

Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruzlicy

ul. Narutowicza 80, 05-400 Otwock, tel. (22) 344 64 00, 344 64 71, FAX (22) 344-64-74, centr. (22) 344 62 00 <http://www.otwock-szpital.pl> e-mail: sekretariat.otw@otwock-szpital.pl

MCLChPiG -GrIV A/ 3/ ZO/17

OTWOCK, DN. 16.02.2017 r.

ZAPYTANIE OFERTOWE

Na Dostawę

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest :

Testy kasetowe do diagnostyki mikrobiologicznej

2. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia stanowi załącznik do oferty

3. Zamawiający nie dopuszcza możliwości składania ofert częściowych.

4. Zamawiający dopuszcza możliwości powierzenia części lub całości zamówienia podwykonawcom.

II. WYMAGANY TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Wykonawca będzie świadczył opisane wyżej usługi w okresie 12 miesięcy od podpisania umowy .

III. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

Oferent powinien stworzyć ofertę w języku polskim na formularzu załączonym do niniejszego zapytania.

Oferta powinna być:

- opatrzona pieczętką firmową,
- posiadać datę sporządzenia,
- zawierać adres lub siedzibę oferenta, numer telefonu, numer NIP,
- podpisana czytelnie przez oferenta.

IV. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Oferta powinna być przesłana za pośrednictwem: poczty, kuriera lub też dostarczona osobiście na adres: Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy , 05-400 Otwock, ul. Narutowicza 80 **do dnia 27.02.2017r do godz. 14:00** .

2. Ocena ofert zostanie dokonana w terminie 7 dni od składania ofert, wyniki i wybór najkorzystniejszej oferty zostanie ogłoszony w siedzibie Zamawiającego : 05-400 Otwock ul. Narutowicza 80 oraz na stronie internetowej pod adresem www.otwock-szpital.pl

3. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.

4. Oferent może przed upływem terminu składania ofert zmienić lub wycofać swoją ofertę.

5. W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od oferentów wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.

6. Zapytanie ofertowe zamieszczono na stronie internetowej Zamawiającego: www.otwock-szpital.pl

V. OCENA OFERT

Przy wyborze oferty Zamawiający będzie kierował się następującymi kryteriami:

Kryterium wyboru	Znaczenie
. Cena oferty	100,00%

ZASADY OCENY OFERT WEDŁUG USTALONYCH KRYTERIÓW

Oferty będą oceniane w odniesieniu do najkorzystniejszych warunków przedstawionych przez wykonawców w zakresie każdego w/w kryterium.

Oferta wypełniająca w najwyższym stopniu wymagania określonego kryterium, otrzyma maksymalną ilość punktów. Pozostałym ofertom przypisana zostanie odpowiednio mniejsza liczba punktów.

Ad. algorytm oceny kryterium **cena oferty:**

Cena najniższa

$Wp (C) = \text{-----} \times 100\%$, gdzie:

Cena oferty badanej

Cena min.– najniższa cena spośród wszystkich ocenianych ofert

Oferta, która w sumie uzyska największą ilość punktów zostanie wybrana jako najkorzystniejsza.

VI. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYBORU NAJKORZYSTNIEJSZEJ OFERTY

O wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający zawiadomi oferentów za pośrednictwem strony internetowej znajdującej się pod adresem www.otwock-szpital.pl

VII. DODATKOWE INFORMACJE

- 1) Oferent może zwrócić się do Zamawiającego z pisemną (lub wysłaną drogą elektroniczną – e-mailem na adres Zamawiającego) prośbą o wyjaśnienie treści zapytania.
- 2) Zamawiający zastrzega sobie prawo do nieudzielenia odpowiedzi na pytanie wykraczające poza zakres zapytania ofertowego.

