WOJEWÓDZKI SZPITAL
dla Nerwowo i Psychicznie Chorych
„DZIEKANKA"
im. Aleksandra Piotrowskiego
62-200 Gniezno, ul. Poznańska 15
tel. 61/423-85-00
NIP 7841364429

Znak sprawy: 4 /U/2020

Gniezno, dnia 04.03.2020r.

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 2020r. poz. 186).
   Szczegółowy wykaz aparatury medycznej określają załączniki nr 1 do nr 5 oraz Harmonogram przeglądów aparatury medycznej na 2020 rok.

   Zamówienie podzielono na 5 pakietów:

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

Pakiet nr 2 – Przegląd techniczny: *EKG, Holter RR*

Pakiet nr 3 - *Przegląd techniczny sprzętu laboratoryjnego: wirówki, cieplarka, mikroskopy*

Pakiet nr 4 - *Przegląd techniczny aparatury do fizykoterapii: aparaty do elektroterapii , aparaty do ultradźwięków, aparaty do laseroterapii, aparat do krioterapii, aparaty do leczenia polem magnetycznym, inhalatory, urządzenia do masażu wirowego, urządzenia do wyciągu kręgosłupa, lampa BIOPTRON, lampy sollux, fotele kąpielowe, rowery treningowe*

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.

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 Wykazy asortymentowe (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, mail: barbara.drozdz@dziekanka.net

Termin wykonania zamówienia:	**od 01.04.2020r. do 31.03.2021r.**
Termin płatności:	60 dni od otrzymania faktury
Termin składania ofert upływa:	12.03.2020r. godz. 10.00
Miejsce składania ofert:	Sekretariat Szpitala - Budynek Administracji parter Gniezno, ul. Poznańska 15
Termin otwarcia ofert:	12.03.2020 r. godz.11.00

Ofertę należy złożyć w formie pisemnej na formularzu ofertowym wraz z wykazami asortymentowymi, który wzór stanowią załączniki do niniejszego zaproszenia.
lub mail-em na adres barbara.drozdz@dziekanka.net.
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. wykazy asortymentowe- pakiety nr 1- nr 5
3. harmonogram przeglądów aparatury medycznej na 2020 rok
4. wzór umowy

DYREKTOR SZPITALA

Marek Czaplicki

.....

Zatwierdził