

ZAPROSZENIE DO ZŁOŻENIA OFERTY
do 30.000 euro

Zamawiający :

Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki
im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu
ul. Al. Jana Pawła II 10
22-400 Zamość
tel. (84) 677 33 33
fax (84) 638 66

Zaprasza do złożenia oferty
na dostawę aparatu do krioterapii

kod CPV: 33.155.000-1

I. Określenie przedmiotu zamówienia .

Przedmiotem zamówienia jest dostawa aparatu do krioterapii na ciekły azot - 1 szt .

Poniżej podajemy szczegółowy opis przedmiotu zamówienia :

Lp.	Parametry wymagane	Wymaganie graniczne	Wartość oferowana (podać zakresy lub opisać)
1.	Urządzenie fabrycznie nowe , 2014 rok produkcji Producent Model/typ Kraj pochodzenia	TAK podać	
2.	Aparat krioterapeutyczny ze zbiornikiem min. 12 litrowym służący do miejscowego wychładzania powierzchni ciała pacjenta	TAK	
3.	Chłodzenie strumieniem par azotu o temperaturze u wylotu dyszy – 160 st.C	TAK	
4.	Regulacja intensywności nadmuchu	TAK	
5.	Wyświetlacz LED	TAK	
6.	Urządzenie mobilne na kółkach	TAK	
7.	Zasilanie 230 V , 50 Hz	TAK	
8.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	TAK	
9.	Okres gwarancji 24 miesiące	TAK	

Wymogiem jest aby wartości podane w kolumnie „Parametr oferowany” były zgodne z danymi zawartymi w oficjalnym dokumencie przedstawiającym dane techniczne .Zamawiający ma prawo wystąpić do Wykonawcy o udostępnienie takiego dokumentu celem weryfikacji w wyznaczonym przez siebie terminie. Niespełnienie tego wymagania spowoduje odrzucenie oferty jako niezgodnej z treścią zaproszenia .

II. Wymagany przez Zamawiającego termin realizacji zamówienia: do 7 dni licząc od daty zamieszczenia na stronie internetowej informacji o wyborze oferty .

III. Sposób sporządzenia oferty:

1. Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę.

2. Oferta musi zawierać wypełniony „Formularz oferty wykonawcy„ (zgodny w treści z przedstawionym wzorem) oraz n/w dokumenty:

- 2.1 „Formularz oferty cenowej„ ,
- 2.2 Charakterystykę techniczno-jakościową oferowanego przedmiotu zamówienia zawierającą minimum dane na temat wymaganych parametrów technicznych określonych w opisie przedmiotu zamówienia z podaniem producenta , kraju pochodzenia oraz nazwy handlowej,
- 2.3 Deklarację wytwórcy (deklaracja zgodności CE) o spełnieniu wymagań zasadniczych , certyfikat jednostki notyfikowanej dla oferowanego przedmiotu zamówienia zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych .
- 2.4 Aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
- 2.5 Pełnomocnictwo do podpisania oferty, o ile prawo do podpisania oferty nie wynika z innych dokumentów złożonych wraz z ofertą.

3. Każdy dokument składający się na ofertę musi być czytelny.

4. Oferta musi być podpisana przez Wykonawcę- zgodnie z zasadami reprezentacji wskazanymi we właściwym rejestrze lub ewidencji działalności gospodarczej. Jeżeli osoba podpisująca ofertę działa na podstawie pełnomocnictwa, to musi ono w swojej treści wyraźnie wskazywać uprawnienie do podpisania oferty. Dokument pełnomocnictwa musi zostać złożony jako część oferty.

5. Oferta musi być sporządzona w języku polskim.

6. Zaleca się, aby:

- 6.1. strony oferty były kolejno ponumerowane,
- 6.2. formularz cenowy nie był sporządzony odręcznie.
7. Ofertę należy umieścić w zamkniętej kopercie, uniemożliwiającej odczytanie jej zawartości bez uszkodzenia. Koperta winna być oznaczona nazwą i adresem Wykonawcy, zaadresowana:

**Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki
im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu
ul. Al. Jana Pawła II 10
22-400 Zamość**

i opisana: Oferta na dostawę Nie otwierać przed **11.06.2014 do godz 13.00**

8. Przed upływem terminu składania ofert Wykonawca może wprowadzić zmiany do złożonej oferty lub ją wycofać. Zarówno zmiana jak i wycofanie oferty winny być doręczone Zamawiającemu na piśmie pod rygorem nieważności przed upływem terminu składania ofert.

