

**ZAPROSZENIE DO ZŁOŻENIA OFERTY
do 14.000 euro**

Zamawiający :

Samodzielny Publiczny
Szpital Wojewódzki
im. Papieża Jana Pawła II
ul. Al. Jana Pawła II 10
22-400 Zamość
tel. (84) 677 33 33
fax (84) 638 66 69

**Zaprasza do złożenia oferty
na dostawę :
sprzętu i udogodnień rehabilitacyjnych
CPV - 33.10.00.00-01**

I. Określenie przedmiotu zamówienia.

1. Drabinka przyłóżkowa – **5 szt**

Gwarancja: 12 miesięcy

2. Podnózek plastikowy z rączką - **5 szt**

wymiary: wysokość 24 cm

szerokość 35 cm

długość 25 cm

Gwarancja: 12 miesięcy

3. Balkonik rehabilitacyjny krocząco stały,składany z regulacją wysokości - **1 szt**

wymiary :

szerokość 52 cm

głębokość 43 cm

wysokość min 81 cm

wysokość max 99 cm

Gwarancja: 24 miesięcy

4. Balonikowy czterokołowy z siedziskiem - **1 szt**

max szerokość 50 cm

max głębokość 66 cm

regulacja wysokości za pomocą uchwytów od 82 cm do 95 cm

Gwarancja: 24 miesięcy

5. Balonikowy czterokołowy - **1 szt**

obciążenie do 100 kg, regulowana wysokość

rozmiar:

wysokość min 77cm, wysokość max 85cm , przód 32 cm

Gwarancja: 24 miesięcy

6. Balonik z podparciem łokciowym - **1 szt**

model z czterema kółkami i podparciem łokciowym

wysokość regulowana :102 do 112 cm

Gwarancja: 24 miesiące

7. Laska inwalidzka regulowana - **2 szt**

Posiadająca 1 punkt podparcia zakończony nasadką z tworzywa sztucznego.

Wykonana z elementów metalowych łączonych z tworzywami sztucznymi, posiadająca możliwość skokowej bądź bezstopniowej regulacji wysokości, co pozwala na korzystanie użytkownikom o wzroście 155 do 185 cm

Gwarancja: 12 miesięcy

8. Hand master trener dłoni – **3 szt**

piłeczka niebieska , opór słaby, 1x gumka żółta

piłeczka czerwona , opór średni, 1x gumka czarna

piłeczka pomarańczowa , opór mocny, 1x gumka szara

Gwarancja: 12 miesięcy

9. Osprzęt do kabiny PUR

– podwieszka klatki piersiowej 820mm x 300mm

– Pas do wyciągu za miednicę 1330mm x 170mm

Gwarancja: 12 miesięcy

10. Balkonik czterołożowy typu ambona(miękkie podłokietniki z możliwością płynnej regulacji wysokości, płynnie regulowany kąt uchwytów oraz ich długość, kółka tylne z hamulcem) – **1 szt**

Gwarancja: 24 miesiące

11. Klin stabilizujący podłożenie ciała w nachyleniu 30 stopni

- lewostronny 60cm x 30cm –12 – 1 szt.

18cm x 12 cm – 40 – 1 szt.

- prawostronny 60cm x 30cm –12 – 1 szt.

18cm x 12 cm – 40 – 1 szt.

Gwarancja: 12 miesięcy

12. Klin rehabilitacyjny o wymiarach

- 30cm x 12cm x 20 cm – **4 szt**

- 30cm x 20cm x 16 cm – **4 szt**

Gwarancja: 12 miesięcy

13. Trener dłoni „Relax” śr. 6x9 cm średniotwardy niebieski – **4 szt**

Gwarancja: 12 miesięcy

14. Krążek przeciwdoleżynowy silikonowy o wymiarach:

- 15cm x 5 cm – **1 szt**

- 20cm x 6 cm – **1 szt**

Podkłady przeciwdoleżynowe pod pięty dla dorosłych silikonowe – **2 kpl**

Gwarancja: 12 miesięcy

15. Poduszka przeciwdoleżynowa z otworem 45cm x 45 cm, średnica otworu 15-20 cm – **4 szt**

Gwarancja: 12 miesięcy

16. Poduszka o wymiarach 40cm x 40 cm wypełniona granulatem styropianowym i wykonana z materiału paraprzepuszczalnego – **4 szt**

Gwarancja: 12 miesięcy

17. Taśma rehabilitacyjna Thera-Band 2,5 m opór słaby (żółta) – **2 szt**

Gwarancja: 12 miesięcy

18. Aparat do masażu wibracyjnego – Aqwavibron – **1 szt**

Opis przedmiotu:

