

**Dział Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych,** ul. 24 Kwietnia 5, 47-200 Kędzierzyn-Koźle

tel. +48 774 062 530 / 531 , e-mail: zamowienia@e-szpital.eu

**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie – Koźlu**

ul. 24 Kwietnia 5, 47-200 Kędzierzyn – Koźle

NIP: 749-17-90-304, REGON: 000314661

tel. +48 774 062 400, faks +48 774 062 544, spzoz@e-szpital.eu, www.e-szpital.eu

Kędzierzyn-Koźle, dnia 6 czerwca 2023r.

AZ. 2023.404

**OGŁOSZENIE**

 **O ZAMÓWIENIU W TRYBIE DO 130 000,00 zł netto**

1. Przedmiot zamówienia:

**„Zakup bezprzewodowego aparatu do mammotomicznej biopsji piersi pod kontrolą USG”.**

1. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia spełniający wyszczególnione parametry techniczne:

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr wymagany** |
|  | Warunki eksploatacji sprzętu: 100-250V, ·5A, 50-60Hz |
|  | System składający się z bezprzewodowej rękojeści z wbudowanym akumulatorem wraz z ładowarką zasilaną sieciowo |
|  | Obsługa urządzenia przy pomocy trzech przycisków – opcja wyboru przycisku biopsji, pozwalająca operatorowi wybrać preferowane ułożenie w dłoni |
|  | Siła pompy próżniowej co najmniej 483 mmHg |
|  | Wskaźnik naładowania akumulatora i wskaźnik błędu |
|  | Prędkość rotacyjna noża tnącego co najmniej: 900 obrotów na minutę |
|  | Możliwość podłączenia sond biopsyjnych w rozmiarze 10G i 13G ze skalpelowym ostrzem |
|  | Możliwość pobrania wielu próbek tkanki z jednego wkłucia |
|  | Obrót igły o 360 stopni (przy nieruchomej rękojeści) umożliwiający dopasowanie otworu komory biopsyjnej do sposobu podejścia do zmiany chorobowej |
|  | Igła wyposażona w przeźroczysty pojemnik na wycinki umożlwiający podgląd pobranej próbki |
|  | Deklaracje CE |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim  |
|  | Szkolenie personelu w zakresie obsługi urządzenia |
|  | W zestawie: Igła biopsyjna USG w rozmiarze 13G/10G kompatybilna z oferowanym urządzeniem - 5 sztuk |

1. Wykonawca dostarczy przedmiot zamówienia na własny koszt i odpowiedzialność w wyznaczonym przez Zamawiającego miejscu tj.: Pracownia USG, ul. Roosevelta 2, 47-200 Kędzierzyn Koźle.
2. Termin realizacji zamówienia (dostawy): do 10 dni roboczych
3. Instalacja urządzenia w miejscu wskazanym przez Zamawiającego wraz ze szkoleniem instruktażowym
4. Instrukcje obsługi w języku polskim
5. Termin płatności: 30 dni
6. Okres gwarancji: 24 m-ce
7. Zamawiający:

**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie - Koźlu**

 **ul. 24 Kwietnia 5, 47-200 Kędzierzyn - Koźle**

1. Osobą ze strony zamawiającego upoważnioną do kontaktowania się z wykonawcami, są:
Beata Plinta, tel. 77/40 62 530 oraz Łukasz Litwinowicz tel. 77/40 62 506 w godzinach pracy Zamawiającego tj. 7:00 - 14:35
2. Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert wariantowych lub częściowych.
3. Wszelkie oświadczenia, wnioski, zawiadomienia oraz informacje Zamawiający i Wykonawcy przekazują za pomocą platformy zakupowej. W przypadku awarii platformy zakupowej dopuszcza się komunikację z Zamawiającym za pomocą poczty elektronicznej na adres: **zamowienia@e-szpital.eu**
4. Wykonawca może zwrócić się do Zamawiającego z zapytaniem dotyczącym treści ogłoszenia o zamówieniu.
5. Wykonawcy pozostają związani ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
6. W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od Wykonawców wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.
7. Zamawiający dopuszcza możliwość prowadzenia między Zamawiającym, a Wykonawcą negocjacji dotyczących złożonej oferty oraz dokonywanie jej zmiany.
8. Przygotowanie oferty:
9. Wykonawca może złożyć jedną ofertę. **Zamawiający wymaga złożenia oferty drogą elektroniczną**.
10. Ofertę można składać za pomocą:
11. platformy zakupowej: [**https://platformazakupowa.pl/pn/spzoz\_kedzierzynkozle/proceedings**](https://platformazakupowa.pl/pn/spzoz_kedzierzynkozle/proceedings)
12. Termin składania ofert upływa w dniu  **12-06-2023 r. o godzina 09:00.**
13. Otwarcie ofert nastąpi w dniu  **12-06-2023 r. o godzina 09:15** w siedzibie Zamawiające­go.
14. Kryterium oceny ofert: **cena 100%:**

 **Najniższa oferowana cena brutto**

 **------------------------------------------------ x 100 = liczba punktów**

 **Cena brutto badanej oferty**

Oferta, która otrzyma maksymalną liczbę przyznanych punktów w oparciu o ustalone kryterium zostanie uznana za najkorzystniejszą, pozostałe oferty zostaną sklasyfikowane zgodnie z ilością uzyskanych punktów. Realizacja zamówienia zostanie powierzona Wykonawcy, którego oferta uzyska najwyższą ilość punktów.

W sytuacji, gdy nie można będzie dokonać wyboru oferty najkorzystniejszej ze względu na to, że zostaną złożone oferty o takiej samej cenie, Zamawiający wezwie tych Wykonawców do złożenia w terminie określonym przez Zamawiającego ofert dodatkowych - Wykonawcy, składając oferty dodatkowe, nie mogą zaoferować cen wyższych niż zaoferowane w złożonych ofertach.

1. Zamawiający może wezwać wykonawcę do uzupełniania brakującej dokumentacji, lub poprawienia już złożonej.
2. Zamawiający odrzuci ofertę Wykonawcy który podlega wykluczeniu z postępowania oraz wykonawcy, który złożył ofertę, która nie odpowiada zapisom ogłoszenia o zamówieniu.
3. Zamawiający zastrzega możliwość unieważnienia przedmiotowego postępowania bez podania przyczyny na każdym jego etapie.
4. **Wymagane dokumenty, jakie należy dołączyć składając ofertę:**
5. **Wypełniony formularz ofertowy (wzór stanowi załącznik nr 1);**
6. **Oświadczenie wykonawcy o niepodleganie wykluczeniu (załącznik nr 2).**

Załączniki:

1. Formularz ofertowy - załącznik nr 1;
2. Oświadczenie Wykonawcy o niepodleganiu wykluczeniu - załącznik nr 2;

**Załącznik nr 1**

 **AZ.2023.404**

**Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej**

 **w Kędzierzynie-Koźlu**

ul. 24 Kwietnia 5

 47-200 Kędzierzyn-Koźle

|  |
| --- |
| **„OFERTA”****Na: „Zakup bezprzewodowego aparatu do mammotomicznej biopsji piersi pod kontrolą USG.” Postępowanie nr: AZ.2023.404** |

1. **DANE WYKONAWCY**

Nazwa: ...........................................................................................................................................

Adres: …………...............................................................................................................................

Numer NIP .......................................................... Regon ............................................................

Adres e-mail: ......................................................

Osoba do kontaktu: ............................................ tel. ............................................

1. OFEROWANA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA

Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach wymaganych przez Zamawiającego określonych w postanowieniach ogłoszenia o zamówieniu za cenę:

|  |  |
| --- | --- |
| **Cena aparatu do mammotomicznej biopsji piersi pod kontrolą USG** | **…………………..……..…………………….. zł brutto** |
| **Cena 5 igieł biopsyjnych USG w rozmiarze 13G/10G** | **………………………………..………………… zł brutto** |
| **Razem** | **………………………………………………….… zł brutto** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | Nazwa |  |
|  | Model |  |
|  | Producent  |  |
|  | Kraj pochodzenia |  |
|  | Rok produkcji min. 2023 |  |
|  | Warunki eksploatacji sprzętu: 100-250V, ·5A, 50-60Hz |  |
|  | System składający się z bezprzewodowej rękojeści z wbudowanym akumulatorem wraz z ładowarką zasilaną sieciowo  |  |
|  | Obsługa urządzenia przy pomocy trzech przycisków – opcja wyboru przycisku biopsji, pozwalająca operatorowi wybrać preferowane ułożenie w dłoni |  |
|  | Siła pompy próżniowej co najmniej 483 mmHg |  |
|  | Wskaźnik naładowania akumulatora i wskaźnik błędu |   |
|  | Prędkość rotacyjna noża tnącego co najmniej: 900 obrotów na minutę |  |
|  | Możliwość podłączenia sond biopsyjnych w rozmiarze 10G i 13G ze skalpelowym ostrzem |  |
|  | Możliwość pobrania wielu próbek tkanki z jednego wkłucia |  |
|  | Obrót igły o 360 stopni (przy nieruchomej rękojeści) umożliwiający dopasowanie otworu komory biopsyjnej do sposobu podejścia do zmiany chorobowej |  |
|  | Igła wyposażona w przeźroczysty pojemnik na wycinki umożlwiający podgląd pobranej próbki |  |
|  | Okres gwarancji min. 24 miesięcy |  |
|  | Deklaracje CE |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim  |  |
|  | Szkolenie personelu w zakresie obsługi urządzenia |  |
|  | W zestawie: Igła biopsyjna USG w rozmiarze 13G/10G kompatybilna z oferowanym urządzeniem - 5 sztuk |  |

1. **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE POSTANOWIEŃ NINIEJSZEGO OGŁOSZENIA:**
2. Składam/-y ofertę na wykonanie zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia zawartym w ogłoszeniu o zamówieniu i spełniających wyszczególnione parametry techniczne.
3. Oświadczamy, że wykonamy zamówienie w ramach jednorazowej dostaw w terminie 5 dni roboczych od od dnia zawiadomienia o wyborze oferty najkorzystniejszej .
4. Oświadczam, że akceptuję termin płatności od daty dostarczenia prawidłowo wystawionej faktury: 30 dni.
5. Oświadczam/-y, że uważam/-y się za związanego/-ych z ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
6. Oświadczam/-y, że powyżej podana cena zawiera wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiając w przypadku wyboru mojej/-naszej oferty.
7. Oświadczamy, że w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do wystawienia faktury w oparciu o przedstawiony przez Zamawiającego formularz ofertowy, do którego nie wnosimy
zastrzeżeń.
8. Oświadczam, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO (Rozporządzenie 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) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

.............................. dnia …………......... ………………………………………………………………………

 Podpis Wykonawcy/Pełnomocnika

**Załącznik nr 2**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O NIEPODLEGANIU WYKLUCZENIU**

**składane w związku z wejściem w życie Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2023 r. poz. 129,185).**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie zapytania ofertowego, którego przedmiotem jest: **Zakup bezprzewodowego aparatu do mammotomicznej biopsji piersi pod kontrolą USG.**

Działając w imieniu Wykonawcy:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. (nazwa i adres)

**Oświadczam, że:**

nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2023 r. poz. 129, 185).

 Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przekazywaniu informacji.

*…….*…….................................................

Podpis Wykonawcy/Pełnomocnika