



KRAPKOWICKIE CENTRUM ZDROWIA Sp. z o.o.



KCZ/ORG/ZM/67/06/2020

Krapkowice, dnia 12.06.2020r.

Zaproszenie do składania ofert

Zapraszamy do udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie **zapytania ofertowego** na:
„Dostawę sprzętu medycznego w ramach Projektu pt. „Opolska Mama i Dziecko (region południowy)”, znak sprawy ZO/5/2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Budżetu Państwa w ramach osi priorytetowej VIII Integracja społeczna Działanie 8.1 – Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 201-2020 (RPO WO 214-2020).

I. ZAMAWIAJĄCY

Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.
Os. XXX lecia 21, 47 – 303 Krapkowice
tel. 77 44 67 228; e-mail: sekretariat@kcz.krapkowice.pl
NIP: 1990080635
strona internetowa: www.kcz.krapkowice.pl
strona internetowa projektu: www.opolskamamaidziecko.pl

II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa sprzętu medycznego w ramach Projektu: "Opolska Mama i Dziecko (region południowy) z podziałem na 4 części zamówienia.
2. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia – parametry techniczne dla poszczególnych części zawiera załącznik nr 2 do zaproszenia.
3. Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych. Pod pojęciem oferty częściowej Zamawiający rozumie ofertę złożoną na dowolnie wybraną część.

III. TERMIN I MIEJSCE DOSTAWY

1. Termin realizacji przedmiotu zamówienia – max. do 14 dni od dnia podpisania umowy.
2. Miejsce dostawy – Budynek Administracji, ul. Piastowska 16A, 47 – 303 Krapkowice.

IV. GŁÓWNE WARUNKI UDZIAŁU W ZAPYTANIU OFERTOWYM

1. **Sytuacja podmiotowa Wykonawcy**
Wykonawca posiada uprawnienie do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania.
2. **Zdolność ekonomiczna i finansowa**
Wykonawca znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej należyte wykonanie zamówienia.
3. **Zdolność techniczna**
Wykonawca posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuje potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania danego zamówienia.

V. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Oferta powinna zawierać następujące dokumenty i oświadczenia:
 - a) wypis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej potwierdzający, że profil działania oferenta odpowiada przedmiotowi zamówienia oraz wskazujące osobę upoważnioną do dokonywania czynności prawnych w imieniu oferenta,
 - b) pełnomocnictwo do podpisania umowy (pełnomocnictwo nie jest wymagane jeżeli uprawnienie do podpisania umowy wynika z treści załączonych do oferty dokumentów – wypis z rejestru lub ewidencji),
 - c) wypełniony formularz oferty – załącznik nr 1 do zaproszenia,
 - d) oświadczenie oferenta – załącznik nr 3 do zaproszenia,
 - e) oświadczenie, że zaoferowane urządzenie będące przedmiotem zamówienia spełnia wszystkie wymagania określone przez Zamawiającego w załączniku nr 2 do zaproszenia i posiadają wymagane prawem dokumenty dopuszczające do obrotu i stosowania na terenie Polski zgodnie z obowiązującymi przepisami, posiada wymagane prawem ważne atesty, deklaracje zgodności, certyfikaty CE itp. wraz z zapewnieniem, że odpowiednie dokumenty zostaną przesłane na każde żądanie Zamawiającego.
 - f) oświadczenie wykonawcy, że oferowane urządzenie będące przedmiotem zamówienia jest kompletne i gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji,
 - g) informacja o warunkach serwisu i gwarancji.
2. Ofertę można złożyć w formie:
 - a) pisemnej u Zamawiającego (Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o., ul. Piastowska 16A, 47-303 Krapkowice) – Sekretariat
 - b) elektronicznej na adres: przetargi@kcz.krapkowice.pl
 - c) lub faksem, nr faksu: 77 44 59 826

do dnia 19.06.2020r. do godziny 12.00.
Otwarcie ofert 19.06.2020r. o godz. 12.30

Na kopercie należy umieścić napis:

**„Oferta na dostawę sprzętu medycznego w ramach Projektu
pt. „Opolska Mama i Dziecko (region południowy)”, znak sprawy ZO/5/2020 ”,**

Po otwarciu ofert Zamawiający dopuszcza możliwość negocjacji cen ofert z Wykonawcami.