- a) Możliwość wykonania masażu zarówno w wodzie , jak i na sucho.
b) Możliwość podłączenia do instalacji wodociągowej (do kranów o różnych kształtach i wymiarach o średnicy od 12 do 45 mm).
c) Wyposażenie:
- głowica wibracyjna
- dwa węże o dł. min. 1,5 m
- tulejka z rozdzielaczem
- min. 10 membran gumowych o różnych kształtach

Gwarancja: 24 miesięcy

Ofertę można złożyć na całość przedmiotu zamówienia lub na każdą pozycję oddzielnie (oferta częściowa).

II. Wymagany przez Zamawiającego termin realizacji: do 14 dni od daty wysłania zamówienia .

III. Sposób sporządzenia oferty

1. Oferty należy złożyć w jednej zamkniętej kopercie w siedzibie Zamawiającego – pokój 248 (Kancelaria Szpitala).
2. Na kopercie należy umieścić nazwę i adres Zamawiającego oraz zapis „Dostawa sprzętu i udogodnień rehabilitacyjnych”.
3. Oferta musi być podpisana przez wykonawcę tj. osobę uprawnioną do reprezentowania firmy (zgodnie z wpisami do akt rejestrowych) bądź osobę upoważnioną przez wykonawcę na piśmie.

IV. Oferta musi zawierać następujące dokumenty i informacje:

1. Formularz „Oferty Wykonawcy,, (wg załączonego wzoru- zał. Nr 1), - dla każdej pozycji oddzielnie .
2. Ofertę cenową (dla każdego zadania oddzielnie) przygotowaną w następujący sposób: asortyment, ilość, cena jednostkowa netto (bez podatku VAT), stawka podatku VAT, cena jednostkowa brutto (cena jednostkowa netto powiększona o stawkę VAT), łączna cena netto pozycji – bez podatku VAT (wynik mnożenia ceny jednostkowej bez podatku VAT przez ilość), łączna cena brutto pozycji – z podatkiem VAT (łączna cena netto pozycji powiększona o VAT), producent. Cena ostateczna za całość przedmiotu zamówienia (suma cen łącznych) musi być podana w wartości netto (bez podatku VAT) i wartości brutto (z podatkiem VAT). Ceny muszą być wyrażone w złotych polskich zgodnie z obowiązującym systemem monetarnym (zaokrąglone do dwóch miejsc po przecinku), łączna cena musi być wyrażona cyfrą i słownie. Zamawiający informuje, że rozliczenia między Zamawiającym a Wykonawcą

będą prowadzone tylko w złotych polskich.

3. Deklarację wytwórcy (deklaracja zgodności CE) o spełnieniu wymagań zasadniczych, certyfikat jednostki notyfikowanej dla oferowanego przedmiotu zamówienia zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych.
4. Szczegółową charakterystykę oferowanego przedmiotu zamówienia (ulotka, folder, opis itp.) z jednoczesnym podaniem producenta i numeru katalogowego, zawierającą minimum informacje podane w opisie przedmiotu zamówienia .

V. Termin złożenia oferty : 02 kwietnia 2014r.

VI. Osobami uprawnionymi do kontaktów z Wykonawcami są:

- w sprawach merytorycznych:

mgr Małgorzata Rycyk (dot. pozycji Nr 1 do 10)

tel. (84) 677 3624

mgr Maria Artymiak (dot. pozycji Nr 11 do 17)

tel. (84) 677 3580

mgr inż. Anna Skrok (dot. pozycji Nr 18)

tel. (84) 677 32 75

-sprawach formalnych:

inż. Mirosław Piasecki

tel. (84) 677 3279

VII. Przy wyborze oferty Zamawiający będzie kierował się kryterium: cena – 100 % .

VIII. Cena podana przez Wykonawcę nie może ulec podwyższeniu do czasu wykonania zamówienia.

IX. Informacja o wyborze ofert zostanie umieszczona na stronie internetowej Szpitala.

Po wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający wyśle do Wykonawcy(ów) zamówienie(a) .

