

Tczew, dnia **10 grudnia 2012 r.**

Zapytanie ofertowe na zakup sprzętu medycznego do Ośrodka Zdrowia w Turze

I. ZAMAWIAJĄCY I WYKONAWCA

Zamawiającym jest:

Zespół Opieki Zdrowotnej "MEDICAL" Sp. z o.o.

ul. Parkowa12; 83-113 Turze

zarejestrowanym w Krajowym Rejestrze Sądowym pod numerem 0000182151,

NIP 593-22-68-465

REGON 192462421

Wykonawcą jest:

.....
.....
.....
.....

Ilekcóż w niniejszym zapytaniu ofertowym lub załącznikach jest mowa o **Wykonawcy** należy przez to rozumieć podmiot, do którego zostało skierowane niniejsze zapytanie lub który złoży ofertę w odpowiedzi niniejsze zapytanie ofertowe.

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest zakup sprzętu medycznego (aparatury):

Część 1- Aparat EKG– 1 szt.

Część 2- Zestaw spirometryczny - 1 szt.

Część 3- Automatyczny defibrylator zewnętrzny dwufazowy - 1 szt.

Część 4- Kardiotograf do monitorowania płodu dziecka - 1 szt.

III. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA



Termin wykonania przedmiotu zamówienia: **do dnia 31 stycznia 2013 roku.**

IV. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

Oferent powinien sporządzić ofertę w języku polskim na formularzu ofertowym załączonym do niniejszego zapytania (*załącznik nr 1*).

Oferta musi zawierać:

- 1) Pełną nazwę wykonawcy,
- 2) Adres lub siedzibę wykonawcy numer telefonu oraz numer NIP,
- 3) Wynagrodzenie za realizację zamówienia przedstawione jako wynagrodzenie netto, wynagrodzenie brutto - zawiera podatek VAT, który wykonawca jest zobowiązany obliczyć zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- 5) Termin związania ofertą: **30 dni od terminu otwarcia ofert.**
- 6) Oferta musi być podpisana przez osobę lub osoby uprawnione do występowania w obrocie prawnym w imieniu wykonawcy, przy czym podpis musi być czytelny lub opisany pieczętkami imiennymi.

V. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Ofertę należy złożyć osobiście lub w zamkniętej kopercie w siedzibie firmy **Zespół Opieki Zdrowotnej "MEDICAL" Sp. z o.o., Ul. Wojska Polskiego 5, 83-110 Tczew** w terminie **do dnia 28.12.2012 r. do godz. 9.00.**

Na kopercie należy zamieścić:

- nazwę i adres Zamawiającego (**Zespół Opieki Zdrowotnej "MEDICAL" Sp. z o.o., Ul. Wojska Polskiego 5, 83-110 Tczew**),
- nazwę i adres Wykonawcy,

-dopisek „*Oferta w odpowiedzi na zapytanie ofertowe na zakup sprzętu medycznego do Ośrodka Zdrowia w Turze*”

Cena jest wyrażona w PLN tj. z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

2. Komisyjne otwarcie i ocena ofert nastąpi w dniu **28.12.2012 r. o godz. 10:00** w siedzibie **ZOZ "MEDICAL" Sp. z o.o., Ul. Wojska Polskiego 5, 83-110 Tczew**
3. Oferty złożone po terminie będą zwrócone składającym bez otwierania.
4. Oferent może, przed upływem terminu składania ofert, zmienić lub wycofać ofertę.
5. **Możliwość składania ofert częściowych: TAK. Wykonawca może złożyć ofertę na wszystkie części zamówienia lub na jedną lub kilka z części. Każda część będzie oceniana pod kątem kryterium cena.**
6. W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od wykonawców wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.
7. **Błędy rachunkowe w ofercie będą usuwane bezpośrednio przez Zamawiającego bez wzywania Wykonawcy do poprawy.**



VI. OCENA OFERT

1. Zamawiający dokona oceny ważnych ofert na podstawie poniżej przedstawionych kryteriów oceny ofert:

- Cena ofertowa brutto – 100 % (100 pkt)

Punkty wyliczone będą w oparciu o wzór matematyczny:

$$C = (C_{min} / C_{of.}) \times 100$$

gdzie:

C_{min} – najniższa cena spośród wszystkich złożonych ofert,

$C_{of.}$ – cena badanej oferty,

C – ilość punktów za cenę przyznanych danej ofercie.

2. Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, której średnia ważona poszczególnych punktów będzie najwyższa. **Za podstawę do oceny będzie brana cena brutto.**

3. Liczba punktów, przyznana przez członków komisji dokonujących oceny, będzie stanowić końcową ocenę oferty.

4. Zamawiający zastrzega sobie również prawo do zamknięcia niniejszego postępowania przetargowego bez wyboru jakiegokolwiek oferty, o czym poinformuje niezwłocznie Wykonawców.

VII. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

Zawarcie umowy nastąpi nie później niż w terminie 30 dni od dnia wyboru najkorzystniejszej oferty, za wyjątkiem sytuacji opisanej w pkt VI. 4.

VIII. DODATKOWE INFORMACJE

Kontakt telefoniczny:

Tel / fax (058) 531 13 16/(058) 777 68 45

IX. ZAŁĄCZNIKI

Załącznik nr 1. Specyfikacja techniczna sprzętu medycznego.