VI OCENA OFERT

Zamawiający dokona oceny ofert na podstawie następujących kryteriów:

- najniższa cena, waga kryterium – 100%.

VII KONTAKT Z WYKONAWCĄ

Osobą upoważnioną do kontaktu z Wykonawcami jest Pani Iwona Wymysłowska, tel. 77 44 67 263, 510 599 105
fax.: 77 44 59 826, e-mail: przetargi@kcz.krapkowice.pl

VIII DODATKOWE INFORMACJE

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo wydłużenia terminu składania ofert w ramach zapytania ofertowego bez podania przyczyny.
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo unieważnienia postępowania w części lub całości w każdym czasie bez podawania przyczyny oraz bez ponoszenia jakichkolwiek związanych z tym kosztów.

Z poważaniem

Prezes Zarządu
Marcin Misiewicz



Znak sprawy ZO/5/2020

Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTY

Nazwa i adres Zamawiającego

Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.
Os. XXX lecia 21, 47-303 Krapkowice

Nazwa przedmiotu zamówienia:

Dostawa sprzętu medycznego w ramach
Projektu pt. „Opolska Mama i Dziecko (region południowy)

Tryb postępowania:

Zapytanie ofertowe

Nazwa i adres Wykonawcy

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

(pieczęć Wykonawcy)

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

Część 1 zamówienia – „Laktator dwufazowy z walizka – 1 szt.”

Cena netto:.....zł (słownie:),

VAT: zł (słownie:.....),

Cena brutto:zł (słownie:),

Termin płatności : 30 dni od daty dostarczenia faktury.

Część 2 zamówienia – „Urządzenie do ćwiczeń mięśni miednicy – 1 szt.”

Cena netto:.....zł (słownie:),

VAT: zł (słownie:.....),

Cena brutto:zł (słownie:),

Termin płatności : 30 dni od daty dostarczenia faktury.

**Część 3 zamówienia – „Elektrostymulator do ćwiczeń mięśni dna miednicy – 1 szt.”
wraz z elektrodami -300 szt.**

Cena netto:.....zł (słownie:),

VAT: zł (słownie:.....),

Cena brutto:zł (słownie:),

Termin płatności : 30 dni od daty dostarczenia faktury.

Część 4 zamówienia – „Ultrasonograf urologiczny (skaner pęcherza) – 1 szt.

Cena netto:.....zł (słownie:),

VAT: zł (słownie:.....),

Cena brutto:zł (słownie:),

Termin płatności : 30 dni od daty dostarczenia faktury.



2. Termin wykonania zamówienia: max. do 14 dni od dnia podpisania umowy
3. Termin płatności: 30 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury VAT.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
5. Ofertę niniejszą składam na kolejno ponumerowanych stronach.
6. Załącznikami do niniejszej oferty są:

....., dnia

.....
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych
do reprezentowania Wykonawcy)

Znak sprawy ZO/5/2020

Załącznik nr 2

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia jest: **„Dostawę sprzętu medycznego w ramach Projektu pt. „Opolska Mama i Dziecko (region południowy)”** z podziałem na 4 części zamówienia.
Poniższe zapisy określają szczegółowy opis przedmiotu zamówienia z podaniem wymaganych parametrów technicznych.

Część 1 zamówienia - „Laktator dwufazowy z walizka – 1 szt.”

Specyfikacja techniczna:

1. Laktator dwufazowy z walizką
2. Możliwość pracy do 24h/dobę,
3. Zasilanie: 230-240V do 60 Hz,
4. Waga ok. 3kg,
5. Dwa programy ssące
6. Miejsce (statyw) na butelki,
7. Praca urządzenia w rytmie podobnym do ssania niemowlęcia,
8. Płynna regulacja siły ssania,
9. Zabezpieczenie przed przedostaniem się mleka do środka urządzenia.

Wyposażenie:

10. 2 zestawy pojedyncze, osobiste – wielorazowe z lejkami o cp 27 mm i cp 30 mm.
11. Walizka transportowa

Inne informacje

12. Nazwa i adres producenta (dystrybutora)
13. Nazwa, model, typ aparatu/urządzenia
14. Rok produkcji – nie starszy niż 2019 urządzenie fabrycznie nowe nieużywane
15. Gwarancja min. 24 miesięcy
16. Serwis gwarancyjny

Część 2 zamówienia – „Urządzenie do ćwiczeń mięśni miednicy – 1 szt.”

