



**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Szczecinie**

ul. Jagiellońska 44, 70-382 Szczecin, sekretariat: (0-91) 43-29-500, fax (0-91) 43-29-501

Konto bankowe: BGK 32 1130 1176 0022 2137 2520 0006, NIP 852-21-98-181, REGON 810733454, KRS 0000001757

adres internetowy: www.spzozmsw.szczecin.pl, e-mail: biuro@spzozmsw.szczecin.pl

Szczecin, 13 lutego 2017 r.

Znak sprawy: WAG-ZAP-10-.....-02/17.

**Zapytanie ofertowe o wartości nie przekraczającej 30 000,00 euro pn.:
dostawa aparatu do KTG dla SP ZOZ MSWiA w Szczecinie.**

I. Przedmiot zamówienia obejmuje: dostawę aparatu do KTG dla SP ZOZ MSWiA w Szczecinie.

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania bez podania przyczyny na każdym jego etapie.
2. Termin związania ofertą wynosi 30 dni od dnia składania ofert.

II. Wykaz dokumentów lub oświadczeń, jakie mają dostarczyć Wykonawcy w celu oceny spełniania warunków udziału w postępowaniu oraz dokumentów opisujących przedmiot zamówienia.

1. Wypełniony formularz oferty cenowej – w formie Załącznika nr 1 do Zapytania ofertowego,
2. Wypełniony formularz szczegółowej oferty cenowej – w formie Załącznika nr 2 do Zapytania ofertowego,
3. Wypełnione zestawienie wymaganych cech i parametrów techniczno-użytkowych oferowanego aparatu do KTG – w formie Załącznika nr 3 do Zapytania Ofertowego,
4. Dokument dopuszczający wykonawcę do obrotu prawnego – tj. aktualny odpis z właściwego rejestru wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

III. Opis sposobu obliczenia ceny

1. Zaoferowana cena powinna być wyrażona w polskiej walucie (PLN). Powinna ona obejmować wszystkie upusty i rabaty. Należy podawać tylko jedną cenę, w tym także jedną cenę jednostkową na produkt, bez przedstawiania opcji, wariantów, czy alternatyw. Cena powinna obejmować pełny koszt realizacji zamówienia, w szczególności: koszt transportu, koszt wniesienia we wskazane przez Zamawiającego miejsce, koszt opakowań, koszt załadunku i rozładunku.

IV. Termin realizacji zamówienia.

1. Termin realizacji zamówienia - w terminie **do 30 dni kalendarzowych** od daty zawarcia umowy.

V. Warunki płatności

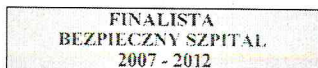
1. Termin płatności faktury: 30 dni od daty jej doręczenia do siedziby Zamawiającego.
2. Rozliczenia dot. dostawy aparatu do KTG dla SP ZOZ MSWiA w Szczecinie odbędą się po wykonaniu czynności wynikających z umowy, potwierdzonych protokołem odbioru.

VI. Kryteria i sposób oceny ofert.

1. Przy wyborze najkorzystniejszej oferty, Zamawiający będzie się kierował następującymi kryteriami i ich wagami:

Kryterium	Waga kryterium
1. Cena	100 %

ocena ofert zostanie dokonana w sposób następujący:



Kryterium 1 – Cena

Ocena w tym kryterium będzie dokonywana wg następującego wzoru:

najniższa zaoferowana cena spośród złożonych ofert

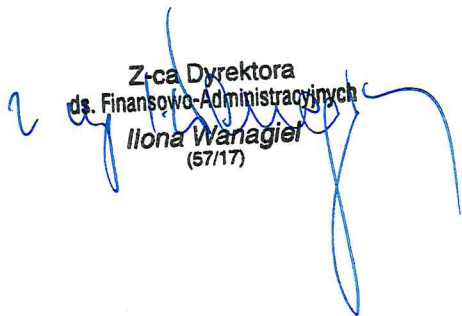
----- x 100 pkt x 100%
cena zaoferowana w ofercie badanej

Zamawiający ocenia oferty i jako najkorzystniejszą wybierze ofertę, która uzyska najkorzystniejszy bilans punktów.

VII. Miejsce i termin składania ofert.

Ofertę należy złożyć, w siedzibie Zamawiającego w Sekretariacie Dyrektora SP ZOZ MSWiA w Szczecinie lub za pośrednictwem poczty e-mail: biuro@spzozmswia.szczecin.pl, w terminie do dnia **16 lutego 2016 r., do godz. 14:00**. Sekretariat Dyrektora jest czynny od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:25 do 16:00.

VIII. Osobą wyznaczoną przez Zamawiającego do kontaktu z potencjalnymi Wykonawcami zainteresowanymi podpisaniem umowy na realizację przedmiotowego zamówienia jest: p. Łukasz Kapica – nr tel. 91 43 29 521.


Z-ca Dyrektora
ds. Finansowo-Administracyjnych
Ilona Wanagiel
(57/17)

Załączniki do Zapytania ofertowego:

- 1) Oferta cenowa – Załącznik nr 1.
- 2) Szczegółowa oferta cenowa - Załącznik nr 2.
- 3) Zestawienia parametrów techniczno-użytkowych – Załącznik nr 3.
- 4) Wzór umowy – Załącznik nr 4.

Znak sprawy: WAG-ZAP-10-.....-02/17.

.....
pieczęć Wykonawcy

.....
tel. Wykonawcy

.....
fax. Wykonawcy

.....
e-mail Wykonawcy

OFERTA CENOWA

Ja (My), niżej podpisany (ni)

.....
działając w imieniu i na rzecz:
.....
.....

w odpowiedzi na zapytanie ofertowe pn.: **dostawa aparatu do KTG dla SP ZOZ MSWiA w Szczecinie**, oferuję (my) wykonanie zamówienia za kwotę:

..... zł brutto
(słownie złotych brutto:).

1. Termin realizacji zamówienia - w terminie do 30 dni kalendarzowych od daty zawarcia umowy.
2. Termin płatności faktury określamy na 30 dni od daty jej doręczenia do siedziby Zamawiającego.
3. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z zapytaniem ofertowym i nie wnosimy do niego żadnych zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego wykonania zamówienia.
4. Oświadczamy, że zawarty w zapytaniu ofertowym wzór umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się, w przypadku wybrania naszej oferty, do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. Wykonawca oświadcza, że jest / nie jest* płatnikiem podatku VAT.
6. Oświadczamy, że cena wskazana w ofercie obejmuje **wszystkie** koszty związane z realizacją przedmiotowego zamówienia.
7. Oświadczamy, że jesteśmy związani naszą ofertą przez okres 30 dni. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.

....., dnia

.....
podpis(y)

* niepotrzebne skreślić

Znak sprawy: WAG-ZAP-10-.....-02/17.

Zapytanie ofertowe pn.:**dostawa aparatu do KTG dla SP ZOZ MSWiA w Szczecinie.****ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH****APARAT DO KTG DLA PRZYCHODNI - 1 SZT.**

Producent / firma:

Nazwa i typ:

Rok produkcji: 2017 r., aparat do KTG nowy i nieużywany.

L.p.	Opis	Parametr wymagany	Parametr oferowany
Charakterystyka			
1.	Duży, kolorowy, uchylny ekran LCD	TAK	
2.	Prezentacja mierzonych wartości liczbowo i w formie graficznej	TAK	
3.	Wyeksponowanie wykresu FHR	TAK	
4.	Monitorowanie tętna płodu/-ów (FHR lub FHR1 i FHR2) i czynności skurczowej macicy (TOCO)	TAK	
5.	W przypadku ciąży bliźniaczej – FHR1 i FHR2 mogą być wyświetlane na osobnych lub wspólnej skali	TAK	
6.	Wygodne zawieszki na głowice umieszczone na obudowie aparatu	TAK	
7.	Wbudowana drukarka termiczna z programowalną prędkością przesuwu papieru	TAK	
8.	Trójpoziomowa sygnalizacja jakości sygnału za pomocą kontrolki w czasie rzeczywistym	TAK	
9.	Alarmy definiowane przez użytkownika	TAK	
10.	Regulowana czułość głowicy TOCO	TAK	
11.	Szybki algorytm przetwarzania i rejestracji sygnałów	TAK	
12.	Interfejs cyfrowy umożliwiający pracę w systemie archiwizacji	TAK	
13.	Automatyczne przechowywanie w pamięci do min. 10 godzin lub przechowywanie min. 15 badań	TAK, podać	
14.	Automatyczny zapis daty i czasu	TAK	
15.	Ręczna (przycisk EVENT) oraz automatyczna detekcja ruchów płodu	TAK	
16.	Znacznik kliniczny dla personelu (A, B, C, D)	TAK	
17.	Programowalny timer wydruku badania NST (w zakresie 0 – 60 min)	TAK	
18.	Aparat przystosowany do montażu na ścianie	TAK	
19.	Lekka, kompaktowa obudowa	TAK	

Nie spełnienie jednego lub więcej z wymogów z tabeli spowoduje odrzucenie oferty.

....., dnia

.....

podpis osoby upoważnionej

Wzór umowy
UMOWA NR/2017/INNE
na dostawę aparatu do KTG dla SP ZOZ MSWiA w Szczecinie

zawarta w dniu 2017 r. w Szczecinie pomiędzy :

Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej MSWiA w Szczecinie, z siedzibą przy ul. Jagiellońskiej 44, 70-382 Szczecin

NIP: 852-21-98-181

REGON: 810733454

KRS: 0000001757

prowadzony przez Sąd Rejonowy Szczecin – Centrum, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego

reprezentowanym przez:

**Sylwestra Bierzanowskiego - Dyrektora,
zwanym w treści umowy „Zamawiającym, a**

.....
NIP:

REGON:

wpisany do: pod numerem:

reprezentowany(a) przez:

.....

zwaną(ym) w treści umowy „Wykonawcą”.

Niniejsza umowa zawarta zostaje w wyniku udzielenia zamówienia publicznego bez zastosowania ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2016 r. poz. 1020) na: **„Dostawę aparatu do KTG dla SP ZOZ MSWiA w Szczecinie”**, 10/2017, z uwagi na to, iż wartość zamówienia nie przekracza równowartości 30 000,00 euro.

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest jednorazowa dostawa aparatu do KTG dla SP ZOZ MSWiA w Szczecinie, zgodnie z Załącznikami nr 2 i nr 3 do przedmiotowego Zapytania ofertowego.
2. Przedmiot umowy powinien spełniać wymogi określone w złożonej przez Wykonawcę ofercie cenowej oraz szczegółowej ofercie cenowej, a także w zestawieniu wymaganych cech i parametrów technicznych przedmiotu zamówienia, na podstawie których zawierana jest umowa. Dokumenty te stanowią odpowiednio Załącznik nr 1, Załącznik nr 2 oraz Załącznik nr 3 do niniejszej umowy oraz są jej integralną częścią.
3. Dostawa dokonana będzie do siedziby Zamawiającego przy ul. Jagiellońskiej 44 w Szczecinie (do Magazynu Medycznego).
4. Wykonawca zobowiązuje się do dokonania rozładunku zamawianych i dostarczonych produktów w miejscu wskazanym przez Zamawiającego, tj. w punkcie określonym w ust. 3
5. Wykonawca oświadcza, iż dostarczane przez niego narzędzia są dopuszczone do użytku szpitalnego, mają oznaczenie CE określające zgodność z normami Unii Europejskiej i posiadają odpowiednie dokumenty potwierdzające ten fakt. Na żądanie Zamawiającego dokumenty te Wykonawca przedłoży Zamawiającemu.
6. Wykonawca oświadcza, że sprzedawał będzie produkty fabrycznie nowe i nieobciążone prawami osób trzecich.
7. Dane do kontaktu z Zamawiającym:
 - 1) e-mail: biuro@spzozmswia.szczecin.pl ,
 - 2) nr tel.: 91 43 29 518.
8. Dane do kontaktu z Wykonawcą:
 - 1) e-mail: ,
 - 2) nr tel.:

§ 2

1. Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć na własny koszt i ryzyko przedmiot zamówienia do siedziby Zamawiającego w Szczecinie przy ul. Jagiellońskiej 44, do miejsca wskazanego przez Zamawiającego, wraz z wniesieniem.
2. Wykonawca zobowiązany jest do zrealizowania dostawy w nieprzekraczalnym terminie do **30 dni** kalendarzowych od daty zawarcia umowy.

4

3. W przypadku odmowy dostarczenia zamówienia w terminie, Zamawiający jest uprawniony do zakupu tego zamówienia u podmiotu trzeciego na ryzyko Wykonawcy. W takim przypadku Wykonawca będzie zobowiązany do ewentualnego zwrotu różnicy w kosztach zakupu oraz pokrycia innych kosztów, które poniesie Zamawiający.
4. Zamawiane produkty dostarczane będą w opakowaniach producenta. Koszt opakowań spoczywa na Wykonawcy

§ 3

1. Warunki serwisu gwarancyjnego:
 - 1) wymagany minimalny okres gwarancji wynosi **12 miesięcy**,
 - 2) w przypadku sprzeczności zapisów pomiędzy gwarancją producenta, a treścią umowy pierwszeństwo w interpretacji przepisów będą miały zapisy umowy.
2. Wykonawca udziela Zamawiającemu gwarancji jakości oraz ilości na dostarczane przez siebie produkty.
3. Reklamacje jakościowe i ilościowe winny być zgłaszane Wykonawcy niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 7 dni od daty stwierdzenia wady.
4. Wykonawca zobowiązany jest do uzupełnienia ilościowego lub wymiany wadliwych produktów na pozbawione wad w terminie 7 dni kalendarzowych od daty powiadomienia o wadzie.
5. W przypadku nie usunięcia wad w terminie określonym w ust. 3 Zamawiający ma prawo do zakupu danej partii przedmiotu umowy u podmiotu trzeciego na koszt i ryzyko Wykonawcy.

§ 4

1. Strony ustalają szacunkową wartość umowy na kwotę: zł brutto (słownie złotych brutto:).
2. Wynagrodzenie ustalone wg ust. 1 ma charakter stały i jest niezmiennie przez cały czas trwania umowy.
3. Zapłata za dostawę przedmiotu umowy nastąpi przelewem na rachunek wskazany przez Wykonawcę na podstawie prawidłowo wystawionej przez niego faktury. Podstawą do wystawienia faktury będzie protokół zdawczo – odbiorczy przedmiotu umowy.
4. Uiszczenie zapłaty nastąpi po dokonaniu odbioru przedmiotu umowy, w terminie do **30 dni** od dnia doręczenia faktury Zamawiającemu w formie papierowej.
5. Wykonawca zobowiązany jest do umieszczenia w treści faktury numeru umowy na poczet, której została wystawiona faktura.
6. Za dzień zapłaty uznaje się dzień obciążenia rachunku Zamawiającego.
7. Z tytułu opóźnienia zapłaty ceny, o której mowa w ust. 1, Wykonawcy przysługują odsetki ustawowe.

§ 5

1. Wykonawca zobowiązuje się zapłacić Zamawiającemu karę umowną, z tytułu:
 - 1) opóźnienia w dostarczeniu przedmiotu zamówienia w wysokości 1% wartości ceny za każdy dzień opóźnienia,
 - 2) zwłoki w usunięciu wady, usterki w wysokości 2% wartości wynagrodzenia Wykonawcy za każdy dzień zwłoki,
 - 3) jednostronnego rozwiązania umowy przez którąkolwiek ze stron z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy w wysokości 10 % łącznej szacunkowej wartości umowy określonej w § 4 ust. 1 umowy.
2. Zamawiający będzie mógł dochodzić odszkodowania uzupełniającego, które przewyższa kary umowne.
3. Roszczenie o zapłatę kar umownych z tytułu opóźnienia, ustalone za każdy rozpoczęty dzień opóźnienia, staje się wymagalne:
 - 1) za pierwszy rozpoczęty dzień opóźnienia – w tym dniu,
 - 2) za każdy następny rozpoczęty dzień opóźnienia – odpowiednio w każdym z tych dni.

§ 6

1. Zamawiający upoważniony jest do jednostronnego odstąpienia od umowy ze skutkiem natychmiastowym w terminie 14 dni od zaistnienia wskazanych niżej okoliczności, tj. w przypadku gdy:
 - 1) Wykonawca opóźnia się w dostawie przedmiotu umowy przez okres dłuższy niż 30 dni,
 - 2) Wykonawca dostarczył sprzęt wadliwy i odmawia usunięcia wad.
2. Wykonawcy przysługuje prawo do jednostronnego odstąpienia od umowy w przypadku, gdy Zamawiający opóźnia się z dokonaniem zapłaty przez okres dłuższy niż 60 dni.
3. Z uprawnienia, o którym mowa w ust. 1 i 2, uprawniona strona ma prawo skorzystać w terminie 30 dni od daty powstania tej przesłanki rozwiązania umowy.

§ 7

Wszelkie zmiany umowy mogą nastąpić jedynie za zgodą stron i wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 8

Wszelkie załączniki podpisane przez obie strony stanowią integralną część niniejszej umowy.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego.

§ 10

Wszelkie spory wynikłe z niniejszej umowy rozstrzygane będą przez właściwy rzeczowo sąd powszechny w Szczecinie.

§ 11

Umowa zostaje sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

WYKONAWCA:

PODPISY STRON:

ZAMAWIAJĄCY:

Załączniki do umowy:

1. Załącznik nr 1 – Oferta cenowa.
2. Załącznik nr 2 – Szczegółowa oferta cenowa.
3. Załącznik nr 3 – Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych.

SZCZEGÓŁOWA OFERTA CENOWA

Znak sprawy: WAG-ZAP-10-.....-02/17.

Lp.	Przedmiot zamówienia	OPIS	Producent, nazwa oferowanego sprzętu oraz nr katalogowy	Ilość szt.	Cena jednostkowa netto	Stawka VAT (%)	Wartość brutto (5 x 6 + VAT)
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Aparat do KTG	w załączniku nr 3 do zapytania ofertowego		1			
RAZEM:							

....., dnia

.....
podpis osoby upoważnionej