Załączniki:

1. Formularz oferty Wykonawcy
2. Formularz oferty cenowej

DYREKTOR
SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO SZPITALA
WOJEWÓDZKIEGO
im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu

lek. med. Andrzej Mielcarek

OFERTA WYKONAWCY
pozycja nr

Dane dotyczące Wykonawcy:

Dane dotyczące Zamawiającego:

Nazwa:

Nazwa: Samodzielny Publiczny Szpital
Wojewódzki im Papieża Jana Pawła II
Adres: ul. Aleje Jana Pawła II 10
22-400 Zamość

Siedziba (dokładny adres):

Numer telefonu :

Numer telefonu: (84) 677 33 33

Numer faxu :

Numer faxu: (84) 638 66 69

Numer NIP :

Numer NIP: 922-22-92-491

Zobowiązania wykonawcy:

1. Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty (numer sprawy: AG-Z.2150-44/ 2 /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. Oferuję termin płatności dni licząc od daty otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT (minimalny wymagany przez Zamawiającego – 60 dni).
4. Oświadczam , że na oferowany sprzęt / udogodnienia rehabilitacyjne udzielę miesięcy gwarancji licząc od daty dostawy (minimalny wymagany przez Zamawiającego – określony w **I punkcie zaproszenia.**).
5. Oświadczam, że oferowany asortyment spełnia warunki techniczne podane w **I punkcie zaproszenia.**
3. Oświadczam, że oferowane przedmioty zamówienia są kompletne i będą gotowe do pracy zgodnie z ich przeznaczeniem, bez dodatkowych zakupów.
4. Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia wymogi określone w ustawie o wyrobach medycznych dnia 20 maja 2010r. i jest dopuszczony do używania na terenie Polski.
5. Oświadczam, że wraz z dostawą Aqwavibronu dostarczę instrukcje obsługi w języku polskim (dotyczy pozycji nr 18)
6. Oświadczam, że w ramach oferowanej gwarancji będą wykonywane przeglądy zalecane przez producenta (dotyczy pozycji nr 18):
 - a) Podać zalecaną częstotliwość wykonywania przeglądów.....
 - b) Podać graniczny czas naprawy po przekroczeniu którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji(max 7 dni roboczych)

c) Podać liczbę napraw pogwarancyjnych uprawniająca do wymiany na nowy element/podzespół/urządzenie.....(max, ilość napraw dopuszczonych przez Zamawiającego - 3)

Wszystkie czynności związane z wykonaniem przeglądu odbywać się będą na koszt Wykonawcy.

7. Załączniki:

- oferta cenowa,
- szczegółowa charakterystyka oferowanego przedmiotu zamówienia ,
- deklaracja wytwórcy (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

Pozycja nr.....

Nr poz. zam.	Asortyment/nr kat.	j.m.	Ilość	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	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Drabinka przyłóżkowa	Szt.	5						
2	Podnózek plastikowy z rączką	Szt.	5						
3	Balkonik rehabilitacyjny krocząco stały, składany z regulacją wysokości	Szt.	1						
4	Balonikowy czterokołowy z siedziskiem	Szt.	1						
5	Balonikowy czterokołowy	Szt.	1						
6	Balonik z podparciem łokciowym	Szt.	1						
7	Laska inwalidzka regulowana	Szt.	2						
8	Hand master trener dłoni	Szt.	3						
9	Osprzęt do kabiny PUR: - podwieszka klatki piersiowej 820mmx300mm - Pas do wyciągu za miednicę 1330mmx170mm	Szt.	1						
		Szt.	1						
10	Balkonik czterokołowy typu ambona	Szt.	1						
11	Klin stabilizujący podłożenie ciała w nachyleniu 30 stopni: - lewostronny 60cm x 30cm – 12 18cm x 12 cm – 40 - prawostronny 60cm x 30cm – 12 18cm x 12 cm – 40	Szt.	1						
		Szt.	1						
		Szt.	1						
		Szt.	1						
12	Klin rehabilitacyjny o wymiarach: - 30cm x 12cm x 20 cm - 30cm x 20cm x 16 cm	Szt.	4						
		Szt.	4						
13	Trener dłoni „Relax”	Szt.	4						
14	Krażek przeciwodleżynowy silikonowy o wymiarach: - 15cm x 5 cm - 20cm x 6 cm Podkłady przeciwodleżynowe pod pięty dla dorosłych silikonowe	Szt.	1						
		Szt.	1						
		Kpl.	2						
15	Poduszka przeciwodleżynowa	Szt.	4						
16	Poduszka o wymiarach 40cm x 40 cm	Szt.	4						
17	Taśma rehabilitacyjna Thera-Band	Szt.	2						
18	Aparat do masażu wibracyjnego – Aqwavibron	Szt.	1						

Wartość brutto (słownie).....

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

- *niepotrzebne skreślić*