Parametry techniczne:

1. Zasilanie sieciowe Wejście: 100 – 240V AC 50/60Hz 0,5A; Wyjście: 5V DC
2. Wewnętrzne zasilanie 19V DC 3,42 A Prąd znamionowy dla monitora; 5V +/- 5%, Prąd znamionowy < 4 mA Sensor
3. Czujnik pomiaru typu EMV-Niveau CISPR 11, Grupa 1, Klasa B (zgodne z normą IEC 60601-1-2)
4. Całkowity ciężar urządzenia max. 43,5 kg (sensor 0,35 kg)
5. Siedzenie D = 27cm, Szer. = 30,5 cm, Wys. = 1,5 cm
6. Sensor D = 27 cm +/- 5%, O = fi 4,1 cm +/- 5%
7. Maksymalna waga ciała użytkownika 160 kg

Inne informacje

8. Nazwa i adres producenta (dystrybutora)
9. Nazwa, model, typ aparatu/urządzenia
10. Rok produkcji – nie starszy niż 2019 urządzenie fabrycznie nowe nieużywane
11. Gwarancja min. 24 miesięcy
12. Serwis gwarancyjny

Część 3 zamówienia – „Elektrostymulator do ćwiczeń mięśni dna miednicy – 1 szt wraz z elektrodami -300 szt.”

Dane techniczne:

Moduł EMG

- | | |
|-----------------------|---------------------------------------|
| 1. Ilość. kanałów - 2 | 2 |
| 2. Zakres | 0,2 – 2000 uV RMS (ciągły) |
| 3. Czułość | 0,1 uV RMS |
| 4. Dokładność | 4% uV odczytu, +/- 0,3 uV przy 200 Hz |

5. Filtry	
- szerokiego pasma	18 Hz +/- 4 Hz do 370 Hz +/- 10%
- wąskiego pasma	100 Hz +/- 5 % do 370 Hz +/- 10%
- sieciowy (notch)	50 Hz – 33 dbS (0,1 % dokładność)
6. CMRR	130 dbS
7. Zasilanie	bateria
8. Okres skurcz-relaks	2-99 sec
9. Liczba prób	1 – 99

Specyfikacja elektryczna:

Moduł elektrostymulacji

10. Kanały	2
11. Typ prądu	stały
12. Natężenie	0-90 mA
13. Typ impulsu	symetryczny, prostokątny, dwufazowy z zerowaniem
14. Szerokość impulsu	50-450 mikro sec.
15. Częstotliwość impulsu	2-100 Hz
16. Okres skurcz/relaks	2-99 sec.
17. Czas sesji	1-99 min
18. Czas narastania/opadania impulsu	0,1-9,9 sec.
19. Źródło zasilania	bateria
20. Złącze wyjściowe	złącze Verity

Zabezpieczenia

21. Wykrywanie przerwy w przewodzie	
22. Klasa bezpieczeństwa	BF

Inne informacje

- Nazwa i adres producenta (dystrybutora)
- Nazwa, model, typ aparatu/urządzenia
- Rok produkcji – nie starszy niż 2019 urządzenie fabrycznie nowe nieużywane
- Gwarancja min. 24 miesięcy
- Serwis gwarancyjny

Elektroda dopochwowa:

- Elektroda dopochwowa do stymulacji i EMG
- Możliwość treningu biofeedback
- Dołączony wskaźnik do nauki poprawnego skurczu

Inne informacje

- Nazwa i adres producenta (dystrybutora)
- Nazwa, model, typ

Część 4 zamówienia – „Ultrasonograf urologiczny (skaner pęcherza) – 1 szt.

I. Jednostka główna - właściwości ogólne

- Technologia cyfrowa
- 2 tryby pracy
 - pomiary pęcherza
 - tryb diagnostyczny -(prezentacja 2 D)
- Aparat przenośny z możliwością zamocowania na wózku jezdnym
- Wózek z regulacją wysokości położenia i kąta pochylania pulpitu aparatu oraz z możliwością blokady kół
- Kolorowy ekran dotykowy LCD Min. 7 cali
- Rozdzielczość monitora min. 800x400
- Regulacja jasności monitora
- Szybki start aparatu - max 30 s.
- Możliwość wyboru użytkowników min. 5
- Zasięg skanowania min 20 cm
- Klawiatura na ekranie dotykowym do wprowadzania danych
- Możliwość podłączenia zewnętrznej klawiatury alfanumerycznej
- Obsługa czytnika kodów kreskowych (Opcja)
- Wydruk wyników na wbudowanej drukarce termicznej
- Aktualizacja oprogramowania
- Zasilanie akumulatorowe
- Czas pracy na zasilaniu akumulatorowym min. 3 godziny
- System oszczędzania energii
- System automatycznej kalibracji aparatu



II. Archiwizacja obrazów:

- 20. Archiwizacja obrazów w pamięci aparatu min. 100 obrazów
- 21. Baza danych pacjentów
- 22. Port USB
- 23. Aplikacja PC – do zarządzania bazą danych

III. Oprogramowanie pomiarowe

- 24. TRYB : Pomiary pęcherza:
 - Automatyczne obliczanie objętości pęcherza
 - Automatyczny obrys pęcherza w czasie rzeczywistym
 - Pomiary półautomatyczne
- 25. Metody pomiarowe
 - automatyczna
 - punktowa
 - trzyosiowa
- 26. Aplikacje pomiarowe
 - dla mężczyzn
 - dla kobiet
 - dla dzieci
- 27. Dokładność pomiarowa +/- 15 %
- 28. Minimalny zakres pomiarowy = 0 ml.
- 29. Maksymalny zakres pomiarowy > 1400ml.
- 30. Czas pomiaru - < 5 s.
- 31. TRYB Diagnostyczny (2D)
- 32. Pomiary : odległości, pola powierzchni, objętości,
- 33. Liczba par kursorów pomiarowych odległość w trybie B - min. 2
- 34. Pomiar za pomocą jednego przycisku na głowicy

IV. Głowice ultradźwiękowe

- 35. Głowica sektorowa, szerokopasmowa
- 36. Zakres częstotliwości 2,5 – 5 MHz (dot. poz. 36)
- 37. Kąt skanowania w trybie B min 100 stopni

V. Inne informacje

- 38. Interfejs aparatu - w języku polskim
- 39. Konfiguracja /Setup aparatu - w języku polskim
- 40. System pomocy podręcznej – w języku polskim
- 41. Instrukcja obsługi – w języku polskim
- 42. Wymiary urządzenia max. 300 x 220 x 100 mm (+ / - 20 mm)
- 43. Waga urządzenia z drukarką max 2 kg
- 44. Zasilanie sieciowe lub akumulatorowe
- 45.. Nazwa i adres producenta (dystrybutora)
- 46. Nazwa, model, typ aparatu/urządzenia
- 47. Rok produkcji – nie starszy niż 2019 urządzenie fabrycznie nowe nieużywane
- 48. Gwarancja min. 24 miesiące
- 49. Serwis gwarancyjny

Znak sprawy ZO/5/2020

Załącznik nr 3

pieczęć wykonawcy

O Ś W I A D C Z E N I E

Składając ofertę w trybie zapytania ofertowego na „**dostawę sprzętu medycznego w ramach Projektu pt. „Opolska Mama i Dziecko (region południowy)”,** jako oferent, oświadczam, że:

1. posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień;
2. posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie;
3. dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
4. znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia;
5. nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia, gdyż:
 - a. oferent nie wyrządził szkody nie wykonując zamówienia lub wykonując je nienależycie, jeżeli szkoda ta została stwierdzona prawomocnym orzeczeniem sądu wydanym w okresie 3 lat przed wszczęciem postępowania,
 - b. w stosunku do oferenta nie otwarto likwidacji oraz nie ogłoszono upadłości,
 - c. oferent nie zalega z uiszczeniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne,
 - d. oferent będący osobą fizyczną / wspólnik oferenta będącego spółką jawną / partner lub członek zarządu oferenta będącego spółką partnerską / komplementariusz oferenta będącego spółką komandytową lub spółką komandytowo-akcyjną / urzędujący członek organu zarządzającego oferenta będącego osobą prawną* nie został prawomocnie skazany za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia, przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, przestępstwo przeciwko środowisku, przestępstwo przekupstwa, przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu lub inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych, a także za przestępstwo skarbowe lub przestępstwo udziału w zorganizowanej grupie albo związku mających na celu popełnienie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego,
 - e. względem oferenta, będącego podmiotem zbiorowym (*jeśli dotyczy*) sąd nie orzekł zakazu ubiegania się o zamówienia na podstawie przepisów o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary.

....., dnia

.....
podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy



Znak sprawy ZO/5/2020

Załącznik nr 4

(pieczęć firmy Wykonawcy)

....., data.....

**OŚWIADCZENIE
O SPEŁNIENIU WYMAGAŃ DOTYCZĄCYCH PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1. Oświadczam, że oferowane przez nas urządzenie będące przedmiotem zamówienia spełnia wszystkie wymagania Zamawiającego, określone w zapytaniu ofertowym oraz posiada wymagane prawem dokumenty dopuszczające do obrotu i stosowania na terenie Polski zgodnie z obowiązującymi przepisami, posiada wymagane prawem ważne atesty, deklaracje zgodności, certyfikaty CE itp.
2. Oświadczam, że na każde żądanie Zamawiającego w terminie do 7 dni, dostarczymy Zamawiającemu stosowne dokumenty (świadectwa, certyfikaty, dopuszczenia) potwierdzające dopuszczenie zaoferowanego urządzenia do obrotu i stosowania.

.....
(data i podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych
do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)



Znak sprawy ZO/5/2020

Załącznik nr 5

(pieczęć firmy Wykonawcy)

....., data.....

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

Oświadczam, że oferowane przez nas urządzenie będące przedmiotem zamówienia jest kompletne i gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

.....
(data i podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)

Znak sprawy ZO/5/2020

Załącznik nr 6

(pieczęć firmy Wykonawcy)

INFORMACJA O WARUNKACH SERWISU I GWARANCJI

Nazwa aparatu/urządzenia/ typ, model

	Wyszczególnienie	Siedziba serwisu, dokładny adres, telefon	Osoba odpowiedzialna	Okres serwisowania	Uwagi/ Warunki
1.	Serwis gwarancyjny- transport, przeglądy serwisowe oraz dojazd serwisanta na koszt Wykonawcy				

1. Na dostarczony aparat/urządzenie:

-udzielamymiesiący gwarancji od daty podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego (min. gwarancja 24 m-ce).
- W okresie trwania gwarancji , Wykonawca zobowiązuje się do bezpłatnego przeprowadzenia przeglądów serwisowych aparatu/urządzenia razy w roku zgodnie z zaleceniami producenta , które zapewnią prawidłowe funkcjonowanie zaoferowanego aparatu/urządzenia.
 - Czas reakcji serwisu w dni robocze max. 24 godz. od momentu telefonicznego zgłoszenia usterki z pominięciem dni ustawowo wolnych od pracy.
 - Wykonawca zapewnia wykonanie naprawy aparatu/urządzenia w terminie nie dłuższym niż 48 godziny. W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 48 godzin Wykonawca dostarczy Zamawiającemu aparat/urządzenie zastępcze tej samej klasy na swój koszt i ryzyko.
 - Wykonawca gwarantuje dostępność usług serwisowych 5 dni w tygodniu tj. od poniedziałku do piątku, z pominięciem dni ustawowo wolnych od pracy.
 - Jakiegolwiek wydłużenie czasu trwania naprawy gwarancyjnej tego samego elementu w serwisowanym wyrobie medycznym poza terminem określonym w pkt 4 , niezależnie od przyczyn powoduje przedłużenie gwarancji o okres niesprawności aparatu/urządzenia.
 - Ilość napraw tego samego elementu po której element zostanie wymieniony na egzemplarz wolny od wad wynosi..... (max. 3 naprawy główne).
 - W okresie trwania gwarancji Wykonawca zobowiązuje się do załatwienia wszelkich formalności celnych, związanych z ewentualną wymianą aparatu/urządzenia na nowy, jego wysyłką do naprawy gwarancyjnej i odbiorem lub jego importem we własnym zakresie – bez udziału zamawiającego.
 - Wykonawca gwarantuje dostępność części zamiennych przez okres.....(co najmniej 10 lat).
 - Przeglądy i naprawy wykonywane będą przy użyciu oryginalnych części zamiennych bez dodatkowego obciążenia Zamawiającego kosztem części i robocizny.

.....
(data i podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)