

LANGUAGE:	PL
CATEGORY:	ORIG
FORM:	F02
VERSION:	R2.0.9.S02
SENDER:	ENOTICES
CUSTOMER:	ECAS_n0029I9s
NO_DOC_EXT:	2018-119262
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](mailto: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 przysyłać na adres podany powyżej

##### 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 poradni geriatrycznej na potrzeby SP ZOZ Przychodnia Miejska w Pieszycach

Numer referencyjny: 6.2/8/1/2018

###### II.1.2) **Główny kod CPV**

33100000

###### II.1.3) **Rodzaj zamówienia**

Dostawy

###### II.1.4) **Krótki opis:**

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa: pulsoksymetru; defibrylatora półautomatycznego, aparatu do długotrwałego mierzenia ciśnienia krwi; aparatu EKG (pakiet nr 1) oraz 2 szt. łóżek uniwersalnych i 2 szt.

foteli multifunkcyjnych (pakiet nr 2) stanowiących wyposażenie poradni geriatrycznej w SP ZOZ Przychodnia Miejska w Pieszycach, szczegółowo opisanych 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:

- a. dostawę i uruchomienie Urządzeń;
- b. przeszkolenie osób obsługujących Urządzenie w zakresie jego użytkowania, bieżącej eksploatacji i konserwacji;
- c. udzielenie gwarancji na minimalny okres 24 m-c oraz zasadach wskazanych w załączniku nr 5 do SIWZ.

II.1.5) **Szacunkowa całkowita wartość**

II.1.6) **Informacje o częściach**

To zamówienie podzielone jest na części: tak

Oferty można składać w odniesieniu do wszystkich części

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

Pulsoksymetr; defibrylator półautomatyczny, aparat do długotrwałego mierzenia ciśnienia krwi; aparat EKG (pakiet nr 1)

Część nr: 1

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33100000

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:**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa: pulsoksymetru; defibrylatora półautomatycznego, aparatu do długotrwałego mierzenia ciśnienia krwi; aparatu EKG (pakiet nr 1) stanowiących wyposażenie poradni geriatrycznej w SP ZOZ Przychodnia Miejska w Pieszycach.

Wykonawca zobowiązuje się na własny koszt i na własne ryzyko dostarczyć przedmiot zamówienia

Zamawiającemu do jego siedziby w wyznaczonym dniu, w godzinach od 8.00 do 15.00.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- a) Dostawę i uruchomienie Urządzenia;
- b) Przeszkolenie osób obsługujących Urządzenie w zakresie jego użytkowania, bieżącej eksploatacji i konserwacji;
- c) Udzielenie gwarancji na minimalny okres wskazany w załączniku nr 1 do SIWZ oraz zasadach wskazanych w załączniku nr 5.

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 Urządzenia wydane było w oryginalnych opakowaniach producenta;

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

**II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena / Waga: 60

Kryterium kosztu - Nazwa: Gwarancja / Waga: 30

Kryterium kosztu - Nazwa: Serwis / Waga: 10

**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****II.2) Opis****II.2.1) Nazwa:**

Łóżka uniwersalne oraz fotele multifunkcyjne (pakiet nr 2)

Część nr: 2

**II.2.2) Dodatkowy kod lub kody CPV**

33100000

**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:**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa 2 szt. łóżek uniwersalnych i 2 szt. foteli multifunkcyjnych (pakiet nr 2), stanowiących wyposażenie poradni geriatrycznej w SP ZOZ Przychodnia Miejska w Pieszycach.

Wykonawca zobowiązuje się na własny koszt i na własne ryzyko dostarczyć przedmiot zamówienia

Zamawiającemu do jego siedziby w wyznaczonym dniu, w godzinach od 8.00 do 15.00.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

a) Dostawę i uruchomienie Urządzenia;

b) Przeszkolenie osób obsługujących Urządzenie w zakresie jego użytkowania, bieżącej eksploatacji i konserwacji;

c) Udzielenie gwarancji na minimalny okres wskazany w załączniku nr 1 do SIWZ oraz zasadach wskazanych w załączniku nr 5.

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 Urządzenia wydane było w oryginalnych opakowaniach producenta;
- c) Zamawiający wymaga, aby zaoferowane Urządzenie posiadało oznaczenie CE; spełniało wszystkie normy PN, posiadało wymagane świadectwo rejestracji.

**II.2.5) Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium kosztu - Nazwa: Cena / Waga: 60

Kryterium kosztu - Nazwa: Gwarancja / Waga: 30

Kryterium kosztu - Nazwa: Serwis / Waga: 10

**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 Urządzeń:

a) pakiet nr 1 (pulsoksymetr; defibrylator półautomatyczny, aparat do długotrwałego mierzenia ciśnienia krwi; aparat EKG) o łącznej wartości co najmniej 30 000 złotych każda, oraz że wykonał je w sposób należyty;

b) pakiet nr 2 (łóżko uniwersalne; fotel multifunkcyjnych) o łącznej wartości co najmniej 40 000 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: 18/09/2018

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: 12/11/2018

IV.2.7) **Warunki otwarcia ofert**

Data: 18/09/2018

Czas lokalny: 10:15

Miejsce:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Miejska w Pieszcach, 58-250 Pieszcyce, 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**

Akceptowane będą faktury elektroniczne

**VI.3) Informacje dodatkowe:**

Zamawiający żąda wniesienia wadium na cały przedmiot zamówienia, w wysokości:

- Pakiet 1: 600,00 zł;
- Pakiet 2: 800,00 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](mailto: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****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](mailto:odwolania@uzp.gov.pl)  
Faks: +48 224587800  
Adres internetowy: <https://www.uzp.gov.pl/kio>

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

08/08/2018