

Zapytanie ofertowe

Postępowanie prowadzone w oparciu o art. 4 pkt. 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.
Prawo zamówień publicznych
/tj. Dz. U. z 2015 r. poz. 2164 z późn. zm../

**I. Zamawiający: GMINA MIASTO SIERPC
UL. PIASTOWSKA 11A
09-200 SIERPC**

W IMIENIU KTÓREJ DZIAŁA JAKO PEŁNOMOCNIK:

**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ
UL. SŁOWACKIEGO 32
09-200 SIERPC
Strona: www.spzozsierpc.pl**

tel. 24 275 85 01, fax 24 275 26 27, email: przetargi@spzozsierpc.pl

Zaprasza do złożenia ofert cenowych na dostawę sprzętu medycznego na potrzeby Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sierpcu.

II. Opis przedmiotu zamówienia:

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa sprzętu medycznego podzielona na 5 pakietów. Pakiet 1 – Kardiomonitor, Pakiet 2 - Łóżko elektryczne z przechyłami bocznymi i materacem, Pakiet 3 – Laktator szpitalny, Pakiet 4 - Wózek transportowy do materiałów sterylnych, Pakiet 5 - Wirówka laboratoryjna.
2. Specyfika głównych wymagań technicznych urządzeń została określona w załączniku nr 2 do niniejszego zapytania ofertowego.
3. Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych według pakietów.
4. Wzór umowy stanowi załącznik nr 3 do niniejszego zapytania ofertowego.
5. Przedmiot zamówienia opisany został wg. następujących kodów CPV – CPV 33.10.00.00-1 urządzenia medyczne.
6. Wykonawca związany jest ofertą 30 dni.
7. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminy składania ofert.
8. Termin wykonania zamówienia **do 4 tygodni** od dnia podpisania umowy.

III. Dokumenty, jakie Wykonawca powinien załączyć do oferty:

1. Zamawiający wymaga, aby każda oferta zawierała minimum następujące dokumenty:
 - 1) wypełniony i podpisany przez Wykonawcę formularz cenowo-ofertowy – wg. załączonego wzoru formularza ofertowego,

Znak sprawy: DZP.382.ZO.10.2017

- 2) Wykaz wymaganych parametrów technicznych - wg. załączonego wzoru.
- 3) Aktualny odpis z właściwego rejestru lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, (**załącznik Wykonawcy**).

2. Postępowanie prowadzone jest w języku polskim.

IV. Informacje o sposobie porozumiewania się Zamawiającego z Wykonawcami oraz przekazywania oświadczeń i dokumentów:

Wszelkie oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Zamawiający i Wykonawcy mogą przekazywać pisemnie, za pomocą faksu na numer: **24/ 275 85 54** lub drogą elektroniczną na adres: **przetargi@spzozsierpc.pl**.

V. Osoby po stronie Zamawiającego uprawnione do porozumiewania się z Wykonawcami:

1. Osobą uprawnioną do kontaktowania się z Wykonawcami i udzielania wyjaśnień dotyczących postępowania jest Pan Rafał Wiśniewski.
2. Wykonawca może zwrócić się do Zamawiającego o wyjaśnienie istotnych warunków udzielenia zamówienia w godzinach pracy urzędu tj.: 07.30 – 15.00.

VI. Miejsce składania ofert:

Ofertę cenową należy:

- złożyć w siedzibie Zamawiającego :

**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ
UL. SŁOWACKIEGO 32, 09-200 SIERPC
SEKRETARIAT**

w zamkniętej kopercie z dopiskiem „**Dostawa sprzętu medycznego na potrzeby Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sierpcu**” **NIE OTWIERAĆ PRZED: 29.06.2017 r. godz. 11.15.**

w terminie do dnia 29.06.2017 r. , godz. 11.00.

VII. Opis sposobu obliczania ceny

1. Na załączonym formularzu cenowo-ofertowym, należy przedstawić cenę ofertową brutto za wykonanie przedmiotu zamówienia.
2. Wartość cenową należy podać w złotych polskich cyfrą – z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku oraz słownie.
3. Cena powinna zawierać wszelkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia.
4. Wszelkie rozliczenia pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą odbywać się będą w złotych polskich.

