

Projekt współfinansowany w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego i Mechanizmu Finansowego EOG

Polkowice, dnia 17 lutego 2015 r.

L. Dz. 522/2015

ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA OFERT

w postępowaniu o wartości nieprzekraczającej kwoty 30.000 euro

na: zakup oraz dostawę sprzętu dla Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych ZOZ S.A., w ramach realizacji projektu:

„Poprawa zdrowia i komfortu życia osób starszych i niesamodzielnym przez rozszerzenie zakresu opieki domowej, ambulatoryjnej i środowiskowej w Polsce” ,

współfinansowanego ze środków funduszy norweskich i funduszy EOG

W związku z brakiem dwóch ważnych ofert w prowadzonym ww. postępowaniu, ogłoszonym w dniu 30.01.2015 r., Polkowickie Centrum Usług Zdrowotnych ZOZ S.A. **powtarza zaproszenie do składania ofert:**

I. ZAMAWIAJĄCY:

Polkowickie Centrum Usług Zdrowotnych ZOZ S.A.,

ul K.B. Kominka 7,59-101 Polkowice,

tel. 76 746 08 00, fax 76 746 08 48,

e-mail: pcuz@pcuz.pl

II. OSOBY DO KONTAKTU:

1. W zakresie przedmiotu zamówienia: Iwona Wawrzyniak-Wójcik pod numerem telefonu +48 76 746 08 08 oraz adresem email: iwona.wawrzyniak@gmail.com

2. W zakresie treści zaproszenia: Agnieszka Mietlińska, tel. 783187876, e-mail: pcuz@pcuz.pl

III. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:

1. Przedmiotem zamówienia jest **zakup oraz dostawa sprzętu dla Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych ZOZ S.A., na potrzeby realizacji projektu „Poprawa zdrowia i komfortu życia osób starszych i niesamodzielnym przez rozszerzenie zakresu opieki domowej, ambulatoryjnej i środowiskowej w Polsce”** realizowanego przez Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju w ramach Programu

„Poprawa zdrowia i komfortu życia osób starszych i niesamodzielnym przez rozszerzenie zakresu opieki domowej, ambulatoryjnej i środowiskowej w Polsce”

B. Micholajska

Projekt współfinansowany w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego i Mechanizmu Finansowego EOG

Operacyjnego Ministerstwa Zdrowia „Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno - epidemiologicznych” współfinansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego i Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

Zamówienie powinno być dowieszone do siedziby Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych ZOZ S.A.

2. DOSTAWA SPRZĘTU DO SIEDZIBY ZAMAWIAJĄCEGO:

Wykonawca dostarczy w ramach wynagrodzenia sprzęt w liczbie oraz rodzaju wskazanym przez Zamawiającego na adres:

Polkowickie Centrum Usług Zdrowotnych ZOZ S.A.

ul. K.B. Kominka 7

59-100 Polkowice

3. SZCZEGÓŁOWY WYKAZ SPRZĘTU DO BADAŃ PSYCHOLOGICZNYCH:

Lp.	NAZWA PRODUKTU	SZCZEGÓŁOWY OPIS PRODUKTU	IŁOŚĆ SZTUK
1.	Aparat krzyżowy	Aparat krzyżowy do oceny szeroko pojętej koordynacji wzrokowo-ruchowej , badanie szybkości reakcji psychomotorycznej na bodźce krzyżowe. Dwa podstawowe tryby pracy: tryb swobodny, tryb wymuszony. Wymagania: ergonomiczna konstrukcja, trwałe duże przyciski, duży czytelny wyświetlacz LCD, możliwość komunikacji bezprzewodowej z komputerem w celu przesyłania wyników do karty badań (opcja), dokładność pomiarów (+/- 0,005s), automatyczne wyłączanie ekranu podczas badania, możliwość wyboru lewo/prawo ręczny, łatwość przenoszenia	1 szt.

„Poprawa zdrowia i komfortu życia osób starszych i niesamodzielnych przez rozszerzenie zakresu opieki domowej, ambulatoryjnej i środowiskowej w Polsce”

B. Michałowski

Projekt współfinansowany w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego i Mechanizmu Finansowego EOG

IV. TERMIN WYKONANIA, DOSTAWY I GWARANCJI ZAMÓWIENIA:

1. Zamówienie powinno być wykonane w terminie 14 dni od daty otrzymania zamówienia.
2. Sprzęt w ramach zamówienia należy dostarczyć do siedziby Zamawiającego.
3. Wykonawca udzieli dwuletniej gwarancji na zamówiony sprzęt.

V. WYMAGANIA FORMALNE:

1. W ofercie należy uwzględnić koszt całego zamówienia, na które składać się będą np.: koszty dostawy do siedziby Zamawiającego, itp.
2. Zamawiający nie dopuszcza składanie ofert częściowych.

VI. NAZWY I KODY CPV:

33156000-8 przyrządy do testów psychologicznych

VII. DOKUMENTY WYMAGANE WRAZ Z OFERTĄ (załączniki do formularza ofertowego):

1. Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty: wypełniony i podpisany formularz oferty cenowej wraz z załącznikami (opis przedmiotu zamówienia i formularz cenowy) – załącznik nr 1.
2. Dokumenty należy złożyć w formie oryginału.

VIII. KRYTERIA OCENY OFERT:

1. Zamawiający nie będzie oceniał ofert odrzuconych i niezgodnych z opisem przedmiotu zamówienia oraz ofert, które nie zawierają wymaganych dokumentów.
2. Wybór najkorzystniejszej oferty zostanie dokonany w oparciu o następujące kryteria:

Kryterium : cena oferty brutto – 100 %

$Cb = \frac{\text{cena oferty najtańszej}}{\text{cena oferty badanej}} \times 100 \text{ punktów}$
--

3. Zamawiający udzieli zamówienia Wykonawcy, którego oferta odpowiada wszystkim wymagom określonym przez Zamawiającego w zaproszeniu do złożenia oferty oraz została oceniona jako najkorzystniejsza, czyli uzyskała najwyższą liczbę punktów.
4. Cenę należy podać w złotych polskich, cyfrowo oraz słownie, w wartości netto i brutto, ofertę należy złożyć na formularzu ofertowym, stanowiącym załącznik do niniejszego

„Poprawa zdrowia i komfortu życia osób starszych i niesamodzielnych przez rozszerzenie zakresu opieki domowej, ambulatoryjnej i środowiskowej w Polsce”

B. Michoniewska

Projekt współfinansowany w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego i Mechanizmu Finansowego EOG

zamówienia.

5. Cena oferty winna uwzględniać wszystkie koszty związane z wykonaniem ww. zamówienia, np. koszty dostawy do siedziby Zamawiającego, itp.

6. Po dokonanych wyborze Wykonawca otrzyma zamówienie w formie pisemnej.

IX. DODATKOWE INFORMACJE:

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do modyfikowania niniejszego ogłoszenia, odwołanie oraz unieważnienie postępowania bez podania przyczyn.
2. Zamawiający dopuszcza możliwość negocjacji cen z wybranymi Wykonawcami.
3. Jeżeli w wyniku powtórzenia procedury Zamawiający nie otrzyma dwóch ważnych ofert, zlecenie zostanie udzielone Wykonawcy, który jako jedyny złoży ofertę lub po przeprowadzeniu negocjacji z jednym Wykonawcą.
4. W trakcie realizacji zamówienia Zamawiający dopuszcza wzrost wartości zamówienia do wysokości 50% wartości zamówienia określonego w zamówieniu.

X. WARUNKI PŁATNOŚCI:

Termin płatności: do 21 dni od daty doręczenia rachunku do Zamawiającego.

XI. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT:

1. Ofertę należy złożyć w formie pisemnej: pocztą na adres: Polkowickie Centrum Usług Zdrowotnych ZOZ S.A., ul. K.B. Kominka 7, 59-101 Polkowice, w nieprzekraczalnym terminie do dnia **03.03. 2015 r. do godz. 12:00**, z dopiskiem: **„Oferta cenowa na zakup oraz dostawę sprzętu dla Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych ZOZ S.A.”**, w ramach realizacji projektu **„Poprawa zdrowia i komfortu życia osób starszych i niesamodzielnych przez rozszerzenie zakresu opieki domowej, ambulatoryjnej i środowiskowej w Polsce”**, współfinansowanego ze środków funduszy norweskich i funduszy EOG.
2. Oferty otrzymane po terminie składania ofert zostaną zwrócone Wykonawcom bez otwierania.
3. Zamawiający dopuszcza możliwość zmiany terminu składania ofert.

POLKOWICKIE CENTRUM
USŁUG ZDROWOTNYCH-ZOZ S.A.
59-101 Polkowice, woj. dolnośląskie
ul. K.B. Kominka 7, tel. 746-06-00
NIP 692-22-46-830 Regon 390760862

Zatwierdzam:

PREZES ZARZĄDU
B. Michalewska
Beata Michalewska

„Poprawa zdrowia i komfortu życia osób starszych i niesamodzielnych przez rozszerzenie zakresu opieki domowej, ambulatoryjnej i środowiskowej w Polsce”

Polkowice, dn. 18.02.2015r.

Projekt współfinansowany w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego i Mechanizmu Finansowego EOG

ZAŁĄCZNIK NR 1

**DO ZAPROSZENIA DO
SKŁADANIA OFERT**

<p>(pieczęć Wykonawcy/Wykonawców)</p>	<p>OFERTA</p>
---------------------------------------	----------------------

**Polkowickie Centrum Usług
Zdrowotnych ZOZ S.A.
ul K.B. Kominka 7
59-101 Polkowice**

Nawiązując do zaproszenia do składania ofert na: **zakup oraz dostawę sprzętu dla Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych ZOZ S.A.**, w ramach realizacji projektu „Poprawa zdrowia i komfortu życia osób starszych i niesamodzielnych przez rozszerzenie zakresu opieki domowej, ambulatoryjnej i środowiskowej w Polsce”, współfinansowanego ze środków funduszy norweskich i funduszy EOG

MY NIŻEJ PODPISANI

.....
.....

(Nazwa i adres Wykonawcy)

1. SKŁADAMY OFERTĘ na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w zaproszeniu do składania ofert.

2. OŚWIADCZAMY, że zapoznaliśmy się z opisem przedmiotu zamówienia i uznajmy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania.

3. OFERUJEMY wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę:

Cena ogółem:

Cena netto

Cena brutto:

(słownie:)

4. ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ do wykonania zamówienia w terminie wskazanym w zaproszeniu do składania ofert.

5. UWAŻAMY SIĘ za związanych z niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu „Poprawa zdrowia i komfortu życia osób starszych i niesamodzielnych przez rozszerzenie zakresu opieki domowej, ambulatoryjnej i środowiskowej w Polsce”

z. michałewski

Projekt współfinansowany w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego i Mechanizmu Finansowego EOG

terminu składania ofert.

6. ZAMÓWIENIE ZREALIZUJMY sami / niżej wymienione części zamówienia zostaną powierzone do realizacji podwykonawcom (należy podać zakres):

1.....

7. WSZELKĄ KORESPONDENCJĘ w sprawie niniejszego postępowania należy kierować na poniższy adres:

.....

.....

8. OFERTĘ niniejszą składamy na kolejno ponumerowanych stronach.

9. WRAZ Z OFERTĄ składamy następujące oświadczenia i dokumenty:

-

-

-

-

..... dnia 20 ... roku

.....
(podpis Wykonawcy/Wykonawców)

„Poprawa zdrowia i komfortu życia osób starszych i niesamodzielnych przez rozszerzenie zakresu opieki domowej, ambulatoryjnej i środowiskowej w Polsce”

B. Micholewska

Projekt współfinansowany w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego i Mechanizmu Finansowego EOG

Załącznik nr 1 do formularza oferty

(Pieczęć Wykonawcy)	OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA
---------------------	-----------------------------------

MY NIŻEJ PODPISANI

.....

(Nazwa i adres Wykonawcy)

składając ofertę na: **zakup oraz dostawę sprzętu dla Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych ZOZ S.A.**, w ramach realizacji projektu: **„Poprawa zdrowia i komfortu życia osób starszych i niesamodzielnych przez rozszerzenie zakresu opieki domowej, ambulatoryjnej i środowiskowej w Polsce”**, współfinansowanego ze środków funduszy norweskich i funduszy EOG, oferujemy:

Lp.	NAZWA PRODUKTU	SZCZEGÓŁOWY OPIS PRODUKTU
1	Aparat krzyżowy	

.....
 (podpis Wykonawcy/Wykonawców)

Załącznik nr 2 do formularza oferty

„Poprawa zdrowia i komfortu życia osób starszych i niesamodzielnych przez rozszerzenie zakresu opieki domowej, ambulatoryjnej i środowiskowej w Polsce”

B. Michalewsko

Projekt współfinansowany w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowego i Mechanizmu Finansowego EOG

(Pieczęć Wykonawcy)	FORMULARZ CENOWY
----------------------------	-------------------------

MY NIŻEJ PODPISANI

.....

(Nazwa i adres Wykonawcy)

składając ofertę na: **zakup oraz dostawę sprzętu dla Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych ZOZ S.A.**, w ramach realizacji projektu: **„Poprawa zdrowia i komfortu życia osób starszych i niesamodzielných przez rozszerzenie zakresu opieki domowej, ambulatoryjnej i środowiskowej w Polsce”**, współfinansowanego ze środków funduszy norweskich i funduszy EOG, przedstawiamy ofertę cenową:

Lp.	NAZWA PRODUKTU	IŁOŚĆ SZTUK	Cena jednostkowa brutto	Wartość netto	Wartość brutto
1	Aparat krzyżowy	1 szt.			
OGÓŁEM:					

.....
(podpis Wykonawcy/Wykonawców)

„Poprawa zdrowia i komfortu życia osób starszych i niesamodzielných przez rozszerzenie zakresu opieki domowej, ambulatoryjnej i środowiskowej w Polsce”

B. Michowenke