

**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 wraz z montażem aparatu stomatologicznego rtg**

kod CPV: 33.111.300-4

**I. Określenie przedmiotu zamówienia .**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa wraz z montażem aparatu rentgenowskiego do zdjęć wewnątrzustnych wraz z systemem radiografii cyfrowej - 1 szt .  
Poniżej podajemy szczegółowy opis przedmiotu zamówienia :

*Zakup wraz z dostawą i montażem aparatu rentgenowskiego do zdjęć wewnątrzustnych wraz z systemem radiografii cyfrowej - 1 szt.*

Lp.	Parametry wymagane	Wymaganie graniczne	Wartość oferowana (podać zakresy lub opisać)
	Urządzenie fabrycznie nowe min. 2013 rok produkcji Producent Model/typ Kraj pochodzenia	TAK podać	
	<b>Aparat rtg punktowy</b>		
1.	Częstotliwość generatora min. 200 kHz	TAK	
2.	Wielkość ogniska max 0,7 mm	TAK	
3.	Zasięg ramienia – min. 180 cm	TAK	
4.	Napięcie anodowe 60kV lub 70 kV	TAK	
5.	Prąd anodowy w zakresie od 4mA do 7mA	TAK	
6.	Współpraca z czujnikami cyfrowymi RVG	TAK	
7.	Możliwość automatycznego doboru parametrów ekspozycji dla wszystkich zębów	TAK	
8.	Wybór pacjenta w zależności od wieku i grubości struktury kostnej	TAK	
9.	Możliwość bezprzewodowego wyzwolenia ekspozycji	TAK	
10.	Mocowanie aparatu do ściany	TAK	
	<b>Radiowizjografia</b>		
11.	Przetwornik w technologii CMOS	TAK	
12.	Rozdzielczość realna obrazu min. 14 pl/mm	TAK	
13.	Wymiary zewnętrzne czujnika 27x37mm ±2 mm	TAK	
14.	Powierzchnia aktywna matrycy min. 22x30 mm ±2 mm	TAK	
15.	Czujnik podłączany do portu USB	TAK	
16.	Wodoszczelna obudowa	TAK	
17.	Czujnik przystosowany do współpracy z osłonkami jednorazowymi	TAK	
18.	Zestaw pozycjonerów do wykonywania zdjęć metodą kąta prostego	TAK	

19.	Oprogramowanie do przetwarzania i archiwizacji w języku polskim wraz z licencją , zainstalowane na dostarczonym laptopie.	TAK	
20.	Komputer typu laptop (parametry minimalne): wyświetlacz LCD TFT 15" , procesor dwurdzeniowy, pamięć 4GB, HDD 500 GB, nagrywarka DVD, Windows 8	TAK	
<b>Pozostałe wymagania</b>			
21.	Wykonanie i dostarczenie testów odbiorczych (akceptacyjnych).	TAK	
22.	Szkolenie personelu z obsługi aparatu	TAK	
23.	Opracowanie projektu ochrony radiologicznej dla wskazanego miejsca instalacji aparatu	TAK	
24.	Gwarancja na oferowany aparat min. 24 m-cy	TAK	

Wymogiem jest aby wartości podane w kolumnie „Parametr oferowany” były zgodne z danymi zawartymi w oficjalnym dokumencie przedstawiającym dane techniczne np. Product Data. 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 SIWZ.

**II. Wymagany przez Zamawiającego termin realizacji zamówienia: do 14 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 **09.06.2014 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 **09.06.2014 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 : lek.stom. Marcin Mielcarek tel. 84 677 33 12 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 **09.06.2014 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:

$$\text{Ilość punktów oferty ocenianej} = \frac{\text{najniższa cena oferty brutto}}{\text{cena brutto oferty ocenianej}} \times 100$$

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 :

Nazwa : .....

II

Siedziba ( dokładny adres ) : .....

Numer telefonu : .....

Numer faxu : .....

Numer NIP : .....

### Dane dotyczące Zamawiającego :

Nazwa : Samodzielny Publiczny Szpital  
Wojewódzki im Papieża Jana Pawła

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

Numer telefonu : (84) 677 33 33

Numer faxu : (84) 638 66 69

Numer NIP : 922-22-92-49

1. Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty ( numer sprawy : AG-Z.2150-44/ 5/2014 ) 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 – **14 dni** ) .
5. Oferuję termin płatności .....dni 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 udzielam .....miesiący 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 ( min. jeden przegląd w roku ). 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. Oświadczam, że zostanie przeprowadzone szkolenie serwisowe w siedzibie Zamawiającego dla Pracowników Działu Inżynierii Klinicznej z wykonywania podstawowych czynności serwisowych potwierdzone wydaniem zaświadczenia.
13. Oświadczam , że wraz z dostawą aparatu dostarczę opracowany projekt ochrony radiologicznej dla wskazanego miejsca instalacji aparatu .
14. Oświadczam , że w terminie 10 dni od daty dostawy aparatu wykonam i dostarczę testy odbiorcze ( akceptacyjne ) .
15. 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 poświadczony 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