku nr 3 do SIWZ
- d) 5 sztuk kardiomonitorów z centralą monitoringu anestezjologicznego szczegółowo opisanego w załączniku nr 4 do SIWZ
- e) 5 sztuk łóżek szpitalnych do intensywnej opieki medycznej szczegółowo opisanych w załączniku nr 5 do SIWZ
- f) 5 sztuk podwieszonych paneli dystrybucyjno – przyłączeniowych szczegółowo opisanych w załączniku nr 6 do SIWZ

Dostawa wyposażenia Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej w Zespole Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie

II.1.6) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33158200	
Dodatkowe przedmioty	33123210	
	33192130	
	33192000	
	33195110	

II.1.7) Zamówienie jest objęte Porozumieniem w sprawie zamówień rządowych (GPA)

tak nie

II.1.8) Podział na części (w celu podania informacji o częściach zamówienia należy wykorzystać załącznik B w liczbie odpowiadającej liczbie części)

tak nie

Jeżeli tak, oferty należy składać w odniesieniu do (zaznaczyć tylko jedno pole):

tylko jednej części

jednej lub więcej części

wszystkich części

II.1.9) Dopuszcza się składanie ofert wariantowych

tak nie

II.2) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES ZAMÓWIENIA

II.2.1) Całkowita wielkość lub zakres (w tym wszystkie części i opcje, jeżeli dotyczy) powyżej 125000 EURO

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 934579.44		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

II.2.2) Opcje (jeżeli dotyczy)

tak nie

Jeżeli tak, proszę podać opis takich opcji:

Jeżeli jest znany, wstępny harmonogram odwołania się do tych opcji:		
w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
Liczba możliwych wznowień zamówienia (jeżeli dotyczy):		
lub Zakres: między a		
Jeżeli jest znany, w przypadku odnawialnych zamówień na dostawy lub usługi, szacunkowe ramy czasowe kolejnych zamówień:		
w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)

II.3) CZAS TRWANIA ZAMÓWIENIA LUB TERMIN REALIZACJI

Okres w miesiącach:	lub dniach: 42	(od udzielenia zamówienia)
---------------------	----------------	----------------------------

Dostawa wyposażenia Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej w Zespole Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie

LUB	(dd/mm/rrrr)
Rozpoczęcie	
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)

Dostawa wyposażenia Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej w Zespole Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie

SEKCJA III: INFORMACJE O CHARAKTERZE PRAWNYM, EKONOMICZNYM, FINANSOWYM I TECHNICZNYM

III.1) WARUNKI DOTYCZĄCE ZAMÓWIENIA

III.1.1) Wymagane wadia i gwarancje (jeżeli dotyczy)

Łączna wysokość wadium dla wszystkich załączników wynosi 20 640,00 PLN.

Dla poszczególnych załączników zamawiający wymaga wnieście wadium w następujących kwotach:

Załącznik Nr 1 – respiratory 8 400,00 PLN

Załącznik Nr 2 – defibrylatory 1600,00 PLN

Załącznik Nr 3 – stymulator zewnętrzny 140,00 PLN

Załącznik Nr 4 – kardiomonitory z centralą monitoringu anestezjologicznego 7 300,00 PLN

Załącznik Nr 5 – łóżko szpitalne do intensywnej opieki medycznej 1200,00 PLN

Załącznik Nr 6 – panele dystrybucyjno-przyłączeniowe 2 000,00 PLN

Wadium należy bezwzględnie wnieść przed upływem terminu składania ofert.

Wadium można wnieść w jednej lub kilku następujących formach:

- w pieniądzu na konto prowadzone w banku PKO BP O / Włoszczowa nr konta 26102027330000210200039396,
- w poręczeniach bankowych lub poręczeniach spółdzielczej kasy oszczędnościowo – kredytowej, z tym że poręczenie kasy jest zawsze poręczeniem pieniężnym,
- w gwarancjach bankowych,
- w gwarancjach ubezpieczeniowych,
- poręczeniach udzielanych przez podmioty, o których mowa w art. 6b ust. 5 pkt 2 ustawy z dnia 9 listopada 2000r. o utworzeniu Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości (Dz. U. Nr 109, poz. 1158 póź. zm.).

