ZOZ-P-16/2020 Szczytno, dn. 14.05.2020 r.

**Zaproszenie**

Zespół Opieki Zdrowotnej w Szczytnie – działając na podstawie Regulaminu udzielania zamówień publicznych z dnia 15 czerwca 2016r. w związku z art. 6 ust. 1 ustawy z dn. 2 marca 2019r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. z 2020r., poz. 374 ze zm.) - zaprasza  do złożenia oferty na „Zakup wyposażenia i sprzętu medycznego do walki z COVID-19 dla Zespołu Opieki Zdrowotnej w Szczytnie”

1. **Przedmiot zamówienia:**

1.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr zadania/części | | Nazwa | Ilość zamawiana |
| 1 | | Aparat do EKG | 3 |
| 2 | | Lampa bakteriobójcza | 4 |
| 3 | | Defibrylator | 2 |
| 4 | | Wideolaryngoskop wraz z wyposażeniem | 1 |
| 5 | | Kardiomonitor | 3 |
| 6 | 1 | Materac lub inne urządzenie do aktywnej regulacji temperatury pacjenta | 1 |
| 2 | Nebulizator | 4 |
| 3 | Pulsoksymetr | 6 |
| 4 | Stetoskopy | 20 |
| 5 | Termometry medyczne bezdotykowy | 15 |
| 6 | Worki ambu wraz z wyposażeniem | 4 |
| 7 | Kapnometry na rurkę intubacyjną wraz z wyposażeniem | 2 |
| 8 | Materace p/odleżynowe | 30 |
| 9 | Aparat do mierzenia ciśnienia: elektroniczny wraz z wyposażeniem | 10 |
| 10 | Aparat do szybkiego toczenia płynów | 10 |
| 11 | Laryngoskop | 3 |
| 7 | 1 | Wózki do transportu pacjentów potencjalnie zakaźnych | 2 |
| 2 | Wózki anestezjologiczne | 2 |
| 8 | | Myjnia dezynfekcyjna przelotowa | 2 |
| 9 | | Samobieżna maszyna czyszcząca do powierzchni szpitalnych | 1 |

1. **Paramenty techniczne, właściwości i inne wymagania dot. oferowanej aparatury i sprzętu szczegółowo określone w załącznikach nr 2 do ZO.**
2. **W ramach przedmiotowego zamówienia wykonawca zobowiązany będzie do dostarczenia kompletnego zestawu do siedziby Zamawiającego oraz uruchomienia go i przeprowadzenia szkolenia wskazanego personelu z obsługi i użytkowania (dotyczy zadań: 2.1; 2.3; 2.4; 2.5; 2.8 i 2.9).** 
   1. Zamawiający dopuszcza możliwość składania ofert częściowych. W ramach zadania wymagane jest złożenie oferty pełnej z wyłączeniem zadania 6.
   2. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert wariantowych ani równoważnych.
3. **WYMAGANIA DOTYCZĄCE OFERENTÓW oraz wymagania odnośnie przedmiotu zamówienia:**

* Wykonawca jest odpowiedzialny za jakość, zgodność z warunkami technicznymi i jakościowymi opisanymi dla przedmiotu zamówienia
* Wymagana jest należyta staranność przy realizacji zobowiązań umowy
* Wymagane jest udzielenie na poszczególne przedmioty zamówienia gwarancji i rękojmi, włącznie z bezpłatną konserwacją i serwisowaniem w okresie gwarancji - wg zaleceń producenta okresy gwarancji dla poszczególnych urządzeń zawiera zał. nr 2 do ZO.
* Ustalenia i decyzje dotyczące wykonywania zamówienia uzgadniane będą przez Zamawiającego z ustanowionym przedstawicielem wykonawcy.
* Wymagany termin płatności faktury za przedmiot zamówienia - minimum 30 dni.
* Określenie przez Wykonawcę telefonów kontaktowych, numerów faks, adresu e-mail oraz innych ustaleń niezbędnych dla sprawnego i terminowego wykonania zamówienia.
* Zamawiający nie ponosi odpowiedzialności za szkody wyrządzone przez Wykonawcę podczas wykonywania przedmiotu zamówienia.
* Przedmiot zamówienia zostanie przekazany Zamawiającemu protokolarnie po zakończeniu dostawy i przeprowadzeniu szkolenia personelu Zamawiającego.
* Wykonawca może zaoferować wyłącznie takie wyroby, które są dopuszczone do obrotu zgodnie z  **przepisami prawa, a więc w przypadku:**
* *produktów zakwalifikowanych jako wyroby medyczne w rozumieniu ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010r. (Dz. U. 2010r. Nr 107 poz. 679 z późn. zmianami) - dla wszystkich klas wyrobu medycznego – Zamawiający wymaga dołączenia do oferty odpowiedniej Deklaracji zgodności CE lub Certyfikatu zgodności CE. D***opuszcza się załączenie do oferty oświadczenia Wykonawcy o posiadanych dokumentach dopuszczających do obrotu produkty zaoferowane w niniejszym postępowaniu i gotowości przedstawienia ich na każde żądanie Zamawiającego w określonym terminie i formie.**

. **TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **14- 30 -72 dni od daty podpisania umowy**

1. **OPIS SPOSBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**
2. Oferent powinien złożyć ofertę na formularzu – zał. nr 1.

