

Gniezno, dnia 13.03.2018r.

Zaproszenie

do złożenia oferty w postępowaniu o wartości poniżej 30.000 Euro na udzielenie zamówienia

Przegląd techniczny aparatury medycznej

I. Opis przedmiotu zamówienia:

1. Przegląd techniczny aparatury i sprzętu medycznego wymagany ustawą z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (tj. Dz. U. z 2017r. poz. 211).
Szczegółowy wykaz aparatury medycznej określają załączniki nr 1 do nr 5 oraz Harmonogram przeglądów aparatury medycznej na 2019 rok.

Zamówienie podzielono na 5 pakietów:

Pakiet nr 1 - Przegląd techniczny aparatury medycznej: kardiomonitor, defibrylatory, pompy infuzyjne, ultrasonografy, respiratory, koncentratory tlenu, zestaw do badań wysiłkowych, wiertarka stomatologiczna, aparat do elektrowstrząsów, łaźnia cyfrowa do rozmrażania osocza, spirometr, kapilaroskop, pulsoksymetr, ssaki, resuscytatory, przenośne urządzenie Dopplerowskie, podnośnik elektryczny, kapnograf, kardiostymulator, myjka ultradźwiękowa.

Pakiet nr 2 - EKG, EKG Holtera.

Pakiet nr 3 - Przegląd techniczny sprzętu laboratoryjnego: wirówki, cieplarka, mikroskop.

Pakiet nr 4 - Przegląd techniczny aparatury do fizykoterapii: aparat do elektroterapii, aparat do ultradźwięków, aparat do laseroterapii, aparat do krioterapii, aparat do leczenia polem magnetycznym, inhalator, urządzenia do masażu wirowego, urządzenia do wyciągu kręgosłupa, lampa BIOPTRON, lampa sollux, parapodium dynamiczne, fotel kąpielowy.

Pakiet nr 5 - Przegląd techniczny łóżek szpitalnych elektrycznych.

2. Warunki jakie musi spełniać przedmiot zamówienia:

a) Przeglądy techniczne muszą być dokonywane zgodnie z zaleceniami określonymi przez producenta danego aparatu lub sprzętu medycznego.

b) Decyzję o dopuszczeniu bądź wyłączeniu aparatu/sprzętu medycznego z użytkowania stanowić będzie wpis do paszportu, zawierający w szczególności datę (dzień, miesiąc, rok) wykonanych czynności, nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu, który wykonał te czynności, ich opis, wyniki i uwagi dotyczące aparatu/sprzętu medycznego oraz datę (dzień, miesiąc, rok) określającą termin następnego przeglądu. Jeżeli aparat/sprzęt medyczny nie zostanie dopuszczony do dalszej eksploatacji, należy wystawić orzeczenie techniczne (załącznik nr 3 do zapytania ofertowego).

- c) Potwierdzeniem wykonania przeglądów technicznych są karty pracy lub protokoły podpisane przez osobę odpowiedzialną za dany aparat/sprzęt medyczny (Oddziałowa/Oddziałowy lub inni pracownicy Szpitala, którym została powierzona aparatura medyczna w użytkowanie), dostarczone wraz z fakturą za wykonaną usługę.
- d) Koszt jednego przeglądu technicznego aparatu/sprzętu medycznego uwzględnia wszystkie koszty związane z jego przeprowadzeniem, w tym koszt materiałów niezbędnych do jego wykonania.
- e) Przez wykonanie naprawy rozumie się usunięcie usterki w pełnym zakresie i dokonanie wpisu do paszportu technicznego o wykonanych czynnościach naprawczych (zgodnie z ppkt. b) wraz z informacją czy aparat/sprzęt medyczny nadaje się do dalszej eksploatacji.
3. W przypadku, gdy pierwotnie wybrany Wykonawca uchyla się od zawarcia umowy, Zamawiający zastrzega sobie możliwość wybrania kolejnej najkorzystniejszej oferty
4. Zamawiający dopuszcza składanie ofert na poszczególne pakiety.
5. Ceny jednostkowe za przeglądy aparatury medycznej określają Formularze ofertowe (załączniki nr 1-5). Cena przeglądu obejmuje koszty wszystkich niezbędnych czynności, które Wykonawca zobowiązany jest wykonać w celu podtrzymania stałej gotowości eksploatacyjnej aparatury medycznej, w tym m. in. koszty dojazdów Wykonawcy.

II. Warunki udziału:

Wykonawca spełni warunek, jeśli oświadczy, że posiada lub dysponuje:

- zapleczem technicznym, częściami zamiennymi, częściami zużywalnymi i materiałami eksploatacyjnymi,
- określone przez wytwórcę instrukcje serwisowe wyrobu
- odpowiednie procedury i instrukcje wykonania takich jak instalacja, okresowa konserwacja, okresowa lub doraźna obsługa serwisowa, aktualizacja oprogramowania, okresowy lub doraźny przegląd, regulacja, kalibracja, wzorcowanie, sprawdzanie, kontrola bezpieczeństwa,
- osobami zdolnymi do wykonania zamówienia, posiadające określone przez wytwórcę kwalifikacje i wieloletnie doświadczenie zawodowe.

Wykonawca do oferty załączy kopię dokumentów potwierdzające posiadanie przez osoby wykonujące przedmiot umowy wymaganych kwalifikacji/uprawnień.

III. Zamawiający:

Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” w Gnieźnie,

62-200 Gniezno ul. Poznańska 15, tel. 61/ 423 8 671 /fax 061/ 42 38 697, mail:

barbara.drozd@dziekanka.net

| | |
|--------------------------------|--|
| Termin wykonania zamówienia: | od 01.04.2019r. do 31.03.2020r. |
| Termin płatności: | 60 dni od otrzymania faktury |
| Termin składania ofert upływa: | 20.03.2019r. godz. 11.00 |
| Miejsce składania ofert: | Sekretariat Szpitala - Budynek Administracji parter Gniezno, ul. Poznańska 15 |
| Termin otwarcia ofert: | 20.03.2019 r. godz.12.00 |

Ofertę należy złożyć w formie pisemnej lub faxem lub mail-em na formularzu ofertowym wraz z wykazem asortymentowym, którego wzór stanowią załączniki do niniejszego zaproszenia.

Oferta złożona w formie pisemnej powinna być opakowana w kopercie z oznaczeniem „oferta na przegląd techniczny aparatury medycznej”

Osoba uprawniona do kontaktów: w sprawie postępowania: Barbara Drożdż tel. /061/ 42 38 671.
w sprawie przedmiotu zamówienia: Magdalena Jarecka tel. /061/ 42 385 02.

IV. Kryterium oceny ofert: cena 100%.

Załączniki:

1. formularz ofertowy
2. wykaz asortymentowy- pakiety nr 1- nr 5
3. harmonogram przeglądów aparatury medycznej na 2019 rok
4. wzór umowy

DYREKTOR SZPITALA


Magdalena Jarecka