

**95/20**  Załącznik nr 3 a

do §5 pkt. 1.2 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 ………………………………….

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

tel./fax. ……………………………….

1. Nazwa przedmiotu zamówienia

***FIBEROSKOP INTUBACYJNY***

Wymagania związane z wykonaniem:

Zgodnie z załącznikiem – załącznik nr 1

1. Oferta.

Ofertę należy złożyć na **Formularzu Oferty** (załącznik nr 1) w formie pisemnej w terminie do dnia **04/01/2021 r do godz. 9:00** w siedzibie Zamawiającego, tj. w budynku medyczno-administracyjnym „B” Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, mieszczącego się przy ul. M. Curie-Skłodowskiej 9, w Dziale Zaopatrzenia, Gospodarki Magazynowej i Transportu (pokój nr 2B3). lub drogą elektroniczną mailem na adres [mailowy s.jankowska@sccs.pl](mailto:mailowy%20s.jankowska@sccs.pl) oraz e.cybulska@sccs.pl. (skany) lub faxem na nr 32/278-43-35 **Formularz oferty** musi być wypełniony, podpisany i opieczętowany (pieczątką firmową i imienną) przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania Wykonawcy.

* 1. 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~~

- Kryterium wyboru oferty: cena 60% cena/, przydatność 40 % (niepotrzebne skreślić)

1. 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)

cznik nr 3 b

Pieczęć Wykonawcy

do §5 pkt. 1.2 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:

***FIBEROSKOP INTUBACYJNY***

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za kwotę:

***Pakiet I***

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

1. Deklaruję ponadto:
   1. Termin płatności: (min 30 dni) ……..…….dni
   2. ~~Okres gwarancji: ……………………..(min. 12 m cy)~~
2. Termin wykonania zamówienia 8 tygodni od podpisania umowy ale nie później niż do 15 Marca 2021 i nie wcześniej niż 01 lutego 2021 r
3. 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

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

…………………………………………………………………………..

Data…………………………….. ………………………………

Podpis i pieczątka Wykonawcy

SCCS/06/2019

**PAKIET I**

***DOSTAWA; FIBEROSKOP INTUBACYJNY***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Nazwa | Nr kat. | j.m. | Ilość | Cena jedn. netto | Stawka  VAT | Wartość brutto |
| 1 | Fiberoskop intubacyjny |  | Szt. | 1 |  |  |  |

Wartość netto ………………………………………….

Wartość brutto …………………………………………..

…………………………………………

podpis osoby upoważnionej

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa urządzenia: **FIBEROSKOP INTUBACYJNY** | | | | |
| Miejsce przeznaczenia: **Oddział Intensywnej Terapii C** | | | | |
| **Lp.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Parametr oceniany** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje ogólne** |  |  |  |
|  | Producent | Podać | Bez oceny |  |
|  | Nazwa i typ aparatu | Podać | Bez oceny |  |
|  | Rok produkcji | Nie wcześniej niż 2020r., sprzęt fabrycznie nowy | Bez oceny |  |
| **II** | **Parametry ogólne** |  |  |  |
|  | Kolorowy, dotykowy monitor o przekątnej min. 3,5 ‘’, oraz rozdzielczości min. 640x 480 | Monitor zainstalowany na fiberoskopie | Bez oceny |  |
|  | Możliwość rejestracji zdjęci i filmów, pamięć min. 16 GB | Tak | Bez oceny |  |
|  | Możliwość podłączenia do zewnętrznego monitora (złącze HDMI), wyjście mini USB | Tak/Nie | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Możliwość obracania monitora w dwóch płaszczyznach | Tak | Bez oceny |  |
|  | Kąt pola widzenie kamery | Min. 90° | Bez oceny |  |
|  | Możliwość zastosowania systemu obrazowania w kompatybilnym widoelaryngoskopie | Tak/Nie | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Zakres roboczy | Min. 3 – 50 mm | Bez oceny |  |
|  | Średnica zewnętrzna | Maks. 5,2 mm | Bez oceny |  |
|  | Kanał roboczy | Min. 2,2 mm | Bez oceny |  |
|  | Możliwość użycia fiberoskopów kompatybilnych z systemem obrazowania, dostępność min. 5 różnych rozmiarów średnicy zewnętrznej | Tak/Nie | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Długość robocza | 600mm ± 5% | Bez oceny |  |
|  | Ruchoma końcówka robocza, kąt zgięcia końcówki | Min. 130°/130° | Bez oceny |  |
|  | Czas pracy | Min. 250 minut | Bez oceny |  |
|  | Źródło światła | Dioda LED, min. 400 lux, z odległości 20mm | Bez oceny |  |
|  | Podgrzewana optyka zapobiega parowaniu kamery | Tak/Nie | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Waga endoskopu z monitorem | Maks. 1 kg  Podać wartość | Wartość najmniejsza – 10 pkt.  Wartość graniczna – 0 pkt.  Pozostałe proporcjonalnie |  |
| **III** | **Pozostałe** |  |  |  |
|  | Zagwarantowanie dostępności części przez minimum 8 lat od dostawy | Tak, oświadczenie załączyć do umowy | Bez oceny |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesięcy przez autoryzowany serwis (podać okres) | Tak | Bez oceny |  |
|  | Instrukcja w języku polskim (dostawa z urządzeniem) | Tak | Bez oceny |  |
|  | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji aparatu | Tak | Bez oceny |  |
|  | Szkolenie pracowników Pracowni Elektroniki Medycznej Zamawiającego | Tak | Bez oceny |  |
|  | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak | Bez oceny |  |
|  | Częstotliwość przeglądów | Podać i opisać | Bez oceny |  |
|  | Gromadzenie i przetwarzanie danych osobowych | Podać i opisać (jeśli występuje możliwość gromadzenia danych osobowych należy podać ich rodzaj, sposób oraz miejsce) | Bez oceny |  |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie awarii – do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych | Tak | Bez oceny |  |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak | Bez oceny |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny | Podać dane kontaktowe | Bez oceny |  |
|  | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak | Bez oceny |  |
|  | Broszury techniczne, instrukcje, foldery potwierdzające spełnienie wymagań | Tak, załączyć do oferty | Bez oceny |  |

…………………………………………………………………………………………………

( podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy)



**95/2020 ZM**

**PROJEKT UMOWY NR / /EZ/2020**

Umowa zawarta w dniu ***…………………..*** w Zabrzu na dostawę ***fiberoskopu intubacyjnego***

***ŚLĄSKIE CENTRUM CHORÓB SERCA W ZABRZU***

Samodzielny Publiczny Zakład 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:

1.Dyrektora ds. Ekonomiczno – Administracyjnych Bożena Duda

a

Zwanym dalej „Wykonawcą” w rezultacie dokonania przez Zamawiającego wyboru oferty - została zawarta umowa o następującej treści:

§ 1

1.Wykonawca zobowiązany jest do dostawy ***fiberoskopu intubacyjnego*** według formularza cenowego załącznik nr 1 do umowy.

2.Realizacja umowy w terminie do ośmiu tygodni od podpisania umowy ale nie później niż do 15 Marca 2021 r, a nie wcześniej niż 01 lutego 2021 r

3.Zamawiający nabywa przedmiot zamówienia od Wykonawcy w asortymencie dopuszczonym do obrotu.

§ 2

1.Dostawa ***fiberoskopu intubacyjnego*** w ilości i asortymencie podanym w załączniku do umowy.

2.Strony ustalają, że miejscem odbioru ***fiberoskopu intubacyjnego*** jest magazyn Zamawiającego.

3.Towar dostarczony będzie w uzgodnionych opakowaniach, które powinny mieć oznaczenia fabryczne tzn. nazwę wyrobu, nazwę i adres producenta, numer katalogowy.

4.Przyjęcie towaru musi być poprzedzone sprawdzeniem ilościowo – asortymentowym towaru, którego dokona Pracownik Magazynu w obecności Pracownika Pracowni Elektroniki Medycznej na podstawie protokołu odbioru.

5.Faktura za dostarczony ***fiberoskop intubacyjny*** zostanie dostarczona w terminie 3 dni od podpisania protokołu odbioru.

6.Dostawa ***fiberoskopu intubacyjnego*** nastąpiwłasnym transportem na koszt i ryzyko Wykonawcy.

7.Wykonawca udzieli Zamawiającemu……….m cy (min 24 m cy) gwarancji na dostarczony ***fiberoskop intubacyjny*** licząc od dnia dostarczenia do siedziby Zamawiającego.

§ 3

Wartość umowy netto i brutto – zawiera należny podatek VAT wynosi;

***Pakiet nr I***

Netto ………………… PLN

Brutto ………………… PLN

Słownie; ……………………………………….

Cena przedmiotu umowy obejmuje w szczególności;

1. koszty sprzedaży z uwzględnieniem wymaganych podatków, opłat i należności celnych (cło w przypadku sprowadzenia przedmiotu zamówienia z krajów spoza Unii Europejskiej)
2. koszty uzyskania wymaganych przepisami powszechnie obowiązujących certyfikatów, zezwoleń, licencji, atestów i innych dokumentów niezbędnych do obrotu przedmiotem umowy.
3. faktura musi zawierać następujące elementy; numer serii, data ważności numer katalogowy,
4. jeżeli faktura nie będzie zawierała, numerów serii, daty ważności czy też numeru katalogowego zamawiający ma prawo wstrzymać się z zapłatą należności objętej fakturą do czasu dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury,

§ 4

Zapłata za otrzymany ***fiberoskop intubacyjny*** nastąpi na podstawie faktury VAT poleceniem przelewu na konto wykonawcy w ciągu ………. dni od daty otrzymania faktury.

§ 5

Reklamacje jakościowe i ilościowe są wnoszone do Wykonawcy;

1. Niezwłocznie po dostawie w przypadku widocznych wad i braków z zaznaczeniem uwag Zamawiającego na liście przewozowym
2. Niezwłocznie po dostawie w przypadku wad widocznych po otwarciu opakowania Zamawiający zawiadamia Wykonawcę

§ 6

Wykonawca zapłaci kupującemu karę umowną:

1. za opóźnienie w wykonaniu dostawy 50,00 złoty brutto za każdy dzień opóźnienia w wykonaniu przedmiotu umowy.

2. za odstąpienie przez Zamawiającego od umowy z winy Wykonawcy 10 % wartości umowy brutto.

3. Zamawiający zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej.

4. Do końca obowiązywania umowy Zamawiający zastrzega sobie prawo odstąpienia od umowy w części lub w całości w przypadku nienależytego wykonania umowy.

5. Łączna wysokość kar umownych nie może przekroczyć 20 % wartości umowy brutto.

§ 7

1. Zmiany bądź uzupełnienia niniejszej umowy mogą wystąpić jedynie w formie pisemnej.
2. W przypadku gdy z przyczyn niezawinionych przez Dostawcę nie jest możliwe dostarczenie produktu w opakowaniu zaoferowanym przez Dostawcę, Dostawca jest zobowiązany poinformować Zamawiającego o tym fakcie i wyjaśnić w/w niemożliwość. Zamawiający ma prawo oceny wyjaśnienia dostawcy i stosownie do tej oceny może zażądać bądź dostarczenia przedmiotu umowy w zaoferowanym opakowaniu bądź dostarczenia przedmiotu umowy w innym dostępnym na rynku opakowaniu.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych w niniejszej umowie stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego.

§ 9

Wszelkie sprawy sporne wynikające z realizacji niniejszej umowy rozstrzygane będą w Sądzie Powszechnym właściwym dla siedziby Zamawiającego.

§ 10

Zamawiający zabrania bez jego pisemnej zgody na przekazanie komukolwiek swoich zobowiązań płatniczych w stosunku do Wykonawcy dotyczy należności głównych jak i odsetek.

§ 11

W związku z przepisem art. 4 c ustawy z dnia 8 marca 2013r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych Zamawiający/Zleceniodawca oświadcza, że posiada status dużego przedsiębiorcy.

§ 12

Umowę sporządzono w 2 jednobrzmiących egzemplarzach po 1 dla każdej ze stron.

WYKONAWCA ZAMAWIAJĄCY

Zabrze, dn……………..

**PROTOKÓŁ ZDAWCZO – ODBIORCZY**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przekazujący** | | | | **Odbierający** | | |
|  | | | | Śląskie Centrum Chorób Serca  ul. Curie-Skłodowskiej 9  41-800 Zabrze | | |
|  | | | | | | |
| **Numer i data umowy** | | |  | | | |
| **Osoba instalująca** | | |  | | | |
| **Data instalacji i uruchomienia** | | |  | | | |
| **Okres gwarancji** | | |  | | | |
|  | | | | | | |
| **Lp.** | **Numer pakietu i pozycja** | **Nazwa urządzenia** | **Typ urządzenia** | **Numer fabryczny** | **Numer inwentarzowy** (wypełnia Odbierający) | **Kod kreskowy** (wypełnia Odbierający) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |
| **Wykonane czynności (uwagi)** | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Pieczęć i podpis osoby instalującej** | | | | **Pieczęć i podpis odbierającego** | | |
|  | | | |  | | |