ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA OFERT
Nr sprawy DZP/BZU/147 /2020

1.Zamawiający Szpital Powiatowy w Zawierciu zaprasza do złożenia oferty w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego o wartości szacunkowej poniżej 30.000 euro netto na **Pogwarancyjny Przegląd Komory Laminarnej**

2. Opis przedmiotu zamówienia:
Przedmiotem zamówienie jest usługa pogwarancyjnego przeglądu technicznego Komory Laminarnej ESCO AC2-4E1 wraz z wymianą kompletu filtrów.
Kod CPV: 50421000-2 Usługi w zakresie napraw i konserwacji sprzętu medycznego.

3. Termin realizacji zamówienia
Do 07.04.2020r.

4. Warunki płatności
Do 30 dni od otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury.

5. Kryteria wyboru oferty:
Cena - 100%

6. Wymagania, jakie powinni spełniać wykonawcy zamówienia w zakresie dokumentów i oświadczeń
W celu spełnienia wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia Zamawiający wymaga od Wykonawcy uprawnień do wykonywania przeglądów aparatury medycznej.

7. Warunki gwarancji
Minimum 12 miesięcy jeżeli dotyczy.
W cenie oferty wykonawca zapewnia dokonanie wpisu w paszporcie w terminach zgodnych z wymaganiami i zapewniającymi ciągłość pracy urządzenia.

8. Wzór umowy
Załącznik nr 3 do niniejszego zaproszenia

9. Sposób przygotowania oferty
Ofertę należy sporządzić na Formularzu Ofertowym wraz z załącznikami stanowiącym załącznik do niniejszego Zaproszenia, w formie pisemnej (druki wypełnione ręcznie lub komputerowo), podpisane, umieścić w zabezpieczonej kopercie opisanej w następujący sposób:
nazwa i adres Zamawiającego, nazwa i adres Wykonawcy, z dopiskiem:
Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego o wartości szacunkowej poniżej 30.000 euro
Usługa pogwarancyjnego przeglądu technicznego Komory Laminarnej
Nie otwierać przed 03.04.2020r godz. 13.00.

10. Miejsce i termin składania ofert.
Ofertę należy złożyć do dnia **03.04.2020r.** do godziny **12:00** w:
Szpital Powiatowy w Zawierciu, ul. Miodowa 14, 42-400 Zawiercie
Dział aparatury medycznej Tel 32 67 40 360 lub pod adresem e – mail
aparatura.medyczna@szpitalzawiercie.pl

11. Miejsce i termin otwarcia ofert : Szpital Powiatowy w Zawierciu, ul. Miodowa 14, 42-400 Zawiercie, Dział aparatury medycznej 03.04.2020r. godzina 14.00.

12. Pytania od Wykonawców
Ewentualne pytania należy kierować pod adresem e-mail aparatura.medyczna@szpitalzawiercie.pl
Do 03.04.2020r. do godziny 10.00
Odpowiedzi zostaną zamieszczone na stronie internetowej Zamawiającego www.szpitalzawiercie.pl

13. Oferta winna zawierać
a. załącznik nr 1 – formularz ofertowy
b. załącznik nr 2 – formularz asortymentowo-cenowy – opis przedmiotu zamówienia

c. załącznik nr 3 – wzór umowy – zaparafowany

d. dokumenty określone w pkt 6 niniejszego Zaproszenia

e. pełnomocnictwo, jeżeli ofertę składa inna osoba niż wymieniona w dokumencie rejestracyjnym

f. CEIDG lub KRS

14. Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO", informuję, że:

a. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Powiatowy w Zawierciu; 42-400 Zawiercie ul. Miodowa 14; tel. 32 67 40 350

b. inspektorem ochrony danych osobowych w Szpitalu Powiatowym w Zawierciu jest Pani Agata Cup, którego dane do kontaktu są następujące: iod@szpitalzawiercie.pl, telefon: 502 185 693

c. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO w celach wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora tj. w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego

d. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o art. 8 oraz art. 96 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1986 ze zm.), dalej „ustawa Pzp";

e. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgodnie z art. 97 ust. 1 ustawy Pzp, przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli czas trwania umowy przekracza 4 lata, okres przechowywania obejmuje cały czas trwania umowy;

f. obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych jest konieczny z uwagi na prawnie uzasadnione interesy realizowane przez Administratora, tj. w celach realizacji wyboru oferty najkorzystniejszej w postępowaniu dotyczącym zaproszenia do składania ofert;

g. w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;

h. posiada Pani/Pan: – na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących; na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych*; – na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO **; - na podstawie art. 17 RODO prawo do usunięcia Państwa danych osobowych***;

- prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;

- nie przysługuje Pani/Panu: – w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych; – prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO; – na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

15. Postępowanie może być unieważnione na każdym etapie.

16. Zamawiający może wzywać do uzupełnienia dokumentów.

Załącznikami do niniejszego dokumentu są:

załącznik 1 - Formularz ofertowy

załącznik 2 – Formularz asortymentowo-cenowy – opis przedmiotu zamówienia

załącznik 3 – Wzór umowy

KIEROWNIK DZIAŁU
APARATURY MEDYCZNEJ
Grzegorz Kwiecień

.....
Data i podpis

*skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku niniejszego postępowania ani zmianą postanowień umowy zawieranej w wyniku tego postępowania.

**prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.

***zamawiający zastrzega, że jeżeli skorzystanie z prawa do usunięcia danych osobowych lub prawa sprzeciwu uniemożliwi Zamawiającemu dokonanie oceny oferty lub oceny spełnienia warunków udziału w postępowaniu lub zdolności Wykonawcy do należytego wykonania umowy lub wyboru oferty lub na zawarcie umowy w wyniku postępowania, to skutkować będzie wykluczeniem Wykonawcy z postępowania lub odrzuceniem jego oferty.

Załącznik nr 1

Formularz ofertowy

nr sprawy DZP/BZU/147/2020

Dotyczy: postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego o wartości szacunkowej poniżej 30.000 euro netto na Usługę pogwarancyjnego przeglądu okresowego Komory Laminarnej

1. Nazwa i adres Zamawiającego

Szpital Powiatowy w Zawierciu

42-400 Zawiercie, ul. Miodowa 14

REGON 276271110, NIP 649-19-18-293

tel. 32 67 40 360.

www.szpitalzawiercie.pl

email: aparatura.medyczna@szpitalzawiercie.pl

Godziny urzędowania: od 07:30 do 14:30

2. Opis przedmiotu zamówienia

Opis zawarty w zał. 2 – formularz asortymentowo cenowy.

3. Nazwa i adres Wykonawcy

Nazwa.....

Adres.....

NIP..... REGON.....

Dane do porozumiewania się

Tel .....

Adres poczty elektronicznej .....

4. Cena oferty

brutto ..... zł (słownie zł: .....),

w tym VAT..... zł, (słownie zł: .....),

tj. netto ..... zł (słownie zł: .....).

zgodnie z załączonym formularzem asortymentowo - cenowym.

Gwarancja ..... mies.

Zaoferowana cena zawiera wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia.

5. Termin wykonania zamówienia – do 07.04.2020r.

6. Termin zapłaty – 30 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej i doręczonej faktury.

7. Termin związania ofertą – 30 dni

8. Osoba odpowiedzialna za realizację zamówienia .....

telefon kontaktowy .....

e-mail .....

a. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia oraz z wzorem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

b. Oświadczam, że zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych w zaproszeniu oraz we wzorze umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.

c. Oświadczam, że spełniam warunki dotyczące posiadania uprawnień do wykonywania działalności lub czynności, będących przedmiotem zamówienia, niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.

d. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

Załączniki:

a. formularz asortymentowo – cenowy – opis przedmiotu zamówienia
b. wzór umowy – zaparafowany
c. pełnomocnictwo, jeżeli ofertę składa inna osoba niż wymieniona w dokumencie rejestracyjnym
d. CEIDG lub KRS

.....

podpisy osób uprawnionych do reprezentacji wykonawcy

KIEROWNIK DZIAŁU APARATURY MEDYCZNEJ
Grzegorz Kwiecień

Z UP. DYREKTORA SZPITALA
Z-CA DYREKTORA DS. TECHNICZNYCH
SZPITALA WIELOPROFILOWEGO
W OSTROWCU
mgr inż. Iwona Sroga

Załącznik nr 2

załącznik nr 2

Pakiet			
Nazwa przedmiotu	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa brutto
Przegląd komory laminarnej ESCO AC2-4E1	szt.	1	

L.p.	Parametry	Parametr wymagany	Parametr oferowany (opisać)
1	Badanie natężenia przepływu powietrza wg normy EN 12469:2000	Tak	
	Przepływu powietrza skierowanego ku dołowi,		
	Przepływu powietrza skierowanego ku wnętrzu (komora laminarna II klasy),		
	wykonanego za pomocą anemometru posiadającego świadectwo wzorcowania.		
2.	Teste szczelności i integralności filtrów wg normy EN 12469:2000 filtrów głównego i wylotowego metodą aerozolową przy użyciu certyfikowanego	Tak	
	fotometru.		
3.	Kalibracja miernika przepływu powietrza (jeśli konieczne i/lub możliwe) komory oraz weryfikacją poprawności działania alarmów przepływów		
	powietrza i położenia szyby frontowej.		
4.	Przegląd technicznym stanu komory laminarnej, w tym:	Tak	
	Sprawdzeniem stanu mechanicznego komory,		
	Sprawdzeniem stanu uszczelek.		
5.	Wykonanie testu dymnego (dla komór II klasy BSC)	Tak	
	Sprawdzeniem laminarności przepływu powietrza, retencji okna, retencji perforacji frontowej, wykluczeniem powstawania martwych punktów.		
6.	Sprawdzenie stanu elektroniki, w tym z weryfikacją wszystkich funkcji komory laminarnej.	Tak	
7.	Wymiana kompletu filtrów		
8.	Dekontaminacja		
9.	Utylizacja filtra hepa		

Z UP. DYREKTORA SZPITALA
Z-CA DYREKTORA DS. EKONOMICZNYCH
SZPITALA PAWŁOWICE
W ZASTĘPSTWIE
mgr inż. Iwona Sroga

Data .....

.....

(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

KIEROWNIK DZIAŁU
APARATURY MEDYCZNEJ
Grzegorz Kwiecień

Załącznik nr3

UMOWA DTAM/...../2020

Zawarta w dniu .....2020r. w Zawierciu, pomiędzy:
Szpitalem Powiatowym w Zawierciu, z siedzibą 42-400 Zawiercie ul. Miodowa 14, wpisanym do Rejestru Stowarzyszeń, Innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji oraz Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej pod numerem KRS 0000126179, NIP 649-19-18-293,
zwanym w treści umowy Zamawiającym reprezentowanym przez
Zastępcę Dyrektora ds. technicznych Iwona Sroga
a
.....
NIP ..... REGON .....
zwanym w treści umowy Wykonawcą reprezentowanym przez : .....
Wykonawca został wyłoniony – na podstawie art. 4 pkt 8 ustawy – Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2018r., poz. 1986 ze zm.) (zwanej dalej ustawą) zgodnie z Regulaminem udzielania zamówień publicznych w Szpitalu Powiatowym w Zawierciu.
Strony zgodnie postanawiają zawrzeć umowę na usługę pogwarancyjnych przeglądów aparatury medycznej pakiet ..... o następującej treści, przy czym oferta Wykonawcy stanowi integralną część umowy.

§ 1

1. Wykonawca zobowiązuje się do wykonania przedmiotu umowy zgodnie z ofertą, których szczegółowy opis, ilość oraz ceny jednostkowe określa formularz asortymentowo-cenowy - załącznik nr 1, stanowiący integralną część niniejszej umowy.
2. Wykonawca oświadcza, że posiada umiejętności, wiedzę, kwalifikacje i uprawnienia niezbędne do prawidłowego wykonania usługi.

§ 2

Wynagrodzenie Wykonawcy za należyte zrealizowanie całej umowy nie może przekroczyć kwoty pakiet nr ..... :
..... zł brutto (słownie zł : .....),
w tym VAT ..... zł (słownie zł: .....),
tj. netto .....zł (słownie zł : .....),

§ 3

Wykonawca zobowiązuje się do:
1. Zrealizowania zamówienia ~~zgodnie z harmonogramem.~~ do dnia 06.04.2020r.
2. Uzgodnienia dokładnego terminu usługi z Grzegorz Kwiecień – Dział Aparatury Medycznej tel. 32 67 40 360.
3. Wykonanie usługi w miejscu wskazanym przez Zamawiającego w godz. 08.00 – 13.00.
4. Dokonanie odpowiednich wpisów w paszporcie urządzenia.

§ 4

1.Warunkiem odbioru wykonania usługi będzie potwierdzenie kompletności usługi zgodnie z zapisami w zał.nr 1 do umowy.

2.Potwierdzenie, o którym mowa w ust.1 nastąpi w formie protokołu serwisowego z wykonania przeglądu sprzętu podpisanego przez osoby upoważnione przez Zamawiającego oraz Wykonawcę.
3.Data protokolarnego odbioru przedmiotu umowy rozpoczyna bieg okresu gwarancji.
4.Protokół potwierdzający kompletność usługi jest podstawą wystawienia przez Wykonawcę faktury.
5.Przedmiot usługi na fakturze ma być określony zgodnie z § 1.
6.Za realizację umowy po stronie Zamawiającego odpowiedzialny jest Grzegorz Kwiecień – Kierownik Działu Aparatury Medycznej, tel. 32 64 40 360.
7.Za realizację umowy po stronie Wykonawcy odpowiedzialny jest:.....
Telefon kontaktowy.....

§ 5

1.Zapłata należności za wykonanie usługi umowy nastąpi przelewem w terminie do 30 dni od dnia dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury VAT, na numer konta wskazany na fakturze.
2.Za datę zapłaty uważa się datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

§ 6

1.Zamawiający zobowiązuje się odebrać usługę oraz zapłacić wynagrodzenie określone w § 2 niniejszej umowy.
2.Wynagrodzenie określone w § 2 wyczerpuje w całości zobowiązania finansowe Zamawiającego względem Wykonawcy wynikające z niniejszej umowy.

§ 7

1.Wykonawca gwarantuje, że wykonana usługa jest w całości zgodna z przedstawioną ofertą.
2.Wykonawca zapewnia Zamawiającemu należytą jakość i sprawne działanie przedmiotu usługi, przy założeniu jego użytkowania zgodnie z przeznaczeniem i zasadami określonymi w instrukcji obsługi.

§ 8

1. Zamawiający może naliczyć karę umowną w wysokości: 1 % wartości netto nie zrealizowanej w terminie usługi za każdy dzień opóźnienia.
2. W przypadku rozwiązania przez Zamawiającego umowy ze skutkiem natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy, Wykonawca zapłaci karę umowną w wysokości 20 % wartości netto niezrealizowanej części umowy.
3. Zamawiający może potrącić kary umowne z wynagrodzenia przysługującego Wykonawcy, na co Wykonawca niniejszym wyraża zgodę.

§ 9

1. W razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, Zamawiający może odstąpić od umowy w terminie do 30 dni od powzięcia wiadomości o tych okolicznościach.
3. Zmiana postanowień niniejszej umowy może być dokonana przez strony w formie pisemnej w drodze aneksu do niniejszej umowy, pod rygorem nieważności.

§ 10

1.Ewentualne spory, które mogą wyniknąć w trakcie realizowania niniejszej umowy rozstrzygane będą na drodze wzajemnych negocjacji.

2.Jeżeli strony nie osiągną kompromisu, wówczas sprawy sporne poddane będą rozstrzygnięciu sądów właściwych miejscowo dla siedziby Zamawiającego.

3. W sprawach nie uregulowanych postanowieniami niniejszej umowy będą miały zastosowanie przepisy ustawy Kodeks cywilny.

§ 11

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, każdy na prawach oryginału - jeden dla Wykonawcy, drugi dla Zamawiającego.

Wykonawca **Zamawiający**

Z UP. DYREKTORA SZPITALA
Z-CA DYREKTORA SZPITALA DS. TECHNICZNYCH
mgr inż. Iwona Sroga

Agata Cup
RADCA PRAWNY
KRA 150

Załącznik nr 4

Zawiercie, ... .04. 2020r.

PROTOKÓŁ ZDAWCZO-ODBIORCZY

Przedmiot odbioru: Pogwarancyjny przegląd okresowy Komory Laminarnej
(nazwa sprzętu)

Zamawiający: Szpital Powiatowy w Zawierciu ul. Miodowa 14, 42-400 Zawiercie

reprezentowany przez: Piotr Zachariasiewicz - dyrektor.

potwierdza wykonanie przez Wykonawcę:.....

reprezentowanym przez: .....

zobowiązań wynikających z umowy zawartej w dniu .....04.2020r, nr sprawy: DZP/BZU/147/2020r.
w zakresie usługi :

1. Pogwarancyjny przegląd okresowy Komory Laminarnej
2. W ramach realizacji dostawy Wykonawca dokonał instalacji i uruchomienia sprzętu*.
3. Wraz ze sprzętem dostarczono instrukcję/je obsługi w języku polskim, kartę/y gwarancyjną/e oraz paszport/y urządzenia/eń.*
4. Niniejszy Protokół został sporządzony w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.
5. Zamawiający potwierdza, że usługa w chwili podpisania protokołu została wykonana z należytą starannością.

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

*Niepotrzebne skreślić

Zamawiający