III.1.2) Główne warunki finansowania i uzgodnienia płatnicze oraz/lub odniesienie do odpowiednich przepisów je regulujących

III.1.3) Forma prawna, jaką musi przyjąć grupa wykonawców, której zostanie udzielone zamówienie (jeżeli dotyczy)

III.1.4) Inne szczególne warunki, którym podlega realizacja zamówienia (jeżeli dotyczy)

tak nie

Jeżeli tak, opis szczególnych warunków

III.2) WARUNKI UDZIAŁU

III.2.1) Sytuacja podmiotowa wykonawców, w tym wymogi dotyczące wpisu do rejestru zawodowego lub handlowego

Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów:

Nie podlega wykluczeniu w myśl postanowień art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2007 r Nr 223 poz. 1655 z późniejszymi zmianami),

Na potwierdzenie spełnienia tego warunku Wykonawca winien załączyć:

a) Aktualny odpisu z właściwego rejestru, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru, w celu wykazania braku podstaw do wykluczenia w oparciu o art. 24 ust. 1 pkt 2 ustawy, wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo składania ofert, a w stosunku do osób fizycznych oświadczenia w zakresie art.24 ust. 1 pkt 2 ustawy.

b) Aktualną informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt. 4-8 PZP, wystawioną nie wcześniej niż 6 miesięcy przed terminem składania ofert.

c) Aktualną informacją z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt. 9, wystawioną nie wcześniej niż 6 miesięcy przed terminem składania ofert lub jeżeli Wykonawca nie jest podmiotem zbiorowym - oświadczenie o takiej treści.

d) Aktualne zaświadczenie właściwego naczelnika urzędu skarbowego potwierdzające, że wykonawca nie zalega z opłatami podatków, lub zaświadczenia, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji organu – wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu

Dostawa wyposażenia Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej w Zespole Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie

składania ofert.

e) Aktualne zaświadczenie właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego potwierdzające, że wykonawca nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenia zdrowotne i społeczne, lub potwierdzenia, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu – wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.

Ocena spełniania warunków udziału w postępowaniu odbywa się według formuły spełnia/nie spełnia

III.2.2) Zdolność ekonomiczna i finansowa

Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów:	Minimalny poziom ewentualnie wymaganych standardów
Znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej należyte wykonanie zamówienia, Na potwierdzenie spełnienia tego warunku Wykonawca winien załączyć: Opłaconą polisę, a w przypadku jej braku innego dokumentu potwierdzającego, że wykonawca jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia.	(jeżeli dotyczy):

III.2.3) Zdolność techniczna

Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów:	Minimalny poziom ewentualnie wymaganych standardów
Posiada wiedzę i doświadczenie,	(jeżeli dotyczy):
Na potwierdzenie spełnienia tego warunku: Wykonawca winien wykazać się wykonaniem minimum 3 dostaw oferowanych urzędzeń w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres działalności jest krótszy - w tym okresie, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i odbiorców oraz załączenie dokumentów że dostawy te zostały wykonane należycie. Wykonawca winien załączyć fotografie (foldery) oferowanych urzędzeń. Wykonawca winien załączyć do oferty deklaracje zgodności i dokumenty potwierdzające, że oferowane urządzenia medyczne są dopuszczone do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 24 kwietnia 2004 roku (Dz. U. Nr 93 poz. 896 ze zm.)	

III.2.4) Zamówienia zastrzeżone (jeżeli dotyczy)

tak nie

Zamówienie jest zastrzeżone dla zakładów pracy chronionej

Realizacja zamówienia jest zastrzeżona w ramach programów pracy chronionej

Dostawa wyposażenia Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej w Zespole Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie

III.3) SPECYFICZNE WARUNKI DOTYCZĄCE ZAMÓWIEŃ NA USŁUGI**III.3.1) Świadczenie usługi zastrzeżone jest dla określonego zawodu**

tak nie

Jeżeli tak, odniesienie do odpowiednich przepisów ustawowych, wykonawczych lub administracyjnych:

III.3.2) Osoby prawne powinny wskazać nazwiska oraz kwalifikacje zawodowe pracowników odpowiedzialnych za wykonanie usługi

tak nie

Dostawa wyposażenia Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej w Zespole Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie

SEKCJA IV: PROCEDURA

IV.1) RODZAJ PROCEDURY

IV.1.1) Rodzaj procedury

<input checked="" type="radio"/> Otwarta	
<input type="radio"/> Ograniczona	
<input type="radio"/> Ograniczona przyspieszona	Uzasadnienie wyboru procedury przyspieszonej:
<input type="radio"/> Negocjacyjna	Kandydaci zostali już zakwalifikowani <input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie Jeżeli tak, należy podać w pkt VI.3) nazwy i adresy zakwalifikowanych już wykonawców Informacje Dodatkowe
<input type="radio"/> Negocjacyjna przyspieszona	Uzasadnienie wyboru procedury przyspieszonej:
<input type="radio"/> Dialog konkurencyjny	

IV.1.2) Ograniczenie liczby wykonawców, którzy zostaną zaproszeni do składania ofert lub do udziału (procedura ograniczona i negocjacyjna, dialog konkurencyjny)

Przewidywana liczba wykonawców
LUB Przewidywana minimalna liczba a , jeżeli właściwe, maksymalna liczba
Obiektywne kryteria wyboru ograniczonej liczby kandydatów:

IV.1.3) Zmniejszenie liczby wykonawców podczas negocjacji lub dialogu (procedura negocjacyjna, dialog konkurencyjny)

Zastosowanie procedury etapowej w celu stopniowego zmniejszania liczby omawianych rozwiązań lub negocjowanych ofert

tak nie

Dostawa wyposażenia Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej w Zespole Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie

IV.2) KRYTERIA UDZIELENIA ZAMÓWIENIA

IV.2.1) Kryteria udzielenia zamówienia (proszę zaznaczyć odpowiednie pole(a))

Najniższa cena

LUB

Oferta najkorzystniejsza ekonomicznie z uwzględnieniem kryteriów

kryteria określone poniżej (kryteria udzielenia zamówienia powinny zostać podane wraz z wagą lub w kolejności od najważniejszego do najmniej ważnego, w przypadku gdy przedstawienie wag nie jest możliwe z oczywistych przyczyn)

kryteria określone w specyfikacji, w zaproszeniu do składania ofert lub negocjacji lub w dokumencie opisowym

Kryteria	Waga	Kryteria	Waga
1.		6.	
2.		7.	
3.		8.	
4.		9.	
5.		10.	

IV.2.2) Wykorzystana będzie aukcja elektroniczna

tak nie

Jeżeli tak, proszę podać dodatkowe informacje na temat aukcji elektronicznej (jeżeli dotyczy)

IV.3) INFORMACJE ADMINISTRACYJNE

IV.3.1) Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą (jeżeli dotyczy)

ZP P548/5/2010

IV.3.2) Poprzednie publikacje dotyczące tego samego zamówienia

tak nie

Jeżeli tak,

<input type="radio"/> Wstępne ogłoszenie informacyjne	<input type="radio"/> Ogłoszenie o profilu nabywcy
Numer ogłoszenia w Dz.U.:	z dnia (dd/mm/rrrr)
<input type="radio"/> Inne wcześniejsze publikacje (jeżeli dotyczy)	

IV.3.3) Warunki uzyskania specyfikacji i dokumentów dodatkowych (z wyjątkiem dynamicznego systemu zakupów) lub dokumentu opisowego (w przypadku dialogu konkurencyjnego)

Termin składania wniosków dotyczących uzyskania dokumentów lub dostępu do dokumentów	
Data: (dd/mm/rrrr)	Godzina:
Dokumenty odpłatne	
<input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie	
Jeżeli tak, Cena (podać wyłącznie dane liczbowe):	Waluta:
Warunki i sposób płatności:	

Dostawa wyposażenia Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej w Zespole Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie**IV.3.4) Termin składania ofert lub wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu**

Data: 04/05/2010 (dd/mm/rrrr) Godzina: 10:00

IV.3.5) Data wysłania zaproszeń do składania ofert lub do udziału zakwalifikowanym kandydatom (jeżeli możliwe do określenia): (w przypadku procedur ograniczonej i negocjacyjnej oraz dialogu konkurencyjnego)

Data: (dd/mm/rrrr)

IV.3.6) Język(i), w których można sporządzać oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu

ES	CS	DA	DE	ET	EL	EN	FR	IT	LV	LT	HU	MT	NL	PL	PT	SK	SL	FI	SV
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

inny:

IV.3.7) Minimalny okres, w którym oferent będzie związany ofertą (procedura otwarta)

Do: (dd/mm/rrrr)

LUB Okres w miesiącach:

LUB dniach: 60 (od ustalonej daty składania ofert)

IV.3.8) Warunki otwarcia ofert

Data: 04/05/2010 (dd/mm/rrrr) Godzina: 10:15

Miejsce (jeżeli dotyczy): w siedzibie Zamawiającego w sali konferencyjnej

Osoby upoważnione do obecności podczas otwarcia ofert (jeżeli dotyczy)

 tak nie

Dostawa wyposażenia Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej w Zespole Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie**SEKCJA VI: INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE****VI.1) JEST TO ZAMÓWIENIE O CHARAKTERZE POWTARZAJĄCYM SIĘ** (jeżeli dotyczy)

tak nie

Jeżeli tak, przewidywany czas publikacji kolejnych ogłoszeń:

VI.2) ZAMÓWIENIE DOTYCZY PROJEKTU/PROGRAMU FINANSOWANEGO ZE ŚRODKÓW WSPÓLNOTOWYCH

tak nie

Jeżeli tak, odniesienie do projektów i/lub programów: [Zamówienie współfinansowane ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego Działanie 5.1.](#)

VI.3) INFORMACJE DODATKOWE (jeżeli dotyczy)

Zamawiający zastrzega możliwość unieważnienia postępowania o udzielenie zamówienia, jeżeli środki pochodzące z budżetu Unii Europejskiej które zamawiający zamierzał przeznaczyć na sfinansowanie całości lub części zamówienia, nie zostały mu przyznane

VI.4) PROCEDURY ODWOŁAWCZE**VI.4.1) Organ odpowiedzialny za procedury odwoławcze**

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod pocztowy:

Kraj:

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

Organ odpowiedzialny za procedury mediacyjne (jeżeli dotyczy)

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod pocztowy:

Kraj:

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

VI.4.2) Składanie odwołań (proszę wypełnić pkt VI.4.2 LUB, jeżeli jest to niezbędne, pkt VI.4.3)

Dokładne informacje na temat terminów składania odwołań:

Dostawa wyposażenia Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej w Zespole Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie

VI.4.3) Źródło, gdzie można uzyskać informacje na temat składania odwołań

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod
pocztowy:

Kraj:

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

VI.5) DATA WYSŁANIA NINIEJSZEGO OGŁOSZENIA:*19/03/2010 (dd/mm/rrrr)*

Dostawa wyposażenia Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej w Zespole Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie

ZAŁĄCZNIK A**DODATKOWE ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE****I) ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE, GDZIE MOŻNA UZYSKAĆ DALSZE INFORMACJE**

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod
pocztowy:

Kraj:

Punkt kontaktowy:

Tel.:

Osoba do kontaktów:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

II) ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE, GDZIE MOŻNA UZYSKAĆ SPECYFIKACJE I DOKUMENTY DODATKOWE (W TYM DOKUMENTY DOTYCZĄCE DIALOGU KONKURENCYJNEGO I DYNAMICZNEGO SYSTEMU ZAKUPÓW)

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod
pocztowy:

Kraj:

Punkt kontaktowy:

Tel.:

Osoba do kontaktów:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

III) ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE, GDZIE NALEŻY PRZESYŁAĆ OFERTY/WNIOSKI O DOPUSZCZENIE DO UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod
pocztowy:

Kraj:

Punkt kontaktowy:

Tel.:

Osoba do kontaktów:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

Dostawa wyposażenia Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej w Zespole Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie

ZAŁĄCZNIK B (1)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 1 NAZWA **respirator dla dzieci i dorosłych**

1) KRÓTKI OPIS

Respirator z możliwością regulacji stężenia tlenu w zakresie 21-100% zasilanie sieciowe i akumulatorowe; Wbudowana turbina; Pełen zakres trybów wentylacji i typów oddechów