VIII. Informacje o formalnościach

1. Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty, Zamawiający zawiadomi wszystkich Wykonawców, którzy ubiegali się o udzielenie zamówienia o wyniku postępowania.

Znak sprawy: DZP.382.ZO.10.2017

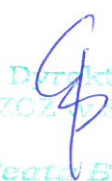
2. Zamawiający zawrze umowę z wybranym Wykonawcą po przekazaniu zawiadomienia o wyborze Wykonawcy, ale nie później niż w terminie związania ofertą.
3. Jeżeli Wykonawca, którego oferta została wybrana uchyli się od zawarcia umowy, Zamawiający wybierze kolejną ofertę najkorzystniejszą spośród złożonych ofert, bez przeprowadzania ich ponownej oceny.
4. Do prowadzonego postępowania nie przysługują Wykonawcom środki ochrony prawnej określone w przepisach Ustawy Prawo zamówień publicznych tj. odwołanie, skarga.
5. Niniejsze postępowania prowadzone jest na zasadach opartych na wewnętrznych uregulowaniach organizacyjnych Zamawiającego. Nie mają w tym przypadku zastosowania przepisy Ustawy Prawo zamówień publicznych.

Załączniki:

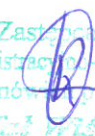
1. Formularz ofertowo-cenowy.
2. Specyfika głównych wymagań technicznych urządzenia.
3. Projekt umowy.

ZATWIERDZIŁ:

21.06.2017 r


Dyrektor
SPZZOZ w Herpcu
Beata Bany

.....
(data, podpis i pieczęć
kierownika komórki organizacyjnej)


p.o. Zastępcy Dyrektora
ds. administracyjnych i eksploatacyjnych
i zamówień publicznych
Rafał Wiśniewski

.....
(pieczęć adresowa Wykonawcy)
NIP**):
REGON**):
tel. **):
fax**):
adres e – mail**):

FORMULARZ CENOWO - OFERTOWY

ZAMAWIAJĄCY:
GMINA MIASTO SIERPC
UL. PIASTOWSKA 11A, 09-200 SIERPC

W IMIENIU KTÓREGO DZIAŁA JAKO PEŁNOMOCNIK:
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ
UL. SŁOWACKIEGO 32, 09-200 SIERPC

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe z dnia 21.06.2017 r. prowadzone w oparciu o art. 4 pkt. 8 Ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych /tj. Dz. U. z 2015 r. poz. 2164 ze zm./ na:

„dostawę sprzętu medycznego na potrzeby Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sierpcu.”

Ja/My, niżej podpisany/i,

.....
działając w imieniu i na rzecz:

-
1. Zobowiązujemy się do zrealizowania zamówienia zgodnie wszystkimi wymogami zawartymi w zapytaniu ofertowym oraz załącznikach do zapytania za następującą kwotę:
pakiet nr 1 - wartość brutto (słownie brutto:)
pakiet nr 2 - wartość brutto (słownie brutto:)
pakiet nr 3 - wartość brutto (słownie brutto:)
pakiet nr 4 - wartość brutto (słownie brutto:)
pakiet nr 5 - wartość brutto (słownie brutto:).
 2. Przedmiot zamówienia wykonamy w terminie do **4 tygodni od dnia podpisania umowy.**
 3. Oświadczamy, iż uważamy się za związanych niniejszą ofertą przed okres 30 dni licząc od daty wyznaczonej na składanie ofert.
 4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z postanowieniami zawartymi w projekcie umowy i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej, do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

.....
miejscowość i data

.....
/Podpis i pieczęć osoby upoważnionej
do podpisywania oferty/

Załącznik nr 2 do zaproszenia

Pakiet 1 – Kardiomonitor

Tabela parametrów technicznych – Kardiomonitor - szt. 2

Nazwa urządzenia /model

Producent

Kraj pochodzenia

Rok produkcji (fabrycznie nowy):