IV. Miejsce i termin składania ofert.

1. Wykonawca składa ofertę w siedzibie Zamawiającego w pok. 248 (Kancelaria Szpitala), w terminie do dnia **11.06.2014 do godz. 12.00.**
2. Oferta otrzymana przez Zamawiającego po terminie składania ofert zostanie niezwłocznie zwrócona Wykonawcy.

V. Udzielanie wyjaśnień dotyczących zaproszenia do złożenia ofert.

1. Wykonawca może zwrócić się do Zamawiającego z prośbą o wyjaśnienie treści zaproszenia do złożenia ofert. Zamawiający niezwłocznie zamieści odpowiedź na swojej stronie internetowej (w zakładce do 30.000 euro).
2. Pytania należy kierować na adres:

Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki
im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu

ul. Al. Jana Pawła II 10
22-400 Zamość
Fax (84)638 66 69

3. Do kontaktowania się z Wykonawcami Zamawiający wyznacza n/w osoby:

- w sprawach merytorycznych : mgr Andrzej Molas tel. 84 677 3825 i mgr inż. Anna Skrok tel. (84) 677 3275,
- w sprawach formalnych - mgr inż. Maria Rewa-Chowaniak tel. 84 677 32 80 .

VI. Miejsce i termin otwarcia ofert.

1. Oferty zostaną otwarte w siedzibie Zamawiającego w pokoju nr 210, w dniu **11.06.2014 o godz. 13.00**
2. Otwarcie ofert jest jawne.
3. Bezpośrednio przed otwarciem ofert Zamawiający poda kwotę jaką zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia.
4. W trakcie otwarcia ofert Zamawiający odczyta nazwę i adres Wykonawcy oraz informacje dotyczące ceny oferty.

VII. Kryteria wyboru oferty najkorzystniejszej

1. Poniżej podajemy kryterium wyboru ofert:

Cena – **100 %**

W kryterium ceny ilość punktów będzie liczona wg poniższego wzoru:

najniższa cena oferty brutto

Ilość punktów oferty ocenianej = cena brutto oferty ocenianej x 100

2. Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która otrzyma największą ilość punktów za kryterium cena.
3. W przypadku wpłynięcia jednej oferty niepodlegającej odrzuceniu Zamawiający nie będzie dokonywał oceny punktowej.
4. Jeżeli nie będzie można dokonać wyboru oferty najkorzystniejszej ze względu na to, że zostały złożone dwie lub więcej ofert o takiej samej cenie, Zamawiający wezwie Wykonawców, którzy złożyli te oferty, do złożenia w wyznaczonym terminie ofert dodatkowych.

VIII. Udzielenie zamówienia

1. Zamawiający udzieli zamówienia Wykonawcy, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą.
2. Wynik rozstrzygnięcia postępowania zostanie umieszczony na stronie internetowej Zamawiającego.
3. Informacja będzie zawierać nazwę i adres Wykonawcy oraz cenę brutto oferty najkorzystniejszej .
4. Po wyborze najkorzystniejszej oferty, Zamawiający wyśle do Wykonawcy umowę w celu jej podpisania.
5. Wykonawca, który złożył ofertę najkorzystniejszą będzie zobowiązany do podpisania umowy wg wzoru przedstawionego przez Zamawiającego i na określonych w niej warunkach .

IX. Unieważnienie postępowania.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do niedokonania wyboru żadnej oferty bez podania przyczyny.