2. Oferta powinna być:

- opatrzona pieczątką firmową,

- posiadać datę sporządzenia,

- zawierać adres lub siedzibę oferenta, numer telefonu, numer NIP,

- podpisana czytelnie przez wykonawcę.

1. Oferent w celu potwierdzenia wymagań określonych w rozdziale II w/w zaproszenia powinien przygotować wraz z ofertą kopie dokumentów potwierdzone „za zgodność z oryginałem”.
2. W celu potwierdzenia, że oferowany przedmiot zamówienia odpowiada opisowi przedmiotu zamówienia odpowiada wymaganiom określonym przez Zamawiającego w zał. nr 2 do SIWZ, wymagane jest złożenie:

* deklaracji zgodności CE lub Certyfikat zgodności CE potwierdzający spełnianie przez oferowany produkt wymogów zakwalifikowanych jako wyroby medyczne w rozumieniu ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010r. (Dz. U. 2010r. Nr 107 poz. 679 z późn. zmianami) - dla wszystkich klas wyrobu medycznego (wymóg nie dotyczy sprzętu gdzie prawo nie wymaga przedkładania takich dokumentów)
* katalogu lub stron z katalogu, prospektu, folderu reklamowego lub specyfikacji technicznej - ze zdjęciami, lub innych dokumentów, w których zawarte będą podstawowe informacje, dane techniczne, opis techniczny itp. nt. oferowanego przedmiotu zamówienia. Zaleca się aby opisy w ww dokumentach były w j. polskim.

1. Pełnomocnictwo osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy i składania w imieniu wykonawcy oświadczenia woli – jeśli oferta składana jest w imieniu wykonawcy.

**Brak powyższych dokumentów będzie skutkować odrzuceniem oferty.**

1. **MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT**

#### 1. Oferta powinna być przesłana za pośrednictwem (opcjonalnie):

#### - poczty elektronicznej na adres: sszewczyk@szpital.szczytno.pl

#### - faksu na nr: 89/623-21-36,

#### - poczty, kuriera

#### - lub też dostarczona osobiście

#### na adres: Zespół Opieki Zdrowotnej ul. M.C. Skłodowskiej 12 12-100 Szczytno do dnia 22.05.2020 godz. 10:00 lub ePUAP Zespół Opieki Zdrowotnej w Szczytnie.

**2.** Ocena ofert zostanie dokonana w dniu 22.05.2020r. a wyniki i wybór najkorzystniejszej oferty zostanie ogłoszony w dniu 22.05.2020 o godzinie 12:00 w siedzibie Zamawiającego oraz na stronie internetowej pod adresem [www.szpital.szczytno.pl](http://www.szpital.szczytno.pl)

**3.** Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane

**4.** Oferent może przed upływem terminu składania ofert zmienić lub wycofać swoją ofertę.

**5.** W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od oferentów wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.

**6.** Zaproszenie do składania ofert zamieszczono na stronie: [www.szpital.szczytno.pl](http://www.szpital.szczytno.pl)

1. **KRYTERIA I OCENA OFERT**

Zamawiający dokona oceny ważnych ofert na podstawie następujących kryteriów:

- Cena 100%

Należy podać cenę wykonania projektu (netto + VAT = cena brutto)

1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY**
2. O wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający zawiadomi oferentów za pośrednictwem strony internetowej znajdującej się pod adresem [www.szpital.szczytno.pl](http://www.szpital.szczytno.pl)
3. **Zamawiający zastrzega możliwość unieważnienia postepowania w przypadku, gdyby wniosek „Zakup wyposażenia i sprzętu medycznego do walki z COVID-19 dla Zespołu Opieki Zdrowotnej w Szczytnie” o dofinansowanie projektu ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 nie uzyskał akceptacji IZ.**
4. **DODATKOWE INFORMACJE**

Dodatkowych informacji udziela

|  |  |
| --- | --- |
| Wyjaśnień dotyczących Zapytania Ofertowego | Bohdan Diaków, specjalista ds. zamówień publicznych w ZOZ Szczytno, [bdiakow@szpital.szczytno.pl](mailto:bdiakow@szpital.szczytno.pl).;  tel. 89 623 21 41 w godzinach od 730 – do 1430 |

Podpisała:

Dyrektor

/-/

Beata Kostrzewa