L.p.	Minimalne wymagane parametry techniczne	Wymogi graniczne	Tak/ Nie Oferowane parametry techniczne (opis)
I	WYMAGANIA OGÓLNE		
1	Kolorowy wyświetlacz LCD min. 12.1	TAK	
2	System alarmów dźwiękowych i wizualnych z ustawieniem dolnych i górnych granic	TAK	
3	Zasilanie sieciowo-akumulatorowe	TAK	
4	Analiza segmentu ST	TAK	
5	Analiza arytmii	TAK	
6	Do 480godzin danych HR, TEMP, SpO2, RESP i trendów NIBP	TAK	
7	Min. 24 godziny zapisu EKG	TAK PODAĆ	
8	Wysokiej precyzji moduł NIBP i SpO2	TAK	
9	Pomiar ciśnienia w trybie: dorosły, dziecko, niemowlę	TAK	
10	Ochrona przed interferencją spowodowaną defibrylatorami i urządzeniami elektrochirurgicznymi	TAK	
II	NIBP (nieinwazyjny pomiar ciśnienia)		
1	Napełnienie mankieta: ok. 30 sekund (typowy mankieta dla dorosłych)	TAK	
2	Zakres pomiarowy: ciśnienie skurczowe, rozkurczowe, średnie ciśnienie tętnicze - dorosły 25-265mmHg 12-220mmHg 18-245mmHg - noworodek 25-135mmHg 12-110mmHg 18-120mmHg	TAK	
3	Dokładność pomiaru: +/- 10%	TAK	

9
6

4	Tryb pomiaru: Manual, Auto, STAT	TAK	
5	Automatyczny interwał pomiarowy: 1-240min	TAK	
6	Tolerancja interwału: <10 sek.	TAK	
III	TEMP (Temperatura)		
1	Zakres pomiarowy: 15°C-45°C	TAK	
2	Dokładność pomiarowa: +/- 0,2°C	TAK	
IV	EKG		
1	Zakres pulsu: min. 20bpm-300bpm	TAK	
2	Dokładność pomiaru pulsu: +/- 1% lub +/- bpm w zależności co większe	TAK	
3	Opóźnienie alarmu pulsu: <=10s	TAK	
4	Wybór czułości: x1/2, x1, x2 tolerancja <=5%	TAK	
5	Szybkość przesyłu: min. 12,5mm/s, 25mm/s, 50mm/s, tolerancja: <=10%	TAK	
V	RESP		
1	Metoda pomiaru: impedancja klatki piersiowej	TAK	
2	Zakres pomiaru: 0-120 razy/min.	TAK	
3	Dokładność pomiaru: +/- 5% lub +/- 2rpm w zależności co większe	TAK	
VI	SpO2 & PR (saturacja i puls)		
1	Zakres SpO2: 35%-100%		
2	Zakres PR: 30bpm-240bpm+/-2bpm		
VII	POZOSTAŁE		
1	Instrukcja obsługi w języku polskim (z dostawą)	TAK	
2	Oprogramowanie w języku polskim	TAK	
3	Gwarancja min. 60 miesięcy	TAK PODAĆ	
4	Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat	TAK PODAĆ	
5	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat.	TAK PODAĆ	
6	Czas reakcji serwisu max. 72 godz.	TAK	
7	Nieodpłatne przeglądy techniczne w okresie obowiązywania gwarancji urządzenia w ilości zalecanej w instrukcji użytkowania urządzenia.	TAK	
8	Paszport techniczny wystawiony dla urządzenia	TAK	
9	Uruchomienie i przeszkolenie personelu	TAK	

9

10

Uwaga : w kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty
Treść oświadczenia wykonawcy:

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

.....
Pieczęć i podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy

9
Q

Załącznik nr 2 do zaproszenia

Pakiet 2 – Łóżko elektryczne z przechyłami bocznymi i materacem

Tabela parametrów technicznych – Łóżko elektryczne z przechyłami bocznymi i materacem - szt. 1

Nazwa urządzenia /model

Producent

Kraj pochodzenia

Rok produkcji (fabrycznie nowy):

