

LANGUAGE:	PL
CATEGORY:	ORIG
FORM:	F02
VERSION:	R2.0.9.S02
SENDER:	ENOTICES
CUSTOMER:	ECAS_n0029I9s
NO_DOC_EXT:	2018-113793
SOFTWARE VERSION:	9.6.5
ORGANISATION:	ENOTICES
COUNTRY:	EU
PHONE:	/
E-mail:	przetargi@przychodniapieszyce.eu
NOTIFICATION TECHNICAL:	YES
NOTIFICATION PUBLICATION:	YES

Ogłoszenie o zamówieniu

Dostawy

Legal Basis:

Dyrektywa 2014/24/UE

Sekcja I: Instytucja zamawiająca

I.1) **Nazwa i adresy**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Miejska w Pieszycach
przetargi@przychodniapieszycy.eu

Pieszycy

58-250

Polska

Osoba do kontaktów: Urszula Słowik; Daniel Ekiel

Tel.: +48 748365362

E-mail: przetargi@przychodniapieszycy.eu

Faks: +48 748367227

Kod NUTS: PL517

Adresy internetowe:

Główny adres: <http://www.przychodniapieszycy.eu>

Adres profilu nabywcy: <http://www.przychodniapieszycy.eu>

I.2) **Informacja o zamówieniu wspólnym**

I.3) **Komunikacja**

Nieograniczony, pełny i bezpośredni dostęp do dokumentów zamówienia można uzyskać bezpłatnie pod adresem: <http://www.przychodniapieszycy.eu>

Więcej informacji można uzyskać pod adresem podanym powyżej

Oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu należy przesyłać na następujący adres:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Miejska w Pieszycach

ul. Królowej Jadwigi 1

Pieszycy

58-250

Polska

Osoba do kontaktów: Urszula Słowik; Daniel Ekiel

Tel.: +48 748365362

E-mail: przetargi@przychodniapieszycy.eu

Faks: +48 748367227

Kod NUTS: PL517

Adresy internetowe:

Główny adres: <http://www.przychodniapieszycy.eu>

I.4) **Rodzaj instytucji zamawiającej**

Podmiot prawa publicznego

I.5) **Główny przedmiot działalności**

Zdrowie

Sekcja II: Przedmiot

II.1) Wielkość lub zakres zamówienia**II.1.1) Nazwa:**

Zakup wyposażenia sali zabiegowej na potrzeby SP ZOZ Przychodnia Miejska w Pieszycach - aparat elektrochirurgiczny z koagulacją argonową (diatermia).

Numer referencyjny: ZP 6.2/7/2/2018

II.1.2) Główny kod CPV

33100000

II.1.3) Rodzaj zamówienia

Dostawy

II.1.4) Krótki opis:

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa i montaż jednego aparatu elektrochirurgicznego z koagulacją argonową przeznaczonego do zabiegów endoskopowych (diatermia) stanowiącego wyposażenie sali zabiegowej w SP ZOZ Przychodnia Miejska w Pieszycach, szczegółowo opisanego w załączniku nr 1 do SIWZ pn. „Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia”.

2. Przedmiot zamówienia wg Wspólnego Słownika Zamówień: CPV: 33.10.00.00-1 urządzenia medyczne.

3. Przedmiot zamówienia obejmuje jedno zadanie, w skład którego wchodzi następujący zakres:

a. dostawa, instalacja i uruchomienie Urządzenia;

b. opracowanie niezbędnej dokumentacji wymaganej przy instalacji Urządzenia;

a. przeszkolenie osób obsługujących Urządzenie w zakresie jego użytkowania, bieżącej eksploatacji i konserwacji;

b. udzielenie gwarancji na minimalny okres wskazany w załączniku nr 1 do SIWZ.

II.1.5) Szacunkowa całkowita wartość**II.1.6) Informacje o częściach**

To zamówienie podzielone jest na części: nie

II.2) Opis**II.2.1) Nazwa:****II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV****II.2.3) Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL517

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Miejska w Pieszycach

ul. Królowej Jadwigi 1

58-250 Pieszycy

II.2.4) Opis zamówienia:

1. Przedmiot zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest dostawa i montaż jednego aparatu elektrochirurgicznego z koagulacją argonową przeznaczonego do zabiegów endoskopowych (diatermia) jako wyposażenie sali zabiegowej na potrzeby SP ZOZ Przychodnia Miejska w Pieszycach.

Wykonawca zobowiązuje się na własny koszt i na własne ryzyko dostarczyć oraz zainstalować przedmiot zamówienia Zamawiającemu do jego siedziby w wyznaczonym dniu, w godzinach od 8.00 do 15.00.

Przedmiot zamówienia obejmuje jedno zadanie, w skład którego wchodzi następujący zakres:

a) dostawa, instalacja i uruchomienie Urządzenia;

b) opracowanie niezbędnej dokumentacji wymaganej przy instalacji Urządzenia;

c) przeszkolenie osób obsługujących urządzenie w zakresie jego użytkowania, bieżącej eksploatacji i konserwacji;

d) udzielenie gwarancji na minimalny okres wskazany w załączniku nr 1 do SIWZ.

2. Dodatkowe wymogi dotyczące realizacji przedmiotu zamówienia.

a) Zamawiający wymaga, aby zaoferowane Urządzenie były fabrycznie nowe, modele wyprodukowane w 2018 r.;

b) Zamawiający wymaga, aby Urządzenie wydane były w oryginalnych opakowaniach producenta;

c) Zamawiający wymaga, aby zaoferowane Urządzenie posiadało oznaczenie CE; spełniało wszystkie normy PN, posiadało wymagane świadectwa rejestracji.

d) Wykonawca dostarczy Zamawiającemu łącznie z przedmiotem zamówienia:

- Kartę Gwarancyjną.

- Instrukcję obsługi Urządzenia w języku polskim.

- Wykaz autoryzowanych punktów serwisowych na terenie Polski.

- Zasady świadczenia usług przez autoryzowany serwis w okresie pogwarancyjnym.

- Specyfikę katalogową (handlową) Urządzenia.

- Wykaz materiałów zużywalnych wykorzystywanych w bieżącej eksploatacji Urządzenia.

- Inne niezbędne dokumenty (opinie, certyfikaty, dopuszczenia – zgodnie z wymogami określonymi ustawą o wyrobach medycznych).

- Protokoły wykonanych badań i pomiarów określonych przepisami.

- Dokumentację serwisową.

3. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia znajduje się w załączniku nr 1 do SIWZ.

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Cena

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Początek: 02/11/2018

Koniec: 21/12/2018

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.12) **Informacje na temat katalogów elektronicznych**

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: tak

Numer identyfikacyjny projektu: RPDS.06.02.00-02-0037/16

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Sekcja III: Informacje o charakterze prawnym, ekonomicznym, finansowym i technicznym

III.1) **Warunki udziału**

III.1.1) **Zdolność do prowadzenia działalności zawodowej, w tym wymogi związane z wpisem do rejestru zawodowego lub handlowego**

Wykaz i krótki opis warunków:

Zamawiający nie określa warunku.

III.1.2) Sytuacja ekonomiczna i finansowa

Wykaz i krótki opis kryteriów kwalifikacji:

Zamawiający nie określa warunku.

III.1.3) Zdolność techniczna i kwalifikacje zawodowe

Wykaz i krótki opis kryteriów kwalifikacji:

1. Wykonawca spełni ten warunek, jeżeli wykaże, że w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, zrealizował co najmniej dwie dostawy aparatu elektrochirurgicznego z koagulacją argonową (diatermia), o wartości co najmniej 50 000 złotych każda, oraz że wykonał je w sposób należyty.

2. Ocena spełnienia w/w warunku udziału w postępowaniu dokonana zostanie zgodnie z formułą „spełnia” – „nie spełnia” w oparciu o informacje zawarte w złożonym dokumencie JEDZ. Niespełnienie warunków wymaganych od Wykonawców będzie skutkowało wykluczeniem Wykonawcy z postępowania zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 12 ustawy PZP. Zamawiający wezwie Wykonawcę, którego oferta została najwyżej oceniona, do złożenia w wyznaczonym, nie krótszym niż 10 dni terminie, dokumentów potwierdzających okoliczności, o których mowa w pkt. 1

III.1.5) Informacje o zamówieniach zastrzeżonych

III.2) Warunki dotyczące zamówienia

III.2.2) Warunki realizacji umowy:

Termin zapłaty za przedmiot zamówienia - 30 dni od daty złożenia faktury zgodnej z warunkami umowy w siedzibie Zamawiającego. Pozostałe warunki zawarte w projekcie umowy stanowiącym załącznik nr 5 do SIWZ.

III.2.3) Informacje na temat pracowników odpowiedzialnych za wykonanie zamówienia

Sekcja IV: Procedura

IV.1) Opis

IV.1.1) Rodzaj procedury

Procedura otwarta

IV.1.3) Informacje na temat umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów

IV.1.4) Zmniejszenie liczby rozwiązań lub ofert podczas negocjacji lub dialogu

IV.1.6) Informacje na temat aukcji elektronicznej

IV.1.8) Informacje na temat Porozumienia w sprawie zamówień rządowych (GPA)

Zamówienie jest objęte Porozumieniem w sprawie zamówień rządowych: nie

IV.2) Informacje administracyjne

IV.2.1) Poprzednia publikacja dotycząca przedmiotowego postępowania

IV.2.2) Termin składania ofert lub wniosków o dopuszczenie do udziału

Data: 07/09/2018

Czas lokalny: 10:00

IV.2.3) Szacunkowa data wysłania zaproszeń do składania ofert lub do udziału wybranym kandydatom

IV.2.4) Języki, w których można sporządzać oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału:

Polski

IV.2.6) Minimalny okres, w którym oferent będzie związany ofertą

Oferta musi zachować ważność do: 06/11/2018

IV.2.7) Warunki otwarcia ofert

Data: 07/09/2018

Czas lokalny: 10:15

Miejsce:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Miejska w Pieszycach, 58-250 Pieszycy, ul. Królowej Jadwigi 1, pokój oznaczony Administracja – parter.

Sekcja VI: Informacje uzupełniające

VI.1) Informacje o powtarzającym się charakterze zamówienia

Jest to zamówienie o charakterze powtarzającym się: nie

VI.2) Informacje na temat procesów elektronicznych

Stosowane będą płatności elektroniczne

VI.3) Informacje dodatkowe:

Zamawiający żąda wnieścia wadium na cały przedmiot zamówienia, w wysokości 1 500,00 zł.

Wadium wnosi się przed upływem terminu składania ofert, w jednej lub kilku następujących formach:

a) pieniądzu,

b) poręczeniach bankowych lub poręczeniach spółdzielczej kasy oszczędnościowo – kredytowej, z tym, że poręczenie kasy jest zawsze poręczeniem pieniężnym,

c) gwarancjach bankowych,

d) gwarancjach ubezpieczeniowych,

e) poręczeniach udzielanych przez podmioty, o których mowa w art. 6 b ust.5 pkt. 2 ustawy z dnia 9 listopada 2000 r. o utworzeniu Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości (t. j. Dz. U. z 2016, poz. 359 ze zm.).

Szczegółowe warunki dotyczące wadium opisano w pkt. XV SIWZ.

VI.4) Procedury odwoławcze

VI.4.1) Organ odpowiedzialny za procedury odwoławcze

Krajowa Izba Odwoławcza

ul. Postępu 17A

Warszawa

02-676

Polska

Tel.: +48 224587800

E-mail: odwolania@uzp.gov.pl

Faks: +48 224587800

Adres internetowy: <https://www.uzp.gov.pl/kio>

VI.4.2) Organ odpowiedzialny za procedury mediacyjne

ja wyżej

Warszawa

Polska

VI.4.3) Składanie odwołań

Dokładne informacje na temat terminów składania odwołań:

Dokładne informacje na temat terminów składania odwołań:

1. Każdemu Wykonawcy, a także innemu podmiotowi, jeżeli ma lub miał interes w uzyskaniu danego zamówienia oraz poniósł lub może ponieść szkodę w wyniku naruszenia przez Zamawiającego przepisów ustawy PZP przysługują środki ochrony prawnej przewidziane w dziale VI ustawy PZP - ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 z późn. zm.);

2. Środki ochrony prawnej wobec ogłoszenia o zamówieniu oraz SIWZ przysługują również organizacjom wpisanym na listę, o której mowa w art. 154 pkt 5 Ustawy.

VI.4.4) **Źródło, gdzie można uzyskać informacje na temat składania odwołań**

Krajowa Izba Odwoławcza

ul. Postępu 17A

Warszawa

02-676

Polska

Tel.: +48 224587800

E-mail: odwolania@uzp.gov.pl

Faks: +48 224587800

Adres internetowy: <https://www.uzp.gov.pl/kio>

VI.5) **Data wysłania niniejszego ogłoszenia:**

30/07/2018