

INFORMACJA DLA WYKONAWCÓW

dot.: ZP/58/ZCOSzpSp/2018 „Dostawa mebli medycznych ”

Zamawiający w odpowiedzi na pytania Wykonawców wyjaśnia:

Pytanie 1: dot. Pakietu nr 1. Poz. 1

Czy Zamawiający zamiast pojedynczych kasetonów dopuści kasetony (z wyposażeniem zgodnym z SIWZ) w poniższej konfiguracji:

4 x kaseton elektryczno-gazowy (2 stanowiskowy) o długości łącznej 4 m (2 m na jedno stanowisko)

1x kaseton elektryczno-gazowy pojedynczy o długości 1,6m

1x kaseton elektryczno-gazowy pojedynczy o długości 1,1m ?

Odpowiedź:

Zamawiający dokonuje modyfikacji opisu przedmiotu zamówienia, w załączeniu przekazuje aktualny załącznik nr 1a formularz cenowy i załącznik nr 6, który należy uwzględnić przy sporządzaniu oferty.

Pytanie nr 2: dot. Pakietu nr 1. Poz. 1

Czy Zamawiający przewiduje konieczność dociągnięcia instalacji z innego miejsca niż docelowe miejsce montażu kasetonów? Jeżeli tak to o ile metrów?

Odpowiedź:

Zamawiający potwierdza posiadanie jednego wyjścia ze ściany z dwoma gazami oraz przewodami elektrycznymi. Zamawiający wymaga dociągnięcia w belce kasetonów gazów tj. tlen i próżnia, przewodów elektrycznych i przywówowych tak aby zapewnić odbiór mediów we wszystkich stanowiskach. Gazy i gniazda mają znajdować się po prawej stronie nad stanowiskami łózkowymi.

Pytanie nr 3: dot. Pakietu nr 1. Poz. 1

Prosimy o weryfikację dotyczącą posiadanych oprowadzeni instalacji gazów medycznych we wszystkich salach tj. zweryfikowanie czy wszystkie wymagane przez Zamawiającego punkty poborów gazów medycznych mają swoje niezależne instalacje (rurociagi) w miejscu docelowego montażu. Jeżeli Zamawiający nie posiada, którejs z instalacji prosimy o informację czy Zamawiający wymaga jej doprowadzenia z innego miejsca czy może Zamawiający zmieni zapis w SIWZ i zrezygnuje z danego punktu podboru gazu wraz z jego instalacją.

Odpowiedź:

Zamawiający posiada punkty poboru gazów medycznych w miejscu docelowego montażu.

Zamawiający w załączeniu przekazuje aktualny załącznik nr 1, 1a oraz 6 do siwz.

Zamawiający jednocześnie zawiadamia, iż termin składania i otwarcia ofert ulega zmianie;

Oferty należy składać do dnia 19.09.2018r godz. 8.30

Termin otwarcia ofert przypada na dzień 19.09.2018r godz. 9.00

Zamawiający zawiadamia i ż zmianie ulega termin realizacji zamówienia i w zawiązku z tym zapisy siwz w pkt. IV., w formularzu ofertowym pkt. V oraz par. 4 ust. 1 załącznika nr 5 otrzymują brzmienie jn:

Pkt. IV siwz - „IV. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA Realizacja zamówienia : do 4 tygodni od podpisania umowy”

Pkt. V załącznika nr 1 - „V. Oświadczam, iż zrealizuję zamówienia zrealizuję : do 4 tygodni od podpisania umowy”

Par. 4 ust. 1 załącznika nr 5 – „1. Wykonawca zobowiązuje się do dostarczenia kompletnych mebli zgodnego z SIWZ, ich montażem i uruchomieniem, na swój koszt i ryzyko do miejsca wskazanego przez Zamawiającego tj. Zagłębiowskie Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej przy ul. Szpitalnej 13 w terminie do 4 tygodni od podpisania umowy”.

2 up. Dyrektor
Pełnomocnik Dyrektora
ds. Eksploatacji i Inwestycji
Zagłębiowskie Centrum Onkologii
Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza
w Dąbrowie Górniczej
mgr inż. Monika Sroga

Załącznik nr 1 – wzór

**FORMULARZ OFERTOWY
do postępowania na „Dostawa mebli medycznych”**

Pakiet nr -
(wpisać nr pakietu) (wpisać nazwę pakietu)

ZAMAWIAJĄCY:

Zagłębiowskie Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej, ul. Szpitalna 13, 41 – 300 Dąbrowa Górnicza

WYKONAWCA*

Niniejsza oferta zostaje złożona przez:

Nazwa Wykonawcy
Adres Wykonawcy
Województwo
Nr telefonu
Nr faksu
adres e-mail.....
KRS lub wpis do ewidencji
REGON
NIP

I. Ja (my) niżej podpisany(i) oświadczam(y), że:

- 1)zapoznałem się z treścią siwz dla niniejszego zamówienia,
- 2)gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z treścią: SIWZ, wyjaśnień do SIWZ oraz jej modyfikacji,
- 3)niniejsza oferta wiąże nas przez **30 dni** od upływu ostatecznego terminu składania ofert,
- 4)akceptuję bez zastrzeżeń wzór umowy,
- 5)w przypadku wybrania mojej (naszej) oferty za najkorzystniejszą zobowiązuje(emy) się zawrzeć umowę w miejscu i terminie jakie zostaną wskazane przez Zamawiającego,
- 6)nie zamierzam(y)powierzać do podwykonania żadnej części niniejszego zamówienia/następujące części niniejszego zamówienia zamierzam(y) powierzyć podwykonawcom**

lp	Część/zakres zamówienia	Nazwa(firma)podwykonawcy

7)Wybór oferty prowadzić będzie do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w zakresie***.Wartość wynosi:***

II. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach określonych w SIWZ za wynagrodzeniem całkowitym do wysokości kwoty, zgodnie z załącznikiem nr 1a:

netto :PLN tj. słownie :
brutto :PLN tj. słownie :
w tym podatek VAT w wysokości :% w kwociesłownie :

III. Oferuję termin płatności (przedział od 30 do 60 dni)

IV. Udzielam gwarancji m-cy licząc od daty końcowego ostatecznego odbioru przedmiotu zamówienia (minimalna długość okresu gwarancji 12 m – cy)

V. Oświadczam, iż zrealizuję zamówienia zrealizuję : do 4 tygodni od podpisania umowy

VI. Oświadczam, że:

1. uzyskałem zgodę wszystkich osób fizycznych, których dane są zawarte w ofercie oraz uzyskam zgodę wszystkich osób fizycznych wskazanych w uzupełnieniach i wyjaśnieniach do oferty, na przetwarzanie danych osobowych w związku z prowadzonym postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego;
2. poinformowałem wszystkie osoby fizyczne, których dane są zawarte w ofercie oraz poinformuję wszystkie osoby wskazane w uzupełnieniach i wyjaśnieniach do oferty, że dane zostaną udostępnione Zamawiającemu;
3. poinformowałem wszystkie osoby fizyczne, których dane są zawarte w ofercie oraz poinformuję wszystkie osoby fizyczne wskazane w uzupełnieniach i wyjaśnieniach do oferty, że zgodnie z art. 96 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych protokół wraz z załącznikami jest jawny oraz, iż załącznikiem do protokołu są m.in. oferty i inne dokumenty i informacje składane przez wykonawców.

***Uwaga:** w przypadku Wykonawców składających ofertę wspólną należy wskazać wszystkich Wykonawców występujących wspólnie lub zaznaczyć, iż wskazany podmiot (pełnomocnik/ lider) występuje w imieniu wszystkich podmiotów składających ofertę wspólną

****Uwaga - niepotrzebne skreślić**

*****Uwaga:** wypełnić, o ile wybór oferty prowadziłby do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, w przeciwnym razie pozostawić niewypełnione

Data

.....
podpis i pieczęć osób(-y) wskazanych w dokumencie
upoważniającym do występowania w obrocie
prawnym lub posiadające pełnomocnictwo

WZÓR

Załącznik nr 1a

FORMULARZ CENOWY

Składając w imieniu :

.....
ofertę w przetargu nieograniczonym na zadanie:

„Dostawa mebli medycznych ”

oferuję realizację zamówienia zgodnie z poniższymi cenami :

Pakiet nr 1* – Dostawa+ montaż kasetonów (paneli)

Lp	Nazwa sprzętu	j.m	ilość	Cena jednostkowa netto za sztukę	Wartość netto	VAT	Wartość brutto
1	Kasetony (panel) elektryczno –gazowe długość 400 cm +/- 10%	Szt	4				
2	Kasetony (panele) elektryczno –gazowe długość 110 cm – 160 cm	szt	3				
RAZEM:							

Pakiet nr 2* – Dostawa mebli medycznych

Lp	Nazwa sprzętu	j.m	ilość	Cena jednostkowa netto za sztukę	Wartość netto	VAT	Wartość brutto
1	Moduł kąpielowy z modulem zabiegowym	szt	1				
2	Szafka wisząca dwudrzwiowa	szt	1				
RAZEM:							

Pakiet nr 3* – Dostawa stojaka na kroplówki

Lp	Nazwa sprzętu	j.m	ilość	Cena jednostkowa netto za sztukę	Wartość netto	VAT	Wartość brutto
1	Stojak na kroplówki	szt	5				
RAZEM:							

* Wykonawca wypełnia tabelę dotyczącą pakietu w zakresie którego składa ofertę.

Wszystkie wartości winny być obliczone do dwóch miejsc po przecinku

.....
Data

.....
podpis i pieczęć osób(-y) wskazanych w dokumencie
upoważniającym do występowania w obrocie prawnym
lub posiadające pełnomocnictwo

***niepotrzebne skreślić**

Załącznik nr 6**Specyfikacja techniczna oferowanego sprzętu****WYKONAWCA****.....**

Poniższe tabela określają minimalne parametry oferowanego przedmiotu zamówienia, których Zamawiający bezwzględnie wymaga.

*** Wykonawca wypełnia tabelę dotyczącą pakietu w zakresie którego składa ofertę.**

Przedmiot zamówienia: Pakiet nr 1*: Dostawa kasetonów (paneli)**1. Kaseton elektryczno-gazowy- 4 szt - dla dwóch stanowisk****Dostawa + montaż**

Producent:	
Oferowany model:	
Kraj pochodzenia:	
Rok produkcji: fabrycznie nowy rok produkcji od 2018r	

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
	I PARAMETRY TECHNICZNE		
1.	Kaseton elektryczno-gazowy ścienny poziomy wykonany z profili aluminiowych z oddzielnymi kanałami dla instalacji gazów medycznych i instalacji elektrycznej, malowany na wybrany kolor przez Zamawiającego (3 kolory do wyboru)- długość 400 cm+/- 10%	Tak, podać	
2.	Mocowany do ściany poziomy panel zasilania medycznego ze zintegrowanymi w swej obudowie gniazdami elektrycznymi, gazowymi i teletechnicznymi	Tak, podać	
3.	Układ kasetonu - poziomym, w tym: - wymiar wysokość 260 mm - 300mm, głębokości nie większej niż 75 mm i długość 4,0m +/-10%	Tak, podać	
4.	Urządzenie powinno być łatwe w utrzymaniu czystości -gładkie powierzchnie bez wystających wkrętów i innych elementów połączeniowych, kształty zaokrąglone, bez ostrych krawędzi i kantów	Tak, podać	

5.	Wyposażenie dla 1 stanowiska Od frontu dostępne gniazda gazowe kompatybilne z systemem AGA/ stanowisko: - gniazdo 1x O2/1xVAC Od frontu dostępne gniazda elektryczne/ stanowisko: - gniazdo 230V/16A 3 szt. + DATA 1 szt. - gniazdo ekwipotencjalne 2 szt. - gniazdo teleinformatyczne 2RJ45 1 szt.	Tak, podać	
6.	Wyposażenie dodatkowe na 1 stanowisko: - 1x oświetlenie miejscowe min 2x5W LED - włącznik w panelu - 1 x oświetlenie nocne min 1x0,6W LED - włącznik w panelu - 1xotwór technologiczny z zaślepką umożliwiający montaż systemu przyzywowego	Tak, podać	
7.	Urządzenie zakwalifikowane do wyrobów medycznych klasy IIb,	Tak, podać	
8.	Deklaracja zgodności CE lub równowazna	Tak, podać	
9.	Wpis lub zgłoszenie do URPLW MiPB,	Tak, podać	
10.	Certyfikat producenta wyrobów medycznych PN-EN ISO 13485 lub równoważny	Tak, podać	
11.	Certyfikat PN-EN ISO 9001 - projektowanie, serwis, produkcja sprzętu medycznego lub równoważny	Tak, podać	
Warunki gwarancji			
1.	Gwarancja min. 12 miesiące	Tak, podać	
2.	Instrukcji obsługi w języku polskim przy dostawie	Tak, podać	
3.	Serwis pogwarancyjny min.10 lat	Tak, podać	
Wyposażenie dodatkowe			
1.	Pilot do systemu przyzywowego do każdego stanowiska	Tak	

2. Kaseton elektryczno-gazowy- 3 szt

Dostawa + montaż

Producent:	
Oferowany model:	
Kraj pochodzenia:	
Rok produkcji: fabrycznie nowy rok produkcji od 2018r	

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
I PARAMETRY TECHNICZNE			
1.	Kaseton elektryczno-gazowy ścienny poziomy wykonany z profili aluminiowych z oddzielnymi kanałami dla instalacji gazów medycznych i instalacji elektrycznej, malowany na wybrany kolor przez Zamawiającego (3 kolory do wyboru)	Tak, podać	
2.	Mocowany do ściany poziomy panel zasilania medycznego ze zintegrowanymi w swej obudowie gniazdami elektrycznymi, gazowymi i teletechnicznymi	Tak, podać	
3.	Układ kasetonu - poziomym, w tym: - wymiar wysokość 260 mm +/- 10 mm, głębokości nie większej niż 75 mm i długość min. 1,1 m – 1,6m	Tak, podać	
4.	Urządzenie powinno być łatwe w utrzymaniu czystości -gładkie powierzchnie bez wystających wkrętów i innych elementów połączeniowych, kształty zaokrąglone, bez ostrych krawędzi i kantów	Tak, podać	
5.	Od frontu dostępne gniazda gazowe kompatybilne z systemem AGA/ stanowisko: - gniazdo 1x O2/ 1xVAC Od frontu dostępne gniazda elektryczne/ stanowisko: - gniazdo 230V/16A 3 szt. + DATA 1 szt. - gniazdo ekwipotencjalne 2 szt. - gniazdo teleinformatyczne 2RJ45 1 szt.	Tak, podać	
6.	Wypożyczenie dodatkowe na 1 stanowisko: - 1x oświetlenie miejscowe min 2x5W LED - włącznik w panelu - 1 x oświetlenie nocne min 1x0,6W LED - włącznik w panelu -1xotwór technologiczny z zaślepką umożliwiający montaż systemu przyzywowego	Tak, podać	
7.	Urządzenie zakwalifikowane do wyrobów medycznych klasy IIb,	Tak, podać	
8.	Deklaracja zgodności CE lub równoważne	Tak, podać	
9.	Wpis lub zgłoszenie do URPLW MiPB	Tak, podać	
10	Certyfikat producenta wyrobów medycznych PN-EN ISO 13485 lub równoważny	Tak, podać	
11.	Certyfikat PN-EN ISO 9001 - projektowanie, serwis, produkcja sprzętu medycznego lub równoważny	Tak, podać	
Warunki gwarancji			
1.	Gwarancja min. 12 miesiące	Tak, podać	
2.	Instrukcji obsługi w języku polskim przy dostawie	Tak, podać	

3.	Serwis pogwarancyjny min.10 lat	Tak, podać	
Wyposażenie dodatkowe			
1.	Pilot do systemu przyzywowego do każdego stanowiska	Tak	

Przedmiot zamówienia: Pakiet nr 2*: Dostawa mebli medycznych

<u>Meble medyczne</u>	
<u>Dostawa+ montaż</u>	
Producent:	
Oferowany model:	
Kraj pochodzenia:	
Rok produkcji: fabrycznie nowy rok produkcji od 2018r	

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
	I PARAMETRY TECHNICZNE		
	Szafka wisząca dwudrzwiowa		
1.	Szafka wisząca jednokomorowa z 1 półką w środku , Front: 2x drzwi pełne otwierane skrzydłowo , szafka wyposażona w zamek	Tak, podać	
2.	szafka wykonana w systemie stelaża aluminiowego anodowanego lub lakierowanego proszkowo na wybrany kolor z palety RAL (do wyboru min.20 kolorów) z zamkniętych profili aluminiowych i złączek ABS, wymiar profilu 25x25mm	Tak, podać	
3.	wypełnienie szafki z płyty meblowej, laminowanej o grubości 18 mm w wybranym kolorze (do wyboru min. 20 kolorów) drzwi oklejone okleiną PCV o grubości 2mm, okleina w kolorze płyty	Tak, podać	
4.	wszystkie uchwyty do drzwiczek wykonane z anodowanego aluminium, bez ostrych krawędzi w kształcie wydłużonej litery C	Tak, podać	
5.	Wymiar szafki: 900x300x600 mm ± 10 mm [szer.xgł.x wys.]	Tak, podać	
6.	Deklaracja zgodności CE	Tak, podać	

7.	Certyfikat producenta wyrobów medycznych PN-EN ISO 13485 lub równoważny	Tak, podać	
8.	Certyfikat PN-EN ISO 9001 - projektowanie, serwis, produkcja sprzętu medycznego lub równoważny	Tak, podać	
Moduł kąpielowy z modulem zabiegowym			
1.	Moduł kąpielowy: - stelaż z zamkniętych profili aluminiowych i złączek ABS, anodowany lub lakierowany proszkowo na kolor wybrany przez Zamawiającego - wymiar profilu min. 25x25mm - uchwyty do otwierania szuflad - anodowane aluminium w kształcie wydłużonej litery C - wypełnienie z płyty meblowej obustronnie laminowanej o grubości 18 mm w wybranym kolorze (do wyboru min. 20 kolorów) drzwi oklejone okleiną PCV o grubości 2mm, okleina w kolorze płyty - wanienka z laminatu poliestrowo-szklanego - szafka na nóżkach, z możliwością wypoziomowania (10 mm) - otwór technologiczny pod baterię (na życzenie Zamawiającego) Wymiary: 800x580x900 mm (+/- 10 mm)	Tak, podać	
2.	Mobilny moduł zabiegowy (przewijak): - 3 szuflady, - uchwyty do otwierania szuflad - anodowane aluminium w kształcie wydłużonej litery C - stelaż z zamkniętych profili aluminiowych i złączek ABS, anodowany lub lakierowany proszkowo na kolor wybrany przez zamawiającego - wymiar profilu min. 25x25mm - wypełnienie z płyty meblowej obustronnie laminowanej o grubości 18 mm w wybranym kolorze (do wyboru min. 20 kolorów), szuflady oklejone okleiną PCV o grubości 2mm, okleina w kolorze płyty - blat z laminatu poliestrowo-szklanego z przegłębieniem - nóżki z możliwością poziomowania wysokości (10 mm) - tapicerowany materacyk (min. 15 kolorów do wyboru) Wymiary: 700x580x900 mm (+/- 10 mm)	Tak, podać	
3.	Deklaracja zgodności CE lub równoważny	Tak, podać	
4.	Wpis lub zgłoszenie do URW MiPB,	Tak, podać	
5.	Atest Higieniczny na tapicerkę materacyka,	Tak, podać	
6.	Atest Higieniczny na meble medyczne	Tak, podać	
7.	Certyfikat producenta wyrobów medycznych PN-EN ISO 13485 lub równoważny	Tak, podać	

8.	Certyfikat PN-EN ISO 9001 - projektowanie, serwis, produkcja sprzętu medycznego lub równoważny	Tak, podać	
Warunki gwarancji			
1.	Gwarancja min. 12 miesięcy	Tak, podać	

Przedmiot zamówienia: Pakiet nr 3*: Dostawa stojaka na kroplówki

Stojak na kroplówki- 5 szt	
Producent:	
Oferowany model:	
Kraj pochodzenia:	
Rok produkcji: fabrycznie nowy rok produkcji od 2018r	

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
I PARAMETRY TECHNICZNE			
1.	Podstawa wykonana ze stali lakierowanej proszkowo	Tak, podać	
2.	Podstawa jezdna z blokadą co najmniej dwóch kół	Tak, podać	
3.	Regulowana kolumna z 4 uchwytami na kroplówki	Tak, podać	
4.	Maksymalne obciążenie jednego uchwytu 0,5kg	Tak, podać	
Warunki gwarancji			
1.	Gwarancja min 12miesięcy	Tak, podać	

Uwaga:

1) Parametry "Tak" są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
2) Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji

Wszystkie normy i przepisy, które spełniać ma sprzęt obowiązują wg poprawionego wydania obowiązujących norm. W przypadku gdy normy i przepisy odnoszą się do konkretnego kraju, regionu mogą być również stosowane inne odpowiednie normy zapewniające równy lub wyższy poziom wykonania.

Data

.....
Podpis i pieczęć osób(-y) wskazanych w dokumencie
upoważniającym do występowania w obrocie prawnym
lub posiadające pełnomocnictwo