L.p.	Minimalne wymagane parametry techniczne	Wymogi graniczne	Tak/ Nie Oferowane parametry techniczne (opis)
I	WYMAGANIA OGÓLNE Łóżko elektryczne z przechyłami bocznymi i materacem		
1.	Zasilanie 230 V, 50 Hz z sygnalizacją włączenia do sieci	TAK	
2.	Wbudowany akumulator	TAK	
3.	Wymiary zewnętrzne 2200x900mm (+/-100mm)	TAK PODAĆ	
4.	Leże łóżka 4 – sekcyjne usytuowane na nowoczesnej konstrukcji opartej na trzech kolumnach cylindrycznych ułatwiających dezynfekcję	TAK	
5.	Szczyty łóżka tworzywowe, koloryzowane, wyjmowane od strony nóg i głowy z możliwością zablokowania przed wyjęciem na czas transportu łóżka. Możliwość wyboru koloru z min. 5 różnych	TAK	
6.	Sterowanie elektryczne przy pomocy : - panelu sterowniczego montowanego na szczycie od strony nóg z możliwością swobodnego wyjmowania i umieszczania na szczycie czy też półce na pościel - paneli nożnych do sterowania przechyłami bocznymi z obu stron łóżka - paneli nożnych do sterowania pozycją egzaminacyjną oraz wysokością leża z obu stron łóżka	TAK	

9

Q

7.	Regulacja elektryczna wysokości leża; minimalna pozycja leża nie wyższa niż 430mm	TAK PODAĆ	
8.	Regulacja elektryczna części plecowej w zakresie min. 55°	TAK PODAĆ	
9.	Regulacja elektryczna części nożnej w zakresie min. 45°	TAK PODAĆ	
10.	Regulacja elektryczna funkcji autokontur	TAK	
11.	Funkcja autoregresji segmentu pleców i uda zmniejszająca ryzyko powstawania odleżyn	TAK	
12.	Regulacja elektryczna pozycji Trendelenburga i anty-Trendelenburga min. 15° – sterowanie z panelu sterowniczego montowanego na szczycie łóżka od strony nóg	TAK PODAĆ	
13.	Regulacja elektryczna przechyłów bocznych, w zakresie minimum 15 stopni z panelu sterowniczego oraz przycisków nożnych po obu stronach łóżka pozwalająca na wykonanie procedur pielęgnacyjnych przez jedną osobę	TAK PODAĆ	
14.	Konieczność poprzedzenia funkcji przechyłów bocznych naciśnięciem przycisku odblokowującego	TAK	
15.	Pozycja wyjściowa (wypoziomowanie segmentu nóg, podniesienie segmentu pleców i obniżenie leża do minimum) dostępna z jednego przycisku na panelu sterowania	TAK	
16.	Regulacja elektryczna do pozycji krzesła kardiologicznego – sterowanie przy pomocy jednego przycisku na panelu sterowniczym	TAK	
17.	Elektryczna funkcja CPR - do reanimacji – sterowana przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym	TAK	

18.	Elektryczna, natychmiastowa pozycja antyszokowa (pozycja ratującej życie) – sterowania przy pomocy jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym	TAK	
19.	Elektryczna, natychmiastowa pozycja egzaminacyjna – sterowana przy pomocy jednego przycisku nożnego i dodatkowo jednego przycisku oznaczonego odpowiednim piktogramem na panelu sterowniczym	TAK	
20.	Zabezpieczenie przed nieświadomym uruchomieniem funkcji poprzez konieczność wciśnięcia przyciska uruchamiającego dostępność funkcji; przycisk świadomego uruchomienia systemu elektrycznego łóżka znajdujący się w każdym możliwym sterowaniu: panelu oraz sterowaniu nożnym dla personelu, pilocie dla pacjenta	TAK	
21.	Funkcja stand-by – automatyczna deaktywacja wszystkich sterowań po upływie 60 – 180 sekund	TAK PODAĆ	
22.	Dodatkowy przycisk bezpieczeństwa natychmiast odłączający wszystkie funkcje elektryczne; system odłączający natychmiast wszystkie możliwe sterowania	TAK	
23.	Elektryczna i mechaniczna funkcja CPR	TAK	
24.	Koła jezdne o średnicy min 150 mm z systemem sterowania jazdy na wprost i boki z centralnym systemem hamulcowym	TAK PODAĆ	
25.	Obciążenie robocze minimum 200kg	TAK PODAĆ	

