

Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy

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/ 1/ ZO/18

OTWOCK, DN. 24.01.2018r.

ZAPYTANIE OFERTOWE

Na Dostawę

I. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia są :
Aparat barwiący do badań histopatologicznych (barwiarka)
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

Przedmiot zamówienia Wykonawca dostarczy w terminie max 10 tygodni od udzielenia zamówienia .

III. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

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

Oferta powinna być:

- opatrzona pieczęcią 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 31.01.2018r 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
1. Cena oferty	60,00%
2.Okres gwarancji (min. 24 m-ce)	10,00%
3. Jakość	30,00 %

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

$$Wp (C) = \frac{\text{Cena najniższa}}{\text{Cena oferty badanej}} \times 60\%, \text{ gdzie:}$$

Cena min.– najniższa cena spośród wszystkich ocenianych ofert

Ad.2 algorytm oceny kryterium **okres gwarancji** :

$$\mathbf{Wp (G)} = \frac{\text{Okres gwarancji oferty badanej}}{\text{Najdłuższy oferowany okres gwarancji}} \times 10\%, \text{ gdzie:}$$

Ad.3

Jakość będzie oceniana na podstawie potwierdzenia spełnienia wymaganych parametrów zawartych w opis w poz. :

nr 16 - 10 pkt, nr 19 – 10 pkt i nr 22- 10 pkt , zgodnie z podanymi wartościami.- **max 30 pkt**

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 nie udzielenia odpowiedzi na pytanie wykraczające poza zakres zapytania ofertowego.
3. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania bez podania przyczyn.

VIII. ZAŁĄCZNIKI

1. opis przedmiotu zamówienia
2. Wzór formularza ofertowego

Opis przedmiotu zamówienia

Aparat barwiący do badań histopatologicznych (barwiarka) – szt. 1

- Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane wcześniej do prezentacji, z bieżącej produkcji, nie rekondycjonowane.
- Przeglądy okresowe w okresie gwarancji wliczone w cenę oferty.
- Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych, przez co najmniej 8 lat.
- Zapewnione szkolenie personelu w zakresie obsługi i bezpiecznej eksploatacji urządzenia, potwierdzone certyfikatem w cenie oferty
- Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej

UWAGA!

W celu potwierdzenia, że oferowane produkty odpowiadają wymaganiom określonym przez Zamawiającego w SIWZ do oferty należy dołączyć katalogi, ulotki, materiały informacyjne producenta, opisy w języku polskim zawierające informacje niezbędne dla oceny oferowanego asortymentu potwierdzające w sposób jednoznaczny jego zgodność z wymaganiami SIWZ . Dokumenty sporządzone w języku obcym będą składane wraz z tłumaczeniem na język polski.

L. p.	Opis wymaganych parametrów/rodzaj	Potwierdzenie wymagań	Uwagi
1.	Producent	Podać	
2.	Model	Podać	
3.	Kraj pochodzenia	Podać	
4.	Rok produkcji 2018	tak.	
5.	Programowany aparat do barwienia histologicznego i cytologicznego sterowany mikroprocesorowo z wyświetlaczem LCD.	TAK	
6.	Całkowita ilość stacji maksimum 26.	TAK	
7.	18 stacji odczynnikowych, pojemność stacji nie większa niż 450 ml.	TAK	
8.	5 stacji myjących z regulacją strumienia wody.	TAK	
9.	1 stacja załadownicza i wyjściowa umożliwiająca załadowanie i rozładowanie barwiarki bez konieczności otwierania pokrywy osłaniającej przed emisją oparów.	TAK	
10.	Regulacja temperatury stacji grzewczej w zakresie 30-65°C.	TAK	
11.	Koszyczki na szkiełka o pojemności minimum 30 sztuk.	TAK	
12.	Możliwość doboru elementów (adaptorów) umożliwiających korzystanie z koszyków na preparaty różnych producentów.	TAK	
13.	Zintegrowany, łatwy w obsłudze panel sterowania dający możliwość wprowadzenia i zapamiętania min. 15 programów pracy (składających się z 25 kroków) w których można sterować min: kolejnością stacji, czasem barwienia preparatu w poszczególnym pojemniku oraz czasem okresowych ruchów (agitacji) szkiełek podczas barwienia.	TAK	

14.	Możliwość uruchomienia min. 11 programów równocześnie.	TAK	
15.	Możliwość regulacji czasu inkubacji w każdej stacji w zakresie od 0 sekund do 99 minut i 59 sekund.	TAK	
16.	Urządzenie musi posiadać regulowaną funkcję agitacji.	TAK	Nie posiada – 0pkt Posiada 10- pkt
17.	Urządzenie musi posiadać filtr z aktywnym węglem który zatrzymuje opary ksylenu.	TAK	
18.	Możliwość późniejszej pełnej integracji elektroniczno-mechanicznej z urządzeniem do automatycznego nakrywania szkiełek mikroskopowych – kompletny system barwienia i nakrywania.		
19	Urządzeniu musi być kompatybilne do pełnej integracji elektroniczno-mechanicznej z urządzeniem do automatycznego nakrywania szkiełek mikroskopowych– kompletny system barwienia i nakrywania.	TAK	Nie kompatybilne – 0pkt Kompatybilne – 10pkt
20.	Urządzenie musi komunikować się z modułem nakrywającym w celu przekazywania koszyczków ze szkiełkami.	TAK	
21.	Wydajność urządzenia rzędu 200-400 szkiełek / godzinę przy barwieniu rutynowym	TAK	
22.	Wydajność urządzenia rzędu 650 szkiełek / godzinę przy szybkich programach H&E.	TAK	<650 = 0pkt 650 i >650 = 10pkt
23.	Wymiary nie większe niż: Szerokość: 1090mm; Głębokość: 670mm; Wysokość: 960mm;	TAK	
24.	Waga urządzenia nie przekraczająca 81 kg	TAK	
WARUNKI GWARANCJI I SERWISU			
25.	Okres gwarancji min. 24 miesiące	TAK (podać)	
26.	Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny realizowany na terenie RP	TAK (wskazać adres)	
27.	Przeglądy gwarancyjne raz w roku w tym ostatni w ostatnim miesiącu gwarