Załącznik nr 1 do Aneksu nr 1 do Zarządzenia 6/2016

Załącznik 3 a

do §4 pkt. 3.2 Regulaminu gospodarowania środkami publicznymi

o wartości szacunkowej do 30 000 euro netto

**ISTOTNE WARUNKI ZAMÓWIENIA**

Procedura udzielenia zamówienia publicznego poniżej kwoty 30.000 euro netto

zgodnie z art. 4 pkt 8 Ustawy Prawo Zamówień Publicznych

1. Nazwa i adres ZAMAWIAJĄCEGO

**ŚLĄSKIE CENTRUM CHORÓB SERCA W ZABRZU**

Dział Zaopatrzenia Gospodarki Magazynowej i Transportu

ul. M. Curie-Skłodowskiej 9, 41-800 Zabrze

tel./fax. 32/278-43-35

1. Nazwa przedmiotu zamówienia

***WYKONANIE PRZEGLĄDU TECHNICZNEGO APARATURY DLA BLOKU OPERACYJNEGO - PERFUZJA***

1. Wymagania związane z wykonaniem:

Zgodnie z załącznikiem – załącznik nr 1

1. Oferta.
   1. Ofertę należy złożyć w formie pisemnej w terminie do dnia **17/05/2019 r do godz. 9.00** w siedzibie Zamawiającego, tj. w budynku medyczno-administracyjnym „B” pok. Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, mieszczącego się przy ul. M. Curie-Skłodowskiej 9, w Dziale Zaopatrzenia Gospodarki Magazynowej i Transportu (pokój nr 2B2) lub drogą elektroniczną mailem na adres [mailowy s.jankowska@sccs.pl](mailto:mailowy%20s.jankowska@sccs.pl) [e.cybulska@sccs.pl](mailto:e.cybulska@sccs.pl) ~~lub faxem~~ ~~na nr~~ …………………….lub pisemnie, **Formularz oferty** musi być wypełniony, podpisany i opieczętowany (pieczątką firmową i imienną) przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania Wykonawcy.
   2. Do oferty należy załączyć:
      * aktualny odpis z właściwego rejestrualbo aktualnego zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej
      * zaakceptowane Istotne Warunki Zamówienia
      * ~~na wezwanie Zmawiającego próbki przedmiotu zamówienia~~
   3. Kryterium wyboru oferty: 100% cena/~~inne …~~………………..\* (niepotrzebne skreślić)
2. Tryb postępowania:

1. Zamawiający poinformuje Wykonawcę o przyjęciu lub nieprzyjęciu oferty w terminie do 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert – zamieszczając wynik postępowania na stronie internetowej szpitala.

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo zmiany terminu składania ofert lub zmiany warunków zamówienia.
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo zakończenia postępowania bez wybrania żadnej ze złożonych ofert.
3. W razie nieprzyjęcia oferty Wykonawcy nie przysługują jakiekolwiek roszczenia w stosunku do Zamawiającego.

Zatwierdzam:

…………………………

(podpis Kierownika Zamawiającego)

Załącznik nr 3 b

Pieczęć Wykonawcy

Załącznik nr 1 do Aneksu nr 1 do Zarządzenia 6/2016

do §4 pkt. 3.2 Regulaminu gospodarowania środkami publicznymi

o wartości szacunkowej do 30 000 euro netto

**FORMULARZ OFERTY**

Część B (wypełnia Wykonawca)

I. Nazwa i adres WYKONAWCY:

……………………………………………………………………

……………………………………………………………………

……………………………………………………………………

nr telefonu ……………………………………………………….

NIP : ……………………………………………………………..

1. Nazwa przedmiotu zamówienia:

***WYKONANIE PRZEGLĄDU TECHNICZNEGO APARATURY DLA BLOKU OPERACYJNEGO - PERFUZJA***

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za kwotę:

***PAKIET I (załącznik nr I)***

* **Wartość netto ……………………………… zł**
* **Wartość brutto …………………………….. zł**
* **Podatek VAT …………. %, ……………… zł**

***PAKIET II (załącznik nr I)***

* **Wartość netto ……………………………… zł**
* **Wartość brutto …………………………….. zł**
* **Podatek VAT …………. %, ……………… zł**

***PAKIET III (załącznik nr I)***

* **Wartość netto ……………………………… zł**
* **Wartość brutto …………………………….. zł**
* **Podatek VAT …………. %, ……………… zł**

1. Deklaruję ponadto:
   1. Termin płatności: ……..……(min 30 dni)dni
   2. ~~Okres gwarancji: ……………………..(min. 24 m-cy)~~
   3. Termin wykonania zamówienia 12 miesięcy
2. Oświadczam, że:

- akceptujemy projekt umowy\*/ ~~istotne postanowienia umowy~~\* (*\*niepotrzebne skreślić)*

- po zapoznaniu się z opisem przedmiotu zamówienia nie wnosimy do niego zastrzeżeń,

- w razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do realizacji zamówienia na warunkach określonych w Formularzu Oferty, w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.

- termin związania z ofertą wynosi 30 dni

1. Załącznikami do niniejszego formularza stanowiącymi integralną część oferty są:

…………………………………………………………………………..

Data……………………………..

………………………………

Podpis i pieczątka Wykonawcy

**PAKIET I**

***DOSTAWA; WYKONANIE PRZEGLĄDU TECHNICZNEGO APARATU DO KRĄŻENIA POZAUSTROJOWEGO STOCKERT SS***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Okres przeglądów  (miesiące) | Ilość | Ilość przeglądów | Cena jedn. netto | VAT | Wartość ogólna brutto |
| 1 | Przegląd techniczny aparatu do krążenia pozaustrojowego STOCKERT SS | 12 | 5 | 5 |  |  |  |

***WYKAZ CZYNNOŚCI SERWISOWYCH***

Przedmiot zamówienia obejmuje usługę okresowych przeglądów aparatury medycznej w ilościach wyszczególnionych w załączniku nr 1 w specyfikacji z uwzględnieniem następujących wymagań :

1. Wykonawca podaje w swojej ofercie koszt przeglądów oraz wymaganych remontów okresowych zależnych od godzin pracy urządzenia . Zastrzegamy sobie możliwość rezygnacji z wykonania remontu jeśli aparat nie przepracował w danym roku przewidzianej ilości godzin;
2. Wykonawca w swojej ofercie musi przedstawić czynności, które będą wykonane podczas przeglądu/remontu.
3. Wykonawca w swojej ofercie musi przedstawić zestawienie podzespołów, zgodną z instrukcją serwisową, których wymiana objęta jest procedurą przeglądu/remontu;
4. Wykonawca musi udokumentować wszystkie czynności w paszporcie technicznym urządzenia oraz na karcie pracy zgodnie z art. 90 Ustawy o wyrobach medycznych;
5. Wykonawca przed wykonaniem przeglądu/remontu musi uzgodnić jego termin z Zamawiającym;
6. Zamawiający zastrzega sobie możliwość rezygnacji z wykonania przeglądów dla urządzeń, które wycofano z eksploatacji lub zostały przeznaczone do kasacji;
7. W przypadku wykrycia podczas przeglądu awarii wymagającej wymianę elementów i dodatkowe koszty wykonawca przedstawić ocenę kosztów i jako podstawę do wykonania naprawy .
8. **Przeglądy i ewentualne naprawy mają być wykonywane zgodnie z wszystkimi wymogami i zaleceniami producenta zawartymi w instrukcji serwisowej.**

Wartość netto ………………………………………….

Wartość brutto …………………………………………..

………………………………………… podpis osoby upoważnionej

**PAKIET II**

***DOSTAWA; WYKONANIE PRZEGLĄDU TECHNICZNEGO BIOPOMPY STOCKERT SCPC SYSTEM***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Okres przeglądów  (miesiące) | Ilość | Ilość przeglądów | Cena jedn. netto | VAT | Wartość ogólna brutto |
| 1 | Przegląd techniczny biopompy STOCKERT SCPC SYSTEM | 12 | 2 | 2 |  |  |  |

***WYKAZ CZYNNOŚCI SERWISOWYCH***

Przedmiot zamówienia obejmuje usługę okresowych przeglądów aparatury medycznej w ilościach wyszczególnionych w załączniku nr 1 w specyfikacji z uwzględnieniem następujących wymagań :

1. Wykonawca podaje w swojej ofercie koszt przeglądów oraz wymaganych remontów okresowych zależnych od godzin pracy urządzenia . Zastrzegamy sobie możliwość rezygnacji z wykonania remontu jeśli aparat nie przepracował w danym roku przewidzianej ilości godzin;
2. Wykonawca w swojej ofercie musi przedstawić czynności, które będą wykonane podczas przeglądu/remontu.
3. Wykonawca w swojej ofercie musi przedstawić zestawienie podzespołów, zgodną z instrukcją serwisową, których wymiana objęta jest procedurą przeglądu/remontu;
4. Wykonawca musi udokumentować wszystkie czynności w paszporcie technicznym urządzenia oraz na karcie pracy zgodnie z art. 90 Ustawy o wyrobach medycznych;
5. Wykonawca przed wykonaniem przeglądu/remontu musi uzgodnić jego termin z Zamawiającym;
6. Zamawiający zastrzega sobie możliwość rezygnacji z wykonania przeglądów dla urządzeń, które wycofano z eksploatacji lub zostały przeznaczone do kasacji;
7. W przypadku wykrycia podczas przeglądu awarii wymagającej wymianę elementów i dodatkowe koszty wykonawca przedstawić ocenę kosztów i jako podstawę do wykonania naprawy .
8. **Przeglądy i ewentualne naprawy mają być wykonywane zgodnie z wszystkimi wymogami i zaleceniami producenta zawartymi w instrukcji serwisowej.**

Wartość netto ………………………………………….

Wartość brutto …………………………………………..

………………………………………… podpis osoby upoważnionej

**PAKIET III**

***DOSTAWA; WYKONANIE PRZEGLĄDU TECHNICZNEGO SEPARATORA KRWI SORIN XTRA***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Okres przeglądów  (miesiące) | Ilość | Ilość przeglądów | Cena jedn. netto | VAT | Wartość ogólna brutto |
| 1 | Przegląd techniczny separatora krwi SORIN XTRA | 12 | 2 | 2 |  |  |  |

***WYKAZ CZYNNOŚCI SERWISOWYCH***

Przedmiot zamówienia obejmuje usługę okresowych przeglądów aparatury medycznej w ilościach wyszczególnionych w załączniku nr 1 w specyfikacji z uwzględnieniem następujących wymagań :

1. Wykonawca podaje w swojej ofercie koszt przeglądów oraz wymaganych remontów okresowych zależnych od godzin pracy urządzenia . Zastrzegamy sobie możliwość rezygnacji z wykonania remontu jeśli aparat nie przepracował w danym roku przewidzianej ilości godzin;
2. Wykonawca w swojej ofercie musi przedstawić czynności, które będą wykonane podczas przeglądu/remontu.
3. Wykonawca w swojej ofercie musi przedstawić zestawienie podzespołów, zgodną z instrukcją serwisową, których wymiana objęta jest procedurą przeglądu/remontu;
4. Wykonawca musi udokumentować wszystkie czynności w paszporcie technicznym urządzenia oraz na karcie pracy zgodnie z art. 90 Ustawy o wyrobach medycznych;
5. Wykonawca przed wykonaniem przeglądu/remontu musi uzgodnić jego termin z Zamawiającym;
6. Zamawiający zastrzega sobie możliwość rezygnacji z wykonania przeglądów dla urządzeń, które wycofano z eksploatacji lub zostały przeznaczone do kasacji;
7. W przypadku wykrycia podczas przeglądu awarii wymagającej wymianę elementów i dodatkowe koszty wykonawca przedstawić ocenę kosztów i jako podstawę do wykonania naprawy .
8. **Przeglądy i ewentualne naprawy mają być wykonywane zgodnie z wszystkimi wymogami i zaleceniami producenta zawartymi w instrukcji serwisowej.**

Wartość netto ………………………………………….

Wartość brutto …………………………………………..

………………………………………… podpis osoby upoważnionej

**64/19 ZU**

**PROJEKT UMOWY NR / /EZ/2019**

zawarta dnia ……………………………..

pomiędzy:

**ŚLĄSKIM CENTRUM CHORÓB SERCA W ZABRZU**, samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej z siedzibą: 41-800 Zabrze, ul. M.C. Skłodowskiej 9, zarejestrowany w Krajowym Rejestrze Sądowym w Sądzie Rejonowym w Gliwicach Wydział X Gospodarczy KRS pod nr 0000048349, NIP 6482302807, zwanym dalej „Zamawiającym” reprezentowanym przez:

Bożena Duda – Dyrektor ds. Ekonomiczno - Administracyjnych

a

reprezentowaną przez:

…………………………………………………………………………………..

zwaną dalej Wykonawcą,

w rezultacie dokonania przez Zamawiającego wyboru oferty została zawarta umowa następującej treści:

**§ 1**

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest wykonywanie okresowych przeglądów aparatury medycznej zgodnie z;

Pakietem nr I

Integralną częścią niniejszej umowy są Istotne Warunki Zamówienia oraz Pakiet nr …………. określający ceny jednostkowe za przedmiot umowy.

Wartość brutto za przedmiot umowy wynosi: ……………. zł brutto.

Słownie: …………………………………………………..

Pakietem nr II

Integralną częścią niniejszej umowy są Istotne Warunki Zamówienia oraz Pakiet nr …………. określający ceny jednostkowe za przedmiot umowy.

Wartość brutto za przedmiot umowy wynosi: ……………. zł brutto.

Słownie: …………………………………………………..

Pakietem nr III

Integralną częścią niniejszej umowy są Istotne Warunki Zamówienia oraz Pakiet nr …………. określający ceny jednostkowe za przedmiot umowy.

Wartość brutto za przedmiot umowy wynosi: ……………. zł brutto.

Słownie: …………………………………………………..

4. Cena przedmiotu umowy obejmuje w szczególności:

1. koszty usługi z uwzględnieniem wymaganych podatków i opłat;
2. koszty uzyskania wymaganych przepisami obowiązujących certyfikatów, zezwoleń, licencji, atestów i innych dokumentów niezbędnych do wykonania przedmiotu umowy.

**§ 2**

1. Wykonawca zobowiązuje się dokonywać czynności serwisowych zgodnie z wymogami stawianym w Istotnych warunkach Zamówienia
2. Wykonawca zobowiązuje się dokonywać czynności serwisowych zgodnie z harmonogramem, który ustali z Zamawiającym w terminie 14 dni od zawarcia niniejszej umowy.

**§ 3**

1. Wykonawca wykonuje usługi serwisowe zgodnie ze swoja najlepszą wiedzą, z zaleceniami producenta, najlepszymi umiejętnościami i posiadanymi uprawnieniami.
2. Każda usługa poprzedzona będzie zgłoszeniem ze strony Zamawiającego wynikającym z przyjętego harmonogramu.
3. Realizacja usług obejmuje okres od ………………….. do ……………………. r. z możliwością jednostronnego, przez Zamawiającego, zmniejszenia wartości przedmiotu umowy (w przypadku likwidacji urządzeń lub wyłączenia z eksploatacji).
4. Zastrzegamy sobie możliwość rezygnacji z wykonania remontu jeśli aparat nie przepracował w danym roku przewidzianej ilości godzin, jeżeli dla danego aparatu przewidziany jest remont.

**§ 5**

1. Usługa serwisowa wykonywana będzie w siedzibie Zamawiającego.
2. Wykonawca usługi serwisowej może dokonać przeglądu w innym miejscu tylko po uprzednim otrzymaniu zgody Zamawiającego.
3. Przyjęcie wykonania usługi potwierdzone zostanie podpisaniem protokołu przeglądu i wpisem do paszportu urządzenia medycznego potwierdzonego przez pracownika Działu Elektroniki Medycznej.

**§ 6**

Zapłata za otrzymany przedmiot umowy nastąpi na podstawie faktury VAT poleceniem przelewu na konto Wykonawcy do 30 dni od daty odbioru usługi i otrzymania faktury.

**§ 7**

Do przeniesienia na osoby trzecie wierzytelności wynikających z niniejszej umowy Wykonawca zobowiązany jest uzyskać zgodę Zamawiającego oraz organu założycielskiego Zamawiającego.

**§ 8**

1. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu kary umowne:
2. w wysokości 50 zł za każdy dzień zwłoki w wykonaniu przedmiotu umowy;
3. w wysokości 5 % od wartości umowy netto za odstąpienie od umowy z przyczyn przez Wykonawcę zawinionych..
4. Zamawiający zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej.
5. Łączna wysokość kar nie może przekroczyć 20% wartości umowy brutto.

**§ 9**

1. Zamawiający dopuszcza wpisanie do usług przeglądu technicznego sprzętu medycznego tego samego rodzaju i tego samego producenta na skutek wycofania z eksploatacji dotychczasowych urządzeń zawartych w umowie z zastrzeżeniem niezmienności ceny za usługę.
2. Zamawiający jednostronnie dopuszcza częściowe lub całkowite zaniechanie usług przeglądu technicznego dla aparatury medycznej wycofanej z eksploatacji.
3. Zamawiający dopuszcza częściowe lub całkowite zaniechanie usług przeglądu technicznego dla aparatury medycznej dla której nie produkuje się już części zamiennych.
4. Zamawiający dopuszcza obniżenie ceny za usługi przeglądu technicznego w trakcie trwania umowy nie więcej jednak niż o 30% za pisemną, pod rygorem nieważności, zgodą stron.

**§ 10**

1. W razie wystąpienia istotnej zmiany okoliczności powodującej że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym czego nie można było przewidzieć w chwili podpisywania umowy Zamawiający zastrzega sobie możliwość odstąpienia od niniejszej umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o powyższych okolicznościach.
2. W wypadku zaistnienia okoliczności określonych w pkt 1 Wykonawca może żądać jedynie wynagrodzenia należnego mu z tytułu wykonania części umowy.
3. Ponadto w terminie do końca obowiązywania umowy Zamawiający może odstąpić od umowy w części lub całości w przypadku dwukrotnego nienależytego wykonania umowy przez Wykonawcę.

**§ 11**

W sprawach nienormowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego i przepisy ustawy Prawo zamówień publicznych. Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

**§ 12**

Wszelkie spory wynikające z realizacji niniejszej umowy rozstrzygane będą w Sądzie Powszechnym właściwym siedzibie Zamawiającego.

**§ 13**

Niniejsza umowa sporządzona została w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po 1 egzemplarzu dla każdej ze stron.

**WYKONAWCA: ZAMAWIAJĄCY:**