26.	<p>Wyposażenie łóżka:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Barierki boczne jednoczęściowe składane wzdłuż ramy leża opuszczane jedną ręką wyposażone w mechanizm składania barierki wbudowany w górną poprzeczkę barierki - Wieszak kroplówki - Półka na pościel - Protektor dopełniający barierki, aby zabezpieczały pacjenta na całej długości leża; protektor z możliwością odłączania - 2 x Materac przeciwoleżynowy opisany poniżej 	TAK	
a)	Materac aktywny, do terapii przeciwoleżynowej do 4 stopnia w skali 4-ro stopniowej bądź 5-go stopnia w skali 5-cio stopniowej	TAK	
b)	Komory pojedyncze, możliwość wymiany poszczególnych komór. Pokrowiec rozciągliwy poprzecznie i wzdłużnie	TAK	
c)	Materac o trybie zmiennociśnieniowy w systemie pracy komór 3;1, najbardziej zaawansowany tryb przeciwoleżynowy	TAK	
d)	Funkcja transportowa. Powietrze pozostaje w materacu przez min. 10 godzin po użyciu funkcji transportowej. Umożliwia odłączenie pompy od materaca np. podczas transportów pacjenta	TAK	
e)	Możliwość zabezpieczenia dodatkowego pacjenta przed odleżynami w sytuacjach długiego przebywania w pozycji siedzącej poprzez funkcję regulacji ciśnienia w komorach (zwiększenie ciśnienia do około + 20%)	TAK	

9

Q

f)	Funkcja wolnej pięty – możliwość ustawienia ciśnienia w komorach w ten sposób, by pięta znajdowała się w powietrzu.	TAK	
g)	Funkcja CPR mechaniczna dla szybkiego wypuszczania powietrza w sytuacjach ratowania życia pacjenta. Zawór CPR umieszczony w segmencie pleców dla szybszej ewakuacji powietrza w segmencie najważniejszym do prowadzenia szybkiego masażu serca w resuscytacji.	TAK	
h)	Podłączenie przewodów powietrznych materaca do pompy za pomocą szybkozłączki. Waga materaca max. 10 kg	TAK PODAĆ	
i)	Pompa oraz materac łatwy do mycia i dezynfekcji, bez elementów trudnodostępnych. Pompa z przyciskami membranowymi. Pompa o niskim poziomie hałasu - do 26 dB z funkcją tłumienia drgań	TAK PODAĆ	
j)	Materac przeciwodleżynowy kładziony bezpośrednio na leżę łóżka. Wysokość całego systemu przeciwodleżynowego w przedziale 18-20 cm	TAK	
II	POZOSTAŁE		
1.	Instrukcja obsługi w języku polskim (z dostawą)	TAK	
2.	Oprogramowanie w języku polskim	TAK	
3.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK PODAĆ	
4.	Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat	TAK PODAĆ	
5.	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat.	TAK PODAĆ	
6.	Czas reakcji serwisu max. 72 godz.	TAK	
7.	Nieodpłatne przeglądy techniczne w okresie obowiązywania gwarancji urządzenia w ilości zalecanej w instrukcji użytkowania urządzenia.	TAK	

8.	Paszport techniczny wystawiony dla urządzenia	TAK	
9.	Uruchomienie i przeszkolenie personelu	TAK	

Uwaga : w kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty
Treść oświadczenia wykonawcy:

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

.....
Pieczęć i podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy




Pakiet 3 – Laktator szpitalny

Tabela parametrów technicznych – Laktator szpitalny - szt. 1

Nazwa urządzenia /model

Producent

Kraj pochodzenia

Rok produkcji (fabrycznie nowy):

L.p.	Minimalne wymagane parametry techniczne	Wymogi graniczne	Tak/ Nie Oferowane parametry techniczne (opis)
I	WYMAGANIA OGÓLNE LAKTATORA SZPITALNEGO		
1.	Dwufazowy program odciągania pokarmu	TAK	
2.	Rytm pracy naśladujący rytm ssania niemowlęcia	TAK	
3.	Płynna regulacja siły ssania	TAK	
4.	Przystosowany do pracy ciągłej 24h/dobę	TAK	
5.	Uchwyt na butelki	TAK	
6.	Konstrukcja urządzenia zabezpieczająca przed przedostaniem się mleka do środka modułu (separacja mediów)	TAK	
II	POZOSTAŁE		
1.	Instrukcja obsługi w języku polskim (z dostawą)	TAK	
2.	Oprogramowanie w języku polskim	TAK	
3.	Gwarancja min. 24 miesięcy	TAK PODAĆ	
4.	Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat	TAK PODAĆ	
5.	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat.	TAK PODAĆ	
6.	Czas reakcji serwisu max. 72 godz.	TAK	
7.	Nieodpłatne przeglądy techniczne w okresie obowiązywania gwarancji urządzenia w ilości zalecanej w instrukcji użytkowania urządzenia.	TAK	