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33158200	
Dodatkowe przedmioty	33123210	
	33192130	
	33192000	
	33195110	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 383177.54		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach: 42	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

Dostawa wyposażenia Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej w Zespole Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie

ZAŁĄCZNIK B (2)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 2 NAZWA Defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji

1) KRÓTKI OPIS

Automatyczny defibrylator zewnętrzny, dwufazowy, z możliwością kardiowersji i zewnętrznym stymulatorem serca

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33158200	
Dodatkowe przedmioty	33123210	
	33192130	
	33192000	
	33195110	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN
74766.36

LUB Zakres: między a Waluta:

4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach: lub dniach: 42 (od udzielenia zamówienia)
LUB (dd/mm/rrrr)
Rozpoczęcie
Zakończenie (dd/mm/rrrr)

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

Dostawa wyposażenia Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej w Zespole Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie

ZAŁĄCZNIK B (3)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 3 NAZWA **Stymulator zewnętrzny**

1) KRÓTKI OPIS

Elektrody jednobiegunowe lub dwubiegunowe;Kształt impulsu asymetryczny;Dwufazowy;Monitorowanie impedancji elektrody;Sterowanie parametrami stymulacji za pomocą mikroprocesora

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33158200	
Dodatkowe przedmioty	33123210	
	33192130	
	33192000	
	33195110	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 6542.06		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach: 42	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

Dostawa wyposażenia Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej w Zespole Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie

ZAŁĄCZNIK B (4)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 4 NAZWA **Kardiomonitoring z centralą monitoringu anestezjologicznego**

1) KRÓTKI OPIS

Centrala monitorująca - komputer klasy PC z oprogramowaniem zbierający dane z 8 stanowisk – 1 szt. Pomiar : EKG, saturacja, RR inwazyjne i nieinwazyjne, temperatura, CO2 w tym 1 szt. pomiar rzutu serca metodą termodylucji, w tym 1 szt. rzut serca metodą PICCO w tym 1 szt. pomiar ciśnienia wewnątrzczaszkowego

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33158200	
Dodatkowe przedmioty	33123210	
	33192130	
	33192000	
	33195110	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 320560.75		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach: 42	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

Dostawa wyposażenia Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej w Zespole Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie

ZAŁĄCZNIK B (5)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 5 NAZWA **Łóżko szpitalne do intensywnej opieki medycznej**

1) KRÓTKI OPIS

Łóżko rehabilitacyjne przeznaczone do intensywnej opieki medycznej. Konstrukcja z profili stalowych pokryta lakierem proszkowym. Wielopozycyjne, typu Egerton. Oparcie pleców unoszone jest ze wspomaganie sprężyną gazową z blokadą. Centralna blokada kół.

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33158200	
Dodatkowe przedmioty	33123210	
	33192130	
	33192000	
	33195110	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 56074.77		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach: 42	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

Dostawa wyposażenia Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej w Zespole Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie

ZAŁĄCZNIK B (6)

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

CZĘŚĆ nr 6 NAZWA Podwieszane panele dystrybucyjno-przyłączeniowe

1) KRÓTKI OPIS

Oświetlenie:

- nocne min. 5W (lub odpowiednik LED), wyłącznik poza panelem
 - miejscowe min. 20W, wyłącznik na froncie panelu
 lampa halogenowa min. 50W, min. 45000 Lux / 500 mm na ramieniu łamanym mocowana na szynie medycznej Wyposażenie panelu-mostu w gniazda elektryczne:

- gniazdo elektr. w kolorze białym 230V/50hz – 9 szt.
- gniazdo elektr. w kolorze czerwonym 230V/50hz – 9 szt.
- gniazdo ekwipotencjalnym – 12 szt.

Panel-most wyposażony w min. 3 obwody elektryczne Wyposażenie panelu-mostu klasy IIb w gniazda gazów medycznych (standard AGA) umieszczone na froncie panelu:

- gniazdo gazów medycznych Tlen O2 – 2 szt.
- gniazdo gazów medycznych Próżnia Vac – 2 szt.
- gniazdo gazów medycznych

2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33158200	
Dodatkowe przedmioty	33123210	
	33192130	
	33192000	
	33195110	

3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 93457.94		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)

Okres w miesiącach:	lub dniach: 42	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA