

Znak sprawy: Z.II.260.005.Zp.2021

**ZAPROSZENIE DO ZŁOŻENIA OFERTY CENOWEJ
O WARTOŚCI PONIŻEJ 130 000 ZŁOTYCH**

**Przedmiot zamówienia:
DOSTAWA I INSTALACJA PULSOKSYMETRÓW I APARATU
DO TLENOWEJ WENTYLACJI
WYSOKOPRZEPLYWOWEJ PRZEZ NOS
DO SZPITALA POWIATOWEGO IM. PCK W NISKU**

W trybie:

rozpoznania cenowego - postępowanie o wartości poniżej 130 000 zł.

Podstawa:

„Regulamin udzielania zamówień, których wartość nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty 130 000 zł w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nisku” w sprawie zasad dokonywania zakupu dostaw, usług i robót budowlanych na potrzeby Szpitala Powiatowego im. PCK w Nisku.

Nisko, Luty 2021

Znak sprawy: Z.II.260.005.Zp.2021

Nisko, dnia: 03/02/2021 r.

OGŁOSZENIE O ZAMÓWIENIU
KTÓREGO WARTOŚĆ NIE PRZEKRACZA WYRAŻONEJ W ZŁOTYCH
RÓWNOWARTOŚCI KWOTY 130.000 ZŁOTYCH

- 1) Zamawiający:
Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nisku
ul. Kościuszki 1, 37-400 Nisko
NIP: 865-20-74-945, REGON: 000306680
Tel. (15) 8416 703, 8416 779, Fax. (15) 8416 704, www.szpital-nisko.pl, e-mail: przetargi@szpital-nisko.pl
- 2) Opis przedmiotu zamówienia: **Dostawa i instalacja pulsoksymetrów i aparatu do tlenowej wentylacji wysokoprzepływowej przez nos do Szpitala Powiatowego im. PCK w Nisku.** (Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia stanowi załącznik nr 1).
- 3) Termin wykonania zamówienia: **W ciągu 6 tygodni od daty udzielenia zamówienia.**
- 4) Warunki udziału w postępowaniu:

Lp.	Warunki udziału w postępowaniu
1.	Zdolność do występowania w obrocie gospodarczym. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy prowadzący działalność gospodarczą lub zawodową, którzy są wpisani do rejestru zawodowych lub handlowych prowadzonych w kraju, w którym mają siedzibę lub miejsce zamieszkania. Zamawiający nie stawia szczególnych wymagań w zakresie spełnienia tego warunku. Ocena spełniania warunków udziału w postępowaniu będzie dokonana na zasadzie spełnia/nie spełnia.
2.	Uprawnienia do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy spełniają warunki, dotyczące posiadania kompetencji lub uprawnień do prowadzenia określonej działalności zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów. Zamawiający nie stawia szczególnych wymagań w zakresie spełnienia tego warunku. Ocena spełniania warunków udziału w postępowaniu będzie dokonana na zasadzie spełnia/nie spełnia.
3.	Sytuacja ekonomiczna lub finansowa. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy spełniają warunki, dotyczące sytuacji ekonomicznej lub finansowej. Zamawiający nie stawia szczególnych wymagań w zakresie spełnienia tego warunku. Ocena spełniania warunków udziału w postępowaniu będzie dokonana na zasadzie spełnia/nie spełnia.
4.	Zdolności techniczna lub zawodowa. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy spełniają warunki, dotyczące zdolności technicznej lub zawodowej. Zamawiający uzna warunek za spełniony jeżeli Wykonawca udowodni, że w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert albo wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, zrealizował co najmniej dwie usługi odpowiadające swoim rodzajem i wielkością przedmiotowi zamówienia. Ocena spełniania warunków udziału w postępowaniu będzie dokonana na zasadzie spełnia/nie spełnia na podstawie dokumentów dołączonych do oferty.

- 5) Wykaz oświadczeń lub dokumentów, jakie mają dostarczyć wykonawcy wraz z ofertą:

Lp.	Wymagany dokument
1.	Formularz ofertowy.
2.	Oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu oraz spełnianiu warunków udziału.
3.	Pełnomocnictwo. W przypadku podpisania oferty oraz poświadczenia za zgodność z oryginałem kopii dokumentów przez osobę nie wymienioną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) Wykonawcy, należy do oferty dołączyć stosowne pełnomocnictwo w oryginale lub kopii poświadczzonej notarialnie.
4.	Odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej. Odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji.
5.	Wykaz dostaw lub usług. Wykaz usług wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert albo wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, wraz z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i podmiotów, na rzecz których usługi zostały wykonane, oraz załączeniem dowodów określających czy te dostawy lub usługi zostały wykonane lub są wykonywane należycie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego usługi były wykonywane, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych są wykonywane, a jeżeli z uzasadnionej przyczyny o obiektywnym charakterze Wykonawca nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów – oświadczenie Wykonawcy. W przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonywanie powinny być wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert albo wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu.
6.	Oświadczenie, że oferowany przedmiot zamówienia dopuszczony jest do obrotu w Polsce zgodnie z obowiązującą Ustawą o Wyrobach Medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679 z dnia 20 maja 2010 r. z późn. zm) i stanowi wyrób medyczny w rozumieniu przywołanej ustawy tj. posiada certyfikat CE i deklarację zgodności – dla wyrobów medycznych.

- 6) Informacje o sposobie porozumiewania się zamawiającego z wykonawcami oraz przekazywania oświadczeń lub dokumentów, a także wskazanie osób uprawnionych do porozumiewania się z wykonawcami:
 - **Piotr Tabor** - Starszy specjalista ds. zamówień publicznych, tel. (15) 8416 779,
 - **Maria Kosz** - Inspektor ds. zaopatrzenia, tel. (15) 8416 712.

- 7) Termin związania ofertą: **30 dni.**
- 8) Opis sposobu przygotowywania ofert:
- Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę,
 - Oferta musi być sporządzona zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia,
 - Wykonawca jest obowiązany wskazać w ofercie części zamówienia, których wykonanie zamierza powierzyć Podwykonawcom,
 - Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych,
 - Zamawiający nie dopuszcza składania ofert równoważnych.

Ofertę opisaną w następujący sposób: „**Oferta na dostawę i instalację pulsoksymetrów i aparatu do tlenowej wentylacji wysokoprzepływowej przez nos do Szpitala Powiatowego im. PCK w Nisku. NIE OTWIERAĆ przed: 12/02/2021**” należy przesłać do Zamawiającego w formie elektronicznej na adres e-mail: przetargi@szpital-nisko.pl w nieprzekraczalnym terminie do dnia **12/02/2021 r. do godziny 10.30.**

Oferty przekazane drogą elektroniczną uważa się za złożone w terminie, jeżeli zostały przekazane przed upływem wyznaczonego terminu a fakt jej przekazania został niezwłocznie potwierdzony przez Zamawiającego.

- 9) Miejsce oraz termin otwarcia ofert:
Siedziba Zamawiającego, pokój nr 17 w dniu: 12/02/2021 r. godzina 11.00.
- 10) Opis sposobu obliczenia ceny:
Cenę należy podać w złotych polskich z dokładnością dwóch miejsc po przecinku.
- 11) Opis kryteriów, którymi zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty, wraz z podaniem znaczenia tych kryteriów i sposobu oceny ofert:

- zamawiający będzie oceniał oferty według następujących kryteriów:

Nr	Nazwa kryterium	Waga
1	Cena (koszt)	100%

- punkty przyznawane za powyższe kryteria będą liczone według następujących wzorów:

Nr kryterium	Wzór
1	Cena (koszt) Liczba punktów = $(C_{min}/C_{of}) * 100 * waga$ gdzie: - C_{min} – najniższa cena spośród wszystkich ofert, - C_{of} – cena podana w badanej ofercie
Całkowita liczba uzyskanych przez badaną ofertę punktów	
= $[(C_{min}/C_{of}) * 100 * waga]$	

- 12) Załączniki:
- Załącznik nr 1 – opis przedmiotu zamówienia,
 - Załącznik nr 2 – wzór formularza ofertowego,
 - Załącznik nr 3 – wzór oświadczenia o niepodleganiu wykluczeniu oraz spełnianiu warunków udziału w postępowaniu,
 - Załącznik nr 4 – wzór wykazu wykonanych dostaw lub usług,
 - Załącznik nr 5 – wzór/projekt umowy,
 - Załącznik nr 6 – wzór formularza cenowego.

Postępowanie o udzielenie zamówienia jest prowadzone zgodnie z postanowieniami Regulaminu udzielania zamówień o wartości nie przekraczającej kwoty 130 000 zł, oraz przepisami ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93, z późn. zm.).

p.o. DYREKTORA
Samodzielnego Publicznego
Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nisku
mgr inż. Roman Ryznar

Data: 03/02/2021

podpis Kierownika Zamawiającego

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. **Ogólna charakterystyka zamówienia:**
Dostawa pulsoksymetrów i aparatu do tlenowej wentylacji wysokoprzepływowej przez nos do Szpitala Powiatowego im. PCK w Nisku.
2. **Zakres przedmiotowy:**
- 2.1. **Zadanie nr 1:** Dostawa i instalacja pulsoksymetru stacjonarno-transportowego ze stacją dokującą, kablem pacjenta i czujnikiem typu klips na palec dla dorosłych do Szpitala Powiatowego im. PCK w Nisku.

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW WYMAGANYCH I GRANICZNYCH

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
PULSOKSYMETR STACJONARNO-TRANSPORTOWY ZE STACJĄ DOKUJACĄ, KABLEM PACJENTA I CZUJNIKIEM TYPU KLIPS NA PALEC DLA DOROSŁYCH – 1 szt.			
1.	Producent/Wykonawca posiadający autoryzację producenta na terenie Polski i zapewniający autoryzowany serwis producenta na terenie Polski	Tak, podać	
2.	Model, nazwa i typ	Podać	
3.	Kraj produkcji	Podać	
4.	Rok produkcji	Podać	
5.	Pulsoksymetr stacjonarno – transportowy z wyciąganym panelem przednim ze stacji dokującej i automatyczną rotacją ekranu pion-poziom	Tak	
6.	Możliwość rozbudowy/upgradu o pomiary: nieinwazyjny pomiar hemoglobiny całkowitej, tlenku węgla, methemoglobiny i PVI	Tak	
7.	Prezentacja danych: SpO ₂ , częstość pulsu, krzywa pletyzmograficzna, indeks perfuzji, komunikaty alarmowe, trendy, czułość	Tak	
8.	Zasilanie sieciowe 230V/50Hz +/- 10% oraz akumulatorowe z wewnętrznych akumulatorów minimum 4 godziny	Tak	
9.	Odłączalny panel przedni pulsoksymetru umożliwiający użytkowanie jako urządzenie transportowe z własnym zasilaniem	Tak	
10.	Czas ładowania akumulatora po całkowitym rozładowaniu do 100% pojemności maksymalnie 3 godziny	Tak	
11.	Zintegrowany z obudową uchwyt do przenoszenia pulsoksymetru	Tak	
12.	Ekran kolorowy, dotykowy, z podświetleniem o rozdzielczości minimum: 480 x 272 punkty	Tak	
13.	Automatyczna zmiana sposobu wyświetlania danych z poziomej na pionową	Tak	
14.	Waga panelu przedniego poniżej 0,54 kg	Tak	
15.	Wymiary: ok. 22,6 cm x 8,9 cm x 5,3 cm	Podać	
16.	Waga stacji dokującej maksymalnie 1,2 kg	Podać	
17.	Tryby uśredniania: 2, 4, 8, 10, 12, 14, 16 sekund	Tak	
18.	Pomiar saturacji w zakresie (1 - 100)%	Tak	

Zaproszenie do złożenia oferty cenowej
Dostawa i instalacja pulsoksymetrów i aparatu do tlenowej wentylacji wysokoprzepływowej przez nos
do Szpitala Powiatowego im. PCK w Nisku

19.	Dokładność pomiaru saturacji: ± 2 cyfry w zakresie minimum 70-100%	Tak	
20.	Dokładność pomiar saturacji: ± 3 cyfry w zakresie minimum 60-80%	Tak	
21.	Rozdzielczość pomiaru saturacji minimum 1%	Tak	
22.	Pomiar częstości pulsu w zakresie minimum (25-240) uderzeń/min.	Tak	
23.	Dokładność pomiaru częstości pulsu maksymalnie ± 3 uderzenia/min.	Tak	
24.	Rozdzielczość pomiaru częstości pulsu minimum 1 uderzenie/min.	Tak	
25.	Saturacja (%SpO ₂): 1%	Tak	
26.	Częstość pulsu (BPM) 1 BPM	Tak	
27.	Technologia umożliwiająca pomiar saturacji i tętna u pacjentów o niskiej perfuzji	Tak	
28.	Pomiar indeksu perfuzji w zakresie 0,02 - 20%	Tak	
29.	Dźwiękowa sygnalizacja częstości pulsu z możliwością ustawienia natężenia dźwięku i jego wyłączenia	Tak	
30.	Eliminacja artefaktów ruchowych dzięki eliminacji sygnałów z krwi żyłnej	Tak	
31.	Zmiana tonu sygnału częstości pulsu przy zmianie saturacji pacjenta – wyższe tony przy spadku saturacji, niższe tony przy wzroście saturacji	Tak	
32.	Ekran graficzny LCD z regulacją kontrastu ekranu oraz regulacją podświetlenia ekranu	Tak	
33.	Wyświetlanie wyników pomiaru saturacji i częstości pulsu w formie cyfrowej	Tak	
34.	Możliwość rezygnacji z prezentacji krzywej pletyzmograficznej na rzecz zwiększenia formy cyfrowej prezentacji pomiaru saturacji i częstości pulsu	Tak	
35.	Graficzny wskaźnik aktualnego poziomu naładowania akumulatora/akumulatorów stale widoczny na ekranie urządzenia	Tak	
36.	Granice alarmów stale widoczne na ekranie	Tak	
37.	Alarmy dźwiękowe i świetlne pomiaru saturacji i częstości pulsu	Tak	
38.	Indywidualne ustawienia granic alarmów i zapamiętywanie ich przez urządzenie	Tak	
39.	Możliwość regulacji głośności alarmów dźwiękowych	Tak	
40.	Czasowe zawieszenie generowania sygnału alarmowego	Tak	
41.	Czujnik wielorazowym typu klips na palec dla pacjentów o wadze >30 kg	Tak	
42.	Okres gwarancji minimum 12 miesięcy	Tak, podać	
43.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie użytkowania pulsoksymetru	Tak	

- 2.2. Zadanie nr 2: Dostawa i instalacja pulsoksymetru stacjonarno-transportowego dla noworodków, dzieci i dorosłych z pomiarem saturacji z kablem pacjenta i czujnikiem typu klips na palec powyżej 30 kg do Szpitala Powiatowego im. PCK w Nisku.

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW WYMAGANYCH I GRANICZNYCH

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
PULSOKSYMETR STACJONARNO-TRANSPORTOWY DLA NOWORODKÓW, DZIECI I DOROSŁYCH Z POMIAREM SATURACJI Z KABLEM PACJENTA I CZUJNIKIEM TYPU KLIPS NA PALEC POWYŻEJ 30 KG – 2 SZT.			
1.	Producent/Wykonawca posiadający autoryzację producenta na terenie Polski i zapewniający autoryzowany serwis producenta na terenie Polski	Tak, podać	
2.	Model, nazwa i typ	Podać	
3.	Kraj produkcji	Podać	
4.	Rok produkcji	Podać	
5.	Pulsoksymetr przenośny umożliwiający monitorowanie w środowisku szpitalnym oraz podczas transportu z automatyczną rotacją ekranu w trakcie transportu o 90°, 180°, 270°, 360°	Tak	
6.	Pomiar saturacji pomimo ruchu i przy niskiej perfuzji	Tak	
7.	Prezycyjny pomiar SpO ₂ z krwi tętniczej – szczególnie podczas ruchu pacjenta – dzięki eliminacji sygnału (wysycenia) z krwi żyłnej, który błędnie zaniża wynik saturacji	Tak	
8.	Możliwość rozszerzenia o nieinwazyjne pomiary: hemoglobina całkowita, methemoglobina, karboksyhemoglobina, PVI, RRa	Tak	
9.	Prezentacja danych: SpO ₂ , częstość pulsu, wykres krzywej pletyzmograficznej, indeks perfuzji w postaci cyfrowej, komunikaty alarmowe, trendy, czułość	Tak	
10.	Zasilanie sieciowe 110/220 47-63Hz oraz akumulatorowe z wewnętrznego akumulatora litowego do 4 godzin ciągłego monitorowania, ładowanie baterii 3 godziny	Tak	
11.	Waga ok. 1,36 kg	Tak	
12.	Wymiary: ok. 22,9 cm x 16,5 cm x 10,2 cm	Tak	
13.	Zintegrowany z obudową uchwyt do przenoszenia urządzenia	Tak	
14.	Zakres pomiaru saturacji 0-100%, dokładność pomiaru saturacji w zakresie 70% - 100% ± 1,5% (w ruchu i bez ruchu)	Tak	
15.	Zakres pomiaru pulsu 25 – 240 uderzeń/min.	Tak	
16.	Dokładność pomiaru w całym zakresie ±3 BPM	Tak	
17.	Ciągły tryb monitorowania parametrów	Tak	
18.	Pomiar przy niskiej perfuzji (zimne kończyny, obrzęk, krytyczne parametry) od 0,02% do 20% PI	Tak	

19.	Wskaźnik pomiaru perfuzji (PI), oceniający perfuzję w miejscu pomiaru, wyświetlany w sposób liczbowy (nie słupki baryczny) – parametr niezbędny jako dodatkowe potwierdzenie oceny stanu pacjenta, miejsca pomiaru oraz screeningu CCHD	Tak	
20.	Wysokiej rozdzielczości ekran LCD, kolorowy, dotykowy, z regulacją kontrastu ekranu oraz regulacją podświetlenia ekranu	Tak	
21.	Automatyczne dostosowanie jasności wyświetlacza w zależności od panujących warunków	Tak	
22.	Widoczne ikony – kolorystycznie różnicujące wybrany profil badania: – dorosły ikona niebieska, – dziecko ikona zielona, – niemowlę ikona fioletowa.	Tak	
23.	Opcje komunikacji: WiFi, Bluetooth, przywołanie pielęgniarki, Ethernet, port USB	Tak	
24.	96 godzinne trendy SpO ₂ i pulsu z rozdzielczością co 2 sekundy, możliwością wydrukowania na zewnętrznej drukarce	Tak	
25.	Granice alarmów stale widoczne na ekranie	Tak	
26.	Alarmy dźwiękowy i wizualny dla wszystkich mierzonych parametrów	Tak	
27.	Indywidualne ustawienia granic alarmów i zapamiętywanie ich przez urządzenie	Tak	
28.	Zmienna wysokość tonu saturacji podczas zmian jej wartości pozwalająca na śledzenia zmian SpO ₂ bez podchodzenia do monitora	Tak	
29.	Alarm dźwiękowy odłączenia czujnika	Tak	
30.	Alarm dźwiękowy wyładowania akumulatora	Tak	
31.	Możliwość regulacji głośności alarmu	Tak	
32.	Możliwość regulacji czasu wyciszenia alarmu	Tak	
33.	Czas uśredniania: 2, 4, 8, 10, 12, 14 lub 16 sekund	Tak	
34.	Wskaźnik pomiaru perfuzji (PI), oceniający perfuzję w miejscu pomiaru, wyświetlany w sposób cyfrowy	Tak	
35.	Okres gwarancji minimum 12 miesięcy	Tak, podać	
36.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie użytkowania pulsoksymetru	Tak	

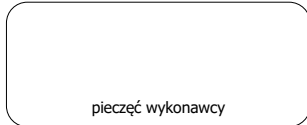
2.3. Zadanie nr 3: Dostawa i instalacja aparatu do tlenowej wentylacji wysokoprzepływowej przez nos w systemie HFNC z zestawem dezynfekcyjnym-ozonatorem, koszem, półką i stojakiem oraz wbudowanym mikserem do Szpitala Powiatowego im. PCK w Nisku.

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW WYMAGANYCH I GRANICZNYCH

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
APARAT DO TLENOWEJ WENTYLACJI WYSOKOPRZEPŁYWOWEJ PRZEZ NOS W SYSTEMIE HFNC (High-Flow Nasal Cannula) Z ZESTAWEM DEZYNFEKCYJNYM-OZONATOREM, KOSZEM, PÓLKĄ I STOJAKIEM ORAZ WBUDOWANYM MIKSEREM – 2 SZT.			
1.	Producent/Wykonawca posiadający autoryzację producenta na terenie Polski i zapewniający autoryzowany serwis producenta na terenie Polski	Tak, podać	
2.	Model, nazwa i typ	Podać	
3.	Kraj produkcji	Podać	
4.	Rok produkcji	Podać	
5.	Aparat do terapii HFNC (High-Flow Nasal Cannula) – generator wysokich przepływów ze zintegrowanym nawilżaczem i mikserem gazów dostarczający ogrzane i nawilżone gazy oddechowe pacjentom samoczynnie oddychającym poprzez łączniki: - kaniule donosowe, - łącznik tracheostomijny, - łącznik do maski twarzowej.	Tak	
6.	Mikser gazów z funkcją Auto-Control FiO ₂ – wbudowany w aparat – pozwalający na sterowanie stężeniem tlenu FiO ₂ w zakresie 21-100% z pozycji urządzenia, bez potrzeby dołączania zewnętrznego przepływomierza tlenowego. Funkcja Auto-Control FiO ₂ samoczynnie dobierająca lub zmniejszająca ilość tlenu w zależności od ustawionego na aparacie przepływu i stężenia tlenu	Tak	
7.	Cyfrowy, kolorowy wyświetlacz z 3 parametrami: temperaturą, przepływem i stężeniem tlenu FiO ₂ . Panel dotykowy. Wszystkie parametry sterowane z pozycji urządzenia	Tak	
8.	3 zakresy ustawienia temperatury: 31°C, 34°C i 37°C	Tak	
9.	2 zakresy ustawień przepływów: dzieci 2-25 l/min oraz dorośli 10-80 l/min	Tak	
10.	Stężenie tlenu w zakresie od 21% do 100%. (możliwość ustawienia alarmów dolnej i górnej granicy stężenia tlenu)	Tak	
11.	Zintegrowane mieszanie tlenu	Tak	
12.	Wbudowany sensor tlenu. Możliwość podłączenia koncentratora tlenu	Tak	
13.	Tryb osuszania aparatu i układu w przypadku przerwania terapii (99 min. cyrkulacji gorącego powietrza) zapobiegający gromadzenia się wilgotności w wyłączonym urządzeniu	Tak	
14.	Przycisk wyciszania alarmu	Tak	
15.	Sterylizacja aparatu za pomocą generatora ozonu	Tak	
16.	Waga: ok. 2,5 kg (ok. 3,5 kg z akcesoriami)	Tak	
17.	Wymiary urządzenia: ok. 358 mm x 197 mm x 165 mm	Tak	

Zaproszenie do złożenia oferty cenowej
Dostawa i instalacja pulsoksymetrów i aparatu do tlenowej wentylacji wysokoprzepływowej przez nos
do Szpitala Powiatowego im. PCK w Nisku

18.	Zasilanie: 220 V AC \pm 22 V, 50 \pm 1Hz	Tak	
19.	Pompa wewnętrzna – nie wymagająca podłączenia do sprężonego powietrza. Możliwość prowadzenia terapii tylko powietrzem z pomieszczenia	Tak	
20.	Statyw medyczny do aparatu wyposażony w półkę o wymiarach: ok. 38 cm x 30 cm, koszyk na akcesoria jednorazowe o wymiarach: ok. 27 cm x 16,5 cm (głębokość 16 cm) oraz podstawę jezdnią z 5 kółkami cichobieżnymi – (w tym 2 kółka z hamulcami)	Tak	
21.	Regulowana wysokość statywu w zakresie: 157,5 cm do 192,5 cm	Tak	
22.	Statyw wyposażony w 4 składane uchwyty do zawieszenia kroplówek i akcesoriów	Tak	
AKCESORIA JEDNORAZOWE dla 1 pacjenta na 14 dni terapii (dla dzieci i niemowląt 7 dni)			
23.	Układ do oddychania ogrzany i nawilżonym powietrzem z samonapełniającą się komorą. Układ oddechowy do terapii tlenowej HFNC (high-flow nasal cannula) o długości 185 cm. Odcinek wdechowy podgrzewany wyposażony w zatopioną grzałkę w ściankach układu oddechowego eliminujący skropliny w układzie w drenie z wbudowanym czujnikiem temperatury oraz zintegrowany ruchomy klips do mocowania. Przepływ gazów w zakresie 2 – 80 l/min. Zakończenie układu wykonane z elastycznej końcówki, zapewniające prawidłowe podłączenie do kaniuli nosowych i interfejsu do tracheostomii. Układ zapewniający pracę w zakresie przepływów 2 – 80 l/min. w zależności od wyboru rodzaju trybu pracy urządzenia. Komplet zawierający adapter z komorą nawilżacza z automatycznym pobieraniem wody, posiadającą pływak zabezpieczający przed przedostaniem się wody do układu oddechowego. Komora wyposażona w uchwyt do demontażu z urządzenia. Komora wyposażona w nakłuwacz z odpowietrznikiem oraz wskaźnik poboru wody. Układ oddechowy wraz z adapterem i komorą tworzący komplet (w jednym opakowaniu). Na opakowaniu czytelna data produkcji – 10 szt.	Tak	
24.	Kaniula donosowa do terapii tlenowej HFNC. Przystosowana do współpracy z odgrzewanymi układami oddechowymi wyposażona w regulowany pasek zakładany na głowę, umożliwiający zamocowanie kaniuli na twarzy pacjenta występująca w 3 rozmiarach do wyboru na etapie dostawy: - rozmiar M (przepływ gazów 10-70 l/min.) – 10 szt., - rozmiar L (przepływ gazów 10-80 l/min.) – 10 szt.	Tak	
25.	Łącznik tracheo do terapii tlenowej HFNC. Przystosowany do współpracy z podgrzewanymi układami oddechowymi	Tak	
26.	Filtr zapewniający dopływ czystego powietrza z pomieszczenia	Tak	
27.	Okres gwarancji minimum 24 miesiące	Tak, podać	
28.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie użytkowania aparatu do tlenowej wentylacji wysokoprzepływowej	Tak	



WZÓR FORMULARZA OFERTY

**Samodzielny Publiczny Zespół
Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nisku
ul. Kościuszki 1
37-400 Nisko**

Nawiązując do zaproszenia do udziału w postępowaniu i złożenia oferty cenowej w postępowaniu prowadzonym w trybie zapytania ofertowego znak Z.II.260.005.Zp.2021 na: **Dostawę pulsoksymetrów i aparatu do tlenowej wentylacji wysokoprzepływowej przez nos do Szpitala Powiatowego im. PCK w Nisku** oferujemy realizację dostaw objętych zapytaniem ofertowym, zgodnie z wymogami Opisu Przedmiotu Zamówienia za cenę:

Cena netto: _____ PLN.

(słownie: _____)

Cena brutto: _____ PLN.

(słownie: _____)

ZADANIE NR 1	Cena netto (bez VAT): _____ zł	słownie: _____
	Cena brutto (z VAT): _____ zł	słownie: _____
ZADANIE NR 2	Cena netto (bez VAT): _____ zł	słownie: _____
	Cena brutto (z VAT): _____ zł	słownie: _____
ZADANIE NR 3	Cena netto (bez VAT): _____ zł	słownie: _____
	Cena brutto (z VAT): _____ zł	słownie: _____

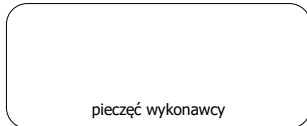
Termin płatności oferowany zamawiającemu za realizację przedmiotu zamówienia wynosi do 60 dni, tj. _____ dni od daty dostarczenia faktury.

- Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z zaproszeniem do złożenia oferty cenowej i nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.
- Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w zaproszeniu do złożenia oferty cenowej tj. do dnia: _____.
- Dostawy objęte zamówieniem zamierzamy wykonać sami* / zamierzamy zlecić podwykonawcom*.
- Oświadczamy, że w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach określonych w zaproszeniu do złożenia oferty cenowej, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
- Osoba(y) uprawnione do podpisania umowy: _____
- Adres do korespondencji e-mail: _____
- Załącznikami do niniejszej oferty są:
 - (1) _____
 - (2) _____
 - (3) _____
 - (4) _____

* - niepotrzebne skreślić

..... dnia

.....
podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy



O Ś W I A D C Z E N I E

Składając ofertę w trybie **zapytania ofertowego** na:

Dostawę pulsoksymetrów i aparatu do tlenowej wentylacji wysokoprzepływowej przez nos do Szpitala Powiatowego im. PCK w Nisku

oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu i spełniam warunki udziału w postępowaniu, określone przez Zamawiającego w ogłoszeniu o zamówieniu dotyczące:

- 1) Zdolności do występowania w obrocie gospodarczym.
- 2) Kompetencji lub uprawnień do prowadzenia określonej działalności zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów.
- 3) Sytuacji ekonomicznej lub finansowej.
- 4) Zdolności technicznej lub zawodowej.

..... dnia

.....
podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli
w imieniu Wykonawcy

U M O W A (PROJEKT)
Nr ___/Zp/2021

W dniu ___/___/2021 r. pomiędzy **Samodzielnym Publicznym Zespołem Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nisku** z siedzibą przy ul. Kościuszki 1, 37-400 Nisko, reprezentowanym przez:

1. _____
Zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym w Rzeszowie, XII Wydział Gospodarczy KRS, pod numerem: 0000028548, NIP: 865-20-74-945, REGON 000306680, zwanym dalej „Zamawiającym” a:

reprezentowanym przez:

1. _____
zwanym dalej „Wykonawcą”
Zarejestrowanym w Sądzie Rejonowym w _____, _____ Wydział Gospodarczy KRS, pod numerem _____ NIP: _____, posiadającym kapitał zakładowy: _____ zł. wpłacony w całości.

Zgodnie z wynikami postępowania o udzielenie zamówienia przeprowadzonego w trybie zapytania ofertowego z dnia 03/02/2021 r. na podstawie art. 2 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 2019 z późn. zm.) zatwierdzonymi przez p.o. Dyrektora SPZZOZ Nisko zawarta zostaje umowa o treści następującej:

§1.

PRZEDMIOT UMOWY

1. Przedmiotem umowy jest **dostawa i instalacja sprzętu medycznego^{*)} do Szpitala Powiatowego im. PCK w Nisku** zgodnie ze złożoną ofertą z dnia ___/___/2021 r. stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
2. Sprzedający zobowiązuje się dostarczyć Kupującemu: **sprzęt medyczny^{*)}** _____, którego producentem jest: _____.
3. Ponadto, zobowiązuje się zapewnić transport sprzętu medycznego^{*)}, szkolenie personelu medycznego Kupującego, w wymiarze niezbędnym dla zapewnienia płynnej pracy oraz jakości wymaganej w danej dziedzinie za cenę przyjętą w przeprowadzonym postępowaniu przetargowym, tj. _____, **zł netto (słownie: _____) + VAT**. Wartość brutto (z VAT): _____, **zł (słownie: _____)**.
4. Sprzęt medyczny^{*)} zostanie dostarczony do siedziby Kupującego na koszt i ryzyko Sprzedającego.
5. Sprzedający oświadcza, że oferowany sprzęt medyczny^{*)} jest zgodny z wymaganiami, posiada świadectwa rejestracji/dopuszczenia do obrotu i spełnia wszystkie normy wymagane przepisami prawa polskiego i Unii Europejskiej.

§2.

DOSTAWA

1. Strony ustalają, że sprzęt medyczny^{*)} zostanie dostarczony i uruchomiony w nieprzekraczalnym terminie do dnia: ___/___/2021 r.
2. Sprzedający zobowiązuje się dostarczyć Kupującemu wraz ze sprzętem medycznym^{*)} paszporty techniczne oraz instrukcje obsługi sporządzone w języku polskim.

§3.

LICENCJA

1. W ramach wynagrodzenia określonego umową Sprzedający udziela Kupującemu bezterminowych licencji na korzystanie z oprogramowania niezbędnego do korzystania i obsługi sprzętu medycznego.

§4.

WARUNKI GWARANCJI I SERWISU

1. Sprzedający udziela Kupującemu gwarancji na przedmiot niniejszej umowy na okres _____ miesięcy od dnia uruchomienia sprzętu medycznego^{*)}.
2. Sprzedający dołączy do sprzętu medycznego^{*)} kartę gwarancyjną.
3. Naprawy gwarancyjne wykonywane będą w siedzibie Kupującego. Zgłoszenie awarii bądź usterek nastąpi telefonicznie, e-mailem lub faxem.
4. Sprzedający zapewnia Kupującego, że czas oczekiwania na reakcję serwisu będzie nie dłuższy niż **48** godzin w dni robocze.

5. Sprzedający zobowiązuje się zapewnić serwis gwarancyjny sprzętu medycznego*) oraz usunąć uszkodzenie w czasie do **5** dni roboczych od chwili zgłoszenia awarii przez Kupującego oraz w czasie do **10** dni roboczych w przypadku konieczności sprowadzenia części. W przypadku nie wywiązania się z obowiązku usunięcia uszkodzenia w w/w czasie Sprzedający zobowiązany jest do zapewnienia sprzętu zastępczego.
6. Wszelkie naprawy serwisowe oraz czynności obsługowe dokonane w okresie gwarancyjnym odnotowane zostaną przez serwis Sprzedającego w karcie gwarancyjnej.
7. Przekroczenie terminu naprawy gwarancyjnej urządzenia powoduje przedłużenie okresu gwarancji o ilość dni wydłużającej się naprawy w stosunku do terminu na naprawę wynikającego z umowy.
8. Sprzedający zapewni Kupującemu odpłatny serwis pogwarancyjny na podstawie oddzielnej umowy.
9. Sprzedający zapewni Kupującemu dostępność części zamiennych przez okres **10** lat. Zasady usuwania wad fizycznych w ramach rękojmi (w tym uprawnienia Zamawiającego z tego tytułu i obowiązki Wykonawcy w tym zakresie) są takie same jak w przypadku usuwania wad fizycznych w ramach gwarancji.

§5.

WARUNKI PŁATNOŚCI

1. Strony ustalają, że za wykonanie przedmiotu umowy Kupujący zapłaci cenę ustaloną na podstawie uzgodnionych cen jednostkowych oraz ilości rzeczywiście zrealizowanych dostaw.
2. Kupujący zobowiązuje się do zapłaty za przedmiot umowy na podstawie faktury wystawionej przez Sprzedającego, przelewem w terminie do ___ dni od dnia wystawienia faktury. Jeżeli Kupujący otrzyma fakturę po upływie 5 dni od daty jej wystawienia, termin płatności liczy się od dnia doręczenia faktury Kupującemu.
3. Za dzień zapłaty Strony uznają dzień obciążenia rachunku bankowego Kupującego.
4. Przeniesienia ewentualnych zobowiązań Kupującego wobec Sprzedającego na osobę trzecią, Sprzedający może dokonać po upływie 30 dni, po uprzedzeniu Kupującego o tej czynności oraz uzyskaniu przez Kupującego zgody Powiatu Niżańskiego na cesję wierzytelności na podstawie art. 54 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

§7.

KARY UMOWNE

Strony ustalają, że w razie niewykonania lub nienależytego wykonania umowy obowiązywać będą kary umowne.

1. Sprzedający zapłaci Kupującemu kary umowne:
 - 5% wartości niezrealizowanej części zamówienia netto gdy Kupujący odstąpi od umowy z powodu okoliczności, za które odpowiada Sprzedający.
 - 0,15% wartości niedostarczonej w terminie części zamówienia netto za każdy dzień zwłoki w dostawie po planowanym terminie dostawy za poszczególne zadania z oferty, jednak nie więcej niż 10% wartości netto niedostarczonej w terminie części zamówienia.
2. Kupujący zapłaci Sprzedającemu kary umowne:
 - 5% wartości zamówienia netto za odstąpienie od umowy z przyczyn leżących po jego stronie.
3. Strony zastrzegają możliwość dochodzenia odszkodowania przenoszącego wartość kar umownych.

§8.

DOPUSZCZALNOŚĆ DOKONYWANIA ZMIAN POSTANOWIEŃ UMOWY ORAZ WARUNKI DOKONYWANIA TAKICH ZMIAN

1. Wszelkie zmiany i uzupełnienia do niniejszej umowy mogą być dokonane za zgodą obu stron wyrażoną na piśmie pod rygorem nieważności.
2. Niedopuszczalne są takie zmiany postanowień umowy oraz wprowadzenie do umowy takich postanowień niekorzystnych dla Kupującego, jeżeli przy ich uwzględnieniu należałoby zmienić treść oferty Sprzedającego, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.
3. Strony dopuszczają możliwość zmian umowy w następujących przypadkach:
 - 3.1. Zmiana stron umowy,
 - 3.2. Zmiana banków lub numerów kont bankowych stron,
 - 3.3. Zmiana stawek podatku VAT,

§9.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Oprócz przypadków wymienionych w Kodeksie Cywilnym Kupujący może odstąpić od umowy w razie wystąpienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.
2. Odstąpienie od umowy w przypadku, o którym mowa w ust. 1, może nastąpić terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o powyższych okolicznościach.
3. Zaproszenie do złożenia oferty cenowej i oferta Sprzedającego z dnia __/__/2021 r. stanowią integralną część umowy.
3. W sprawach nie uregulowanych w niniejszej umowie będą miały zastosowanie właściwe przepisy Kodeksu Cywilnego oraz ustawy o zamówieniach publicznych.
4. Ewentualne spory wynikłe na tle wykonywania niniejszej umowy rozstrzygane będą przez właściwy sąd powszechny właściwy rzeczowo i miejscowo dla Kupującego siedziby Kupującego.
5. Niniejszą umowę sporządza się w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Sprzedający:

Kupujący:

^{*)} przez sprzęt medyczny Zamawiający rozumie sprzęt wymieniony w kolejnych zadaniach, tj.:

- pulsoksymetr stacjonarno-transportowy ze stacją dokującą, kablem pacjenta i czujnikiem typu klips na palec dla dorosłych,
- pulsoksymetr stacjonarno-transportowego dla noworodków, dzieci i dorosłych z pomiarem saturacji w technologii Masimo SET z kablem pacjenta i czujnikiem typu klips na palec powyżej 30 kg,
- aparat do tlenowej wentylacji wysokoprzepływowej przez nos w systemie HFNC z zestawem dezynfekcyjnym-ozonatorem, koszem, półką i stojakiem oraz wbudowanym mikserem.

WZÓR FORMULARZA CENOWEGO

ZADANIE NR ____								
Lp.	Nazwa handlowa	J.m.	Ilość	Cena jednostki netto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto	producent/nr katalogowy
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
RAZEM								