8.	Paszport techniczny wystawiony dla urządzenia	TAK	
9.	Uruchomienie i przeszkolenie personelu	TAK	

Uwaga : w kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty
Treść oświadczenia wykonawcy:

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.

2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

.....

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy

4
R

Załącznik nr 2 do zaproszenia

Pakiet 4 – Wózek transportowy do materiałów sterylnych

Tabela parametrów technicznych – Wózek transportowy do materiałów sterylnych - szt. 1

Nazwa urządzenia /model

Producent

Kraj pochodzenia

Rok produkcji (fabrycznie nowy):

L.p.	Minimalne wymagane parametry techniczne	Wymogi graniczne	Tak/ Nie Oferowane parametry techniczne (opis)
I	WYMAGANIA OGÓLNE Wózek transportowy do materiałów sterylnych		
1.	Wózek transportowy zamknięty	TAK	
2.	Wózek jedno drzwiowy	TAK	
3.	Drzwi wózka wyposażone w uszczelkę silikonową zamykane na zamek	TAK	
4.	Wózek o poj. 6 STE (6 jednostek wsadu)	TAK	
5.	Wózek na czterech kółkach (niebrudzących) w tym dwa obrotowe	TAK	
6.	Przy kółkach odboje boczne	TAK	
7.	Wózek wyposażony w rączkę umożliwiającą prowadzenie wózka	TAK	
8.	Wózek wyposażony w ramkę z szybą pleksi do wkładania etykiet adresowych	TAK	
9.	Wózek wykonany z blachy nierdzewnej nie gorszej niż 1.4301	TAK	
10.	Obciążenie wózka: nie mniej niż 300 kg	TAK	
II	POZOSTAŁE		
1.	Gwarancja min. 12 miesięcy	TAK PODAĆ	
2.	Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 5 lat	TAK PODAĆ	
3.	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 5 lat.	TAK PODAĆ	

9

12

Uwaga : w kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty
Treść oświadczenia wykonawcy:

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

.....
Pieczeńć i podpis osoby uprawnionej
do reprezentowania Wykonawcy

Pakiet 5 – Wirówka laboratoryjna

Tabela parametrów technicznych – Wirówka laboratoryjna – 1szt.

Nazwa urządzenia /model

Producent

Kraj pochodzenia

Rok produkcji (fabrycznie nowy):

L.p.	Minimalne wymagane parametry techniczne	Wymogi graniczne	Tak/ Nie Oferowane parametry techniczne (opis)
I	WYMAGANIA OGÓLNE Wózek transportowy do materiałów sterylnych		
1.	Komora wirowania wykonana ze stali nierdzewnej	TAK	
2.	Zakres obrotów: min. od 400 do 4 000 rpm, krok nie gorszy niż 100 rpm	TAK	
3.	Regulacja czasu wirowania: min. 1-59min, krok 1min.	TAK	
4.	Pojemność nie większa niż 500ml	TAK	
5.	Regulacja przyspieszenia RCF nie gorsza niż 2450 x g	TAK	
6.	Silnik bezobsługowy, indukcyjny	TAK	
7.	Wyświetlacz LCD/LED	TAK	
8.	Układ nastawiania parametrów wirowania manualny	TAK	
9.	Możliwość pracy w trybie krótkotrwałym	TAK	
10.	Zabezpieczenia	TAK	
a).	Sygnalizacja niewyważenia	TAK	
b).	Blokada pokrywy podczas wirowania	TAK	
c).	Blokada startu przy otwartej pokrywie	TAK	
d).	Awaryjne otwieranie pokrywy	TAK	
11.	Wirnik wyhyłowy, metalowy, kompletny umożliwiający wirowanie min. 16 probówek o wym. o 13,1x100mm	TAK	
12.	Zasilanie 230V-50/60Hz	TAK	
13.	Certyfikat CE oraz dla wyrobu medycznego	TAK	
II	Wyposażenie		
1.	Wirnik horyzontalny 4x100ml (max. RPM 4000) 1szt.	TAK	