Załącznik nr 2. Wzór formularza ofertowego.

Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego

Specyfikacja techniczna sprzętu medycznego (aparatury)

Nazwa urządzenia	Parametry techniczne/użytkowania	Liczba sztuk (zamówienia)
Część 1 - Aparat EKG	<ul style="list-style-type: none">- napięcie zasilania: 115V-230V, 50-60Hz- ekran dotykowy: TAK- rozdzielczość ekranu: min 320x240- klawiatura alfanumeryczna, funkcyjna i przyciski: TAK- kontrola kontaktu elektrody: TAK- rodzaj papieru: termiczny/ możliwość podłączenia do zewnętrznej drukarka- prędkość wydruku: 5, 10, 25, 50 mm/s- filtr zakłóceń sieciowych: TAK- filtr zakłóceń mięśniowych: TAK- filtr izolinii: TAK- tryb pracy: ręczny lub automatyczny- ochrona kardiostymulatora: TAK- możliwość ustawienia profili: TAK- możliwość połączenia z drukarką: TAK- możliwość rozbudowy: TAK- gwarancja: 36 miesięcy- urządzenie do transportu EKG: TAK- wykonawca zapewni przeszkolenie pracowników w obsłudze aparatu EKG	1 szt.
Część 2 - Zestaw spirometryczny	<ul style="list-style-type: none">- Zakres przepływu (l/s): max 16 l/s (wdech/wydech))- Zakres objętości (l): od 0,025 do 8l- Opór przepływu: max 79Pa / l / s- Czujnik temperatury: +10°C do +40°C- Czujnik ciśnienia barometrycznego: 700-1200hPa,- Czujnik wilgotności względnej: od 0 do 100% wilgotności,- Przenośny: TAK- Automatyczny: TAK- Spirometria natężona: TAK- Spirometria swobodna: TAK- Pamięci aparatu: TAK- Konfigurowalny protokół wyników : TAK- Wejście USB: TAK- Akcesoria (walizka na akcesoria, przepływomierz z kablem łączącym, zestaw sensorów z plastikowymi ustnikami, zacisk na nos): TAK- Zasilanie sieciowe: Napięcie 90 - 264 V- Gwarancja: 36 miesięcy	1 szt.



Część 3 - Automatyczny defibrylator zewnętrzny dwufazowy	<ul style="list-style-type: none">-Automatyczny defibrylator zewnętrzny dwufazowy z monitorem: TAK-Dwufazowy: TAK-Czas ładowania; do 30 sekund-Monitor: TAK - LCD-Technologia defibrylacji prądem kontrolowanym-Prosta intuicyjna obsługa: TAK-Szybki czas gotowości pracy: poniżej 15 sekund-Odporność na wstrząsy: TAK-Komunikacja: w języku polskim-Pamięć: TAK-Zasilanie bateryjne: sieciowe, akumulatorowe-Zasilanie sieciowe: Napięcie 90 - 264 V- Gwarancja: 36 miesięcy	1 szt.
Część 4 - Kardiotograf do monitorowania płodu dziecka	<ul style="list-style-type: none">-Kardiotokograf do monitorowania płodu: TAK-Ekran numeryczny: TAK-Funkcja analizy zapisu KTG: TAK-W zestawie: co najmniej 2 sondy,-Zasilacz: TAK-Papier: rolka 216mm / 25m.-Prezentacja pomiarów na ekranie: TAK-Możliwość ustawiania, regulacji parametrów badania (dolnych i górnych granic alarmu czynności serca, ustawienia daty, czasu i kontrastu wydruku): TAK-Zasilanie sieciowe: Napięcie 90 - 264 V-Gwarancja: 36 miesięcy	1 szt.



Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego

(pieczęć wykonawcy)

**Zamawiający:
Zespół Opieki Zdrowotnej
"MEDICAL" Sp. z o.o.**

**Ul. Wojska Polskiego 5,
83-110 Tczew**

**OFERTA
W ODPOWIEDZI NA ZAPYTANIE OFERTOWE NA
ZAKUP SPRZĘTU MEDYCZNEGO (APARATURY) DO OŚRODKA ZDROWIA W TURZE –**

Pełna nazwa wykonawcy, Adres lub siedziba wykonawcy	
Przedmiot zamówienia:	<p>Zakup sprzętu medycznego (aparatura):</p> <p>Część 1- Aparat EKG – 1 szt. -netto PLN,.....brutto PLN</p> <p>Część 2 - Zestaw spirometryczny - 1 szt. -netto PLN,brutto PLN</p> <p>Część 3 - Automatyczny defibrylator zewnętrzny dwufazowy - 1 szt.netto PLN,.....brutto PLN</p> <p>Część 4 - Kardiotograf do monitorowania płodu dziecka - 1 szt.netto PLN,brutto PLN</p>
Termin realizacji przedmiotu zamówienia:	do dnia 31 stycznia 2013 roku
Cena netto/brutto: (z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku)	<p>Łączna cena netto:PLN</p> <p>Łączna cena brutto:PLN</p>
Gwarancja	36 miesięcy od czasu zakończenia wszystkich prac (przyjęcia protokołu odbioru końcowego)
Termin związania ofertą:	30 dni od terminu otwarcia ofert.

* niewłaściwe skreślić

.....
Miejscowość i data

.....
(imię i nazwisko uprawnionej)

.....
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej)