

LANGUAGE:	PL
CATEGORY:	ORIG
FORM:	F02
VERSION:	R2.0.9.S02
SENDER:	ENOTICES
CUSTOMER:	ECAS_n0029I9s
NO_DOC_EXT:	2018-119359
SOFTWARE VERSION:	9.6.5
ORGANISATION:	ENOTICES
COUNTRY:	EU
PHONE:	/
E-mail:	przetargi@przychodniapieszcyce.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@przychodniapieszyce.eu

Pieszycy

58-250

Polska

Osoba do kontaktów: Urszula Słowik; Daniel Ekiel

Tel.: +48 748365362

E-mail: przetargi@przychodniapieszyce.eu

Faks: +48 748367227

Kod NUTS: PL517

Adresy internetowe:

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

Adres profilu nabywcy: <http://www.przychodniapieszyce.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.przychodniapieszyce.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 leczenia bólu na potrzeby SP ZOZ Przychodnia Miejska w Pieszycach

Numer referencyjny: ZP 6.2/8/3/2018

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: aparatu do elektroterapii, aparatu do krioterapii, aparatu do magnetoterapii, aparatu do laseroterapii, czterech łóżek zabiegowych oraz trzech stolików trójpółkowych

stanowiących wyposażenie poradni leczenia bólu 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 jedno zadanie, w skład którego wchodzi następujący zakres:

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

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:**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa i montaż: aparatu do elektroterapii, aparatu do krioterapii, aparatu do magnetoterapii, aparatu do laseroterapii, czterech łóżek zabiegowych oraz trzech stolików trójpółkowych stanowiących wyposażenie poradni leczenia bólu w 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 Urządzeń;
 - b) przeszkolenie osób obsługujących Urządzenia 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.
2. Dodatkowe wymogi dotyczące realizacji przedmiotu zamówienia.
- a) Zamawiający wymaga, aby zaoferowane Urządzenia były fabrycznie nowe, modele wyprodukowane w 2018 r.;
 - b) Zamawiający wymaga, aby Urządzenia wydane były w oryginalnych opakowaniach producenta;
 - c) Zamawiający wymaga, aby zaoferowane Urządzenia posiadały oznaczenie CE; spełniały wszystkie normy PN, posiadały wymagane świadectwa 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 tożsamy z przedmiotem zamówienia (aparatu do elektroterapii, aparatu do krioterapii, aparatu do magnetoterapii, aparatu do laseroterapii, łóżek zabiegowych, stolików trójpółkowych) o łącznej wartości co najmniej 75 000 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 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**
Akceptowane będą faktury elektroniczne
- VI.3) **Informacje dodatkowe:**
Zamawiający żąda wniesienia 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.).
Szczegóły 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:**

08/08/2018