9

10

2.	Pojemnik 100ml. - 4szt.	TAK	
3.	Wkładka redukcyjna 4x7 ml na probówki Vacutainer (13,1x100ml) - 4szt.	TAK	
III	POZOSTAŁE		
1.	Instrukcja obsługi w języku polskim (z dostawą)	TAK	
2.	Oprogramowanie w języku polskim	TAK	
3.	Gwarancja min. -24 miesiące	TAK PODAĆ	
4.	Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat	TAK PODAĆ	
5.	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat.	TAK PODAĆ	
6.	Czas reakcji serwisu max. 72 godz.	TAK	
7.	Nieodpłatne przeglądy techniczne w okresie obowiązywania gwarancji urządzenia w ilości zalecanej w instrukcji użytkowania urządzenia.	TAK	
8.	Paszport techniczny wystawiony dla urządzenia	TAK	
9.	Uruchomienie i przeszkolenie personelu	TAK	

Uwaga : w kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty
Treść oświadczenia wykonawcy:

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do dostarczenia aparatury spełniającej wyspecyfikowane parametry.

2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

.....
 Pieczęć i podpis osoby uprawnionej
 do reprezentowania Wykonawcy

9

10

Wzór UMOWY

zawarta w Sierpcu w dniu roku pomiędzy **Gminą Miasto Sierpc**, z siedzibą w Sierpcu przy ul. Piastowskiej 11A, NIP 776-167-90-49, zwaną dalej „**Zamawiającym**”, reprezentowaną przez:

..... –

..... –

przy kontrasygnacie Katarzyny Joniak – Skarbnika Miejskiego

a

.....

.....

.....

zwanym Wykonawcą, reprezentowanym przez:

1.

2.

na podstawie art. 4 pkt 8 ustawy Prawo zamówień publicznych z dnia 29 stycznia 2004 r. (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 2164 z późn. zm.) w wyniku rozstrzygniętego w dniu postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie zapytania ofertowego na **dostawę sprzętu medycznego na potrzeby Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sierpcu** o następującej treści:

§ 1.

PRZEDMIOT UMOWY

1. Przedmiot niniejszej umowy stanowi dostawa **sprzętu medycznego** szczegółowo opisanego w załączniku nr 1 do umowy.
2. Wykonawca zobowiązuje się do dostarczenia przedmiotu umowy do SPZZOZ w Sierpcu przy ul. Słowackiego 32. Koszty dostawy pokrywa Wykonawca.
3. Wykonawca oświadcza, że przedmiot umowy jest fabrycznie nowy, kompletny, oraz wolny od wad materiałowych.
4. Wykonawca oświadcza, że posiada kwalifikacje, wiedzę i umiejętności techniczne niezbędne do wykonania przedmiotu umowy.

§ 2.

TERMIN I WARUNKI ODBIORU

1. Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia przedmiotu umowy w terminie maksymalnie **do 4 tygodni** od dnia zawarcia niniejszej umowy.
2. Przyjęcie przedmiotu umowy nastąpi na podstawie dostarczonego wraz z przedmiotem umowy protokołu odbioru podpisanego przez upoważnionych przedstawicieli obu stron. Protokół odbioru będzie podstawą do wystawienia przez Wykonawcę faktury.
3. Jeżeli w toku czynności odbioru lub w trakcie używania przedmiotu umowy zostaną stwierdzone jego wady, to Zamawiający może żądać w tym zakresie dostarczenia nowego przedmiotu umowy wolnego od wad w terminie 7 dni od daty zgłoszenia przez Zamawiającego tej okoliczności lub może odstąpić od zakupu bez obowiązku odszkodowawczego.

§ 3.