VIII. ZAŁĄCZNIKI

1. opis przedmiotu zamówienia
2. Wzór formularza ofertowego

Opis przedmiotu zamówienia

Zamawiane testy

L.p.	Nazwa tesuu	Sztuk w opakowaniu	Ilość opakowań na rok
1	C. difficile GDH	25	1
2	C. difficile TOX A B	25	5
3	C. difficile GDH i TOX A B	25	15
4	RSV	20	2
5	Norovirus genotypy I II	10	1
6	Influenza A+B	10	2
7	Strept A	20	2
8	Str. Pneumoniae	10	1
9	RSV-Adeno	10	1

1. Testy do C difficile immunoenzymatyczne

- testy jednostudzienkowe

- koniugat przeciwciała monoklonalne przeciw toksynie A i poliklonalne przeciw toksynie B

- koniugat GDH przeciwciała monoklonalne

Czułość : do GDH nie gorsza niż 0,8 ng/ml

do toksyny A nie gorsza niż 0,7 ng/ml

do toksyny B nie gorsza niż 0,2 ng/ml

- kontrola dodatnia zawarta w zestawie

-potrzebne materiały pomocnicze zawarte w zestawie

- test z możliwością przechowywania próbki do badania do 72 godzin bez konieczności zamrażania

2. Testy do Influenza A/B immunochromatograficzne

- Czułość min 84% względem RT-PCR

- potrzebne materiały pomocnicze zawarte w zestawie

3. RSV test immunochromatograficzny w zestawie wymazówki

4. Norovirus test immunochromatograficzny

5. Str. pneumoniae test jakościowy

-test wykonywany z moczu

- potrzebne materiały pomocnicze zawarte w zestawie

- czułość do 84%

6. Test RSV-Adeno immunochromatograficzny

-Zawarte w teście przeciwciała do Adenowirus tylko serotypy oddechowe

7. Test Strept A test przesiewowy z możliwością wykonania przy łóżku pacjenta

8. Wszystkie zestawy zaopatrzone w ulotki z metodyką i potwierdzeniem parametrów testów

9. Metodyka w języku polskim

10. Termin ważności minimum 6 miesięcy od daty dostarczenia.

11. Termin realizacji zamówienia do 5 dni od daty otrzymania zamówienia przez dostawcę.

OFERTA

....., dnia.....

pieczęć firmowa

I. Dane wykonawcy:

1. Pełna nazwa
2. Adres
3. Województwo.....
4. Numer telefonu. i nazwisko osoby uprawnionej do kontaktów :
.....
5. REGON

II. Przedmiot oferty

:Oferta dotyczy postępowania poniżej wartości 30 000 euro bez stosowania ustawy

Prawo zamówień publicznych ogłoszonego przez:

Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźliczy w Otwocku

Na:

Testy kasetowe do diagnostyki mikrobiologicznej

III. Potwierdzenie spełnienia wymagań formalno - prawnych

- 1) **Aktualny odpis z właściwego rejestru** jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru w celu wykazania braku podstaw do wykluczenia w parciu o art. 24 ust.1 pkt.2 ustawy, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert; ,a w stosunku do osób fizycznych oświadczenie w zakresie art. 24 ust.1 pkt 2 ustawy .
- 2).w przypadku, gdy Wykonawcę reprezentuje pełnomocnik - pełnomocnictwo określające jego zakres i podpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji Wykonawcy
3. .w przypadku, gdy ofertę składają Wykonawcy ubiegający się wspólnie o udzielenie zamówienia wymagane jest załączenie dokumentu pełnomocnictwa określającego zakres umocowania pełnomocnika ustanowionego do reprezentowania ich w postępowaniu

IV. Cena oferty dla przedmiotu zamówienia

Wykonawca zobowiązany jest do zaoferowania i podania ceny dla oferowanego przedmiotu:

cena netto...../ słownie +..23 % podatku Vat zł = cena brutto:
...../ słownie,

OFERTA z ponumerowany zawiera łącznie: ponumerowanych stron/kartek*

(* odpowiednio skreślić).

.....

podpis osoby uprawnionej

.....

podpis osoby uprawnionej

TABELA ASORTYMENTOWO- CENOWA

L.p.	Nazwa testu	Jm	Ilość opakowań na rok	Cena jedn. Netto	Wartość netto	Podatek Vat	Wartość brutto
1	C. difficile GDH	Opak.25 szt	1				
2	C. difficile TOX A B	Opak.25 szt	5				
3	C. difficile GDH i TOX A B	Opak 25 szt	15				
4	RSV	Opak 20 szt	2				
5	Norovirus genotypy I II	Opak 10 szt	1				
6	Influenza A+B	Opak 10 szt	2				
7	Strept A	Opak 20 szt	2				
8	Str. Pneumoniae	Opak 1 0 szt	1				
9	RSV-Adeno	Opak 10 szt	1				
Razem :							