Dyrektor
Samodzielnego Publicznego Szpitala
Wojewódzkiego im. Papieża Jana Pawła II
w Zamościu
(-) lek.med. Andrzej Mielcarek

OFERTA WYKONAWCY

Dane dotyczące Wykonawcy :

Dane dotyczące Zamawiającego :

Nazwa :

Nazwa : Samodzielny Publiczny Szpital
Wojewódzki im Papieża Jana Pawła

II

Siedziba (dokładny adres) :

Adres : ul. Aleje Jana Pawła II 10
22-400 Zamość

Numer telefonu :

Numer telefonu : (84) 677 33 33

Numer faxu :

Numer faxu : (84) 638 66 69

Numer NIP :

Numer NIP : 922-22-92-49

1. Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty (numer sprawy : AG-Z.2150-23/ 1/2014) na dostawę oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:
 - a) netto :zł (słownie :złotych)
 - b) stawka podatku VAT : %
 - c) brutto :zł
(słownie :złotych) .
2. Oświadczam , że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń .
3. Oświadczam , że zapoznałem się i akceptuję postanowienia zawarte w projekcie umowy .
4. Oświadczam , że dostarczę przedmiot zamówienia w terminie licząc od daty zamieszczenia na stronie internetowej informacji o wyborze oferty (maksymalny wymagany przez Zamawiającego – 7 dni) .
5. Oferuję termin płatnościdni licząc od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT (minimalny wymagany przez Zamawiającego – 60 dni) .
6. Oświadczam , że oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów (poza materiałami eksploatacyjnymi).
7. Na oferowany przedmiot udzielammiesiący pełnej gwarancji licząc od daty podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego (min. wymagany przez Zamawiającego okres to 24 miesiące).
8. Warunki gwarancji:
 - czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w okresie gwarancji nie dłużej niż 3 dni robocze w przypadku naprawy niewymagającej wymiany części i do 7 dni, gdy zaistnieje konieczność sprowadzenia części zamiennych z zagranicy
 - czas przystąpienia do naprawy nie dłużej niż 48 h w dni robocze
 - graniczny czas naprawy po przekroczeniu którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji(max 7 dni roboczych)

- liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany na nowy element/podzespół/urządzenie(max. ilość napraw dopuszczonych przez Zamawiającego – 3)
- siedziba autoryzowanego serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego na terenie Polski, upoważnionego do wykonywania działań serwisowych

adres.....
.....
.....
.....

9. Oświadczam, że w ramach oferowanej gwarancji będą wykonywane przeglądy zalecane przez producenta . Wszystkie koszty związane z wykonaniem przeglądu przeprowadzanego zgodnie z wymogami producenta odbywać się będą na koszt Wykonawcy. Podać ilość przeglądów.....
10. Oświadczam , że wraz z dostawą dostarczę instrukcję obsługi w języku polskim zawierającą zapisy dotyczące bezpieczeństwa użytkownika i bezpieczeństwa pacjenta.
11. Oświadczam, że bezpośredni użytkownicy zostaną przeszkoleni w zakresie obsługi przedmiotu zamówienia.
12. Załącznikami do niniejszego formularza oferty wykonawcy stanowiącymi jej integralną część są :
 - a) oferta cenowa ,
 - b) aktualny odpis z właściwego rejestru wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem składania ofert ,
 - c) pełnomocnictwo w oryginale bądź notarialnie poświadczone w przypadku podpisania niniejszej oferty przez pełnomocnika ,
 - d) charakterystyka oferowanego urządzenia ,
 - e) deklaracja zgodności CE o spełnieniu wymagań zasadniczych , certyfikat jednostki notyfikowanej dla oferowanego przedmiotu zamówienia zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych .

.....dnia.....

.....
(podpis osoby uprawnionej lub upoważnionej *)

* *niepotrzebne skreślić*

.....
(pieczęć Wykonawcy)

OFERTA CENOWA

Lp.	Asortyment	Ilość w szt	Cena jedn netto (w PLN)	Stawka podatku VAT (w %)	Cena jedn brutto (w PLN)	Łączna cena netto (w PLN)	Łączna cena brutto (w PLN)	Producent
1	2	4	5	6	7	8	9	10
1.								
X	Razem	X	X	X	X			X

Wartość brutto (słownie).....

.....
(podpis osoby uprawnionej lub upoważnionej *)

* niepotrzebne skreślić