WARUNKI PŁATNOŚCI

1. Za dostarczenie przedmiotu umowy Zamawiający zapłaci Wykonawcy kwotę netto w wysokości: zł, (słownie złotych:/100), stawka VAT:%, kwota brutto: w wysokości: zł, (słownie złotych:/100).

§ 4.

Strony ustalają następujące zasady rozliczenia za dostarczenie przedmiotu umowy:

1. Wykonawca wystawi po dokonanej dostawie przedmiotu umowy, potwierdzonej sporządzonym i podpisanym przez obie strony protokołem, fakturę na:

Gmina Miasto Sierpc ul. Piastowska 11A, 09-200 Sierpc, NIP 776-167-90-49.

2. Termin płatności faktury ustala się na najpóźniej 30 dni, licząc od dnia wystawienia.

3. Należność przysługująca Wykonawcy za wykonanie przedmiotu umowy będzie płatna przez Zamawiającego przelewem na konto bankowe Wykonawcy wskazane na fakturze.

4. Za datę zapłacenia faktury uważać się będzie datę złożenia polecenia przelewu do banku przez Zamawiającego.

§ 5.

WARUNKI GWARANCJI

1. Wykonawca udziela gwarancji na sprzęt medyczny będący przedmiotem umowy na okres miesięcy. Rozpoczęcie okresu gwarancji liczone będzie od daty końcowego odbioru przedmiotu umowy potwierdzonego protokołem odbioru, o którym mowa w § 2 ust. 2.

2. Odpowiedzialność z tytułu gwarancji, jakości obejmuje zarówno wady powstałe z przyczyn tkwiących w przedmiocie umowy w chwili dokonania ich odbioru przez Zamawiającego, jak i wszelkie inne wady fizyczne przedmiotu umowy, powstałe z przyczyn, za które Wykonawca lub inny gwarant ponosi odpowiedzialność, pod warunkiem, że wady te ujawnią się w ciągu terminu obowiązywania gwarancji.

3. Jeśli Wykonawca lub gwarant, po wezwaniu ich do wymiany przedmiotu umowy lub usunięcia wad i okazaniu dokumentu gwarancyjnego przez Zamawiającego, nie dopełni obowiązku wymiany przedmiotu umowy na wolny od wad lub usunięcia wad w drodze naprawy w terminie określonym między stronami, Zamawiający jest uprawniony do usunięcia wad w drodze naprawy na ryzyko i koszt Wykonawcy zachowując przy tym inne uprawnienia przysługujące mu na podstawie Umowy, a w szczególności roszczenia z tytułu rękojmi za wady fizyczne.

§ 6.

KARY UMOWNE

1. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną w przypadku:

a) odstąpienia przez Zamawiającego od umowy wskutek okoliczności, za które ponosi odpowiedzialność Wykonawca, w wysokości 10% kwoty netto określonej w § 3 ust. 1;

b) odstąpienia od umowy przez Wykonawcę z przyczyn niezależnych od Zamawiającego w wysokości 10% kwoty netto określonej w § 3 ust. 1;

c) nieterminowego dostarczenia przedmiotu umowy – za każdy dzień zwłoki, w wysokości 1% kwoty netto określonej w § 3 ust. 1;

d) zwłoki w usunięciu wad w przedmiocie umowy stwierdzonych przy odbiorze przedmiotu umowy lub wymiany na przedmiot umowy wolny od wad – za każdy dzień zwłoki, w wysokości 1% kwoty netto określonej w § 3 ust. 1.

2. Jeżeli kara umowna nie pokryje poniesionej szkody, strony mogą dochodzić odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych.

§ 7.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszelkie zmiany warunków umowy mogą nastąpić za zgodą stron wyrażoną pod rygorem nieważności na piśmie, w formie aneksu do niniejszej umowy.
2. Ewentualne spory mogące wynikać z realizacji niniejszej umowy, strony poddają rozstrzygnięciu właściwemu dla siedziby Zamawiającego Sądowi Powszechnemu.
3. Zabrania się cesji wierzytelności wynikających z niniejszej umowy na osoby trzecie.
4. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 8.

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, w tym jeden egzemplarz dla Wykonawcy i jeden egzemplarz dla Zamawiającego.

ZAMAWIAJĄCY:

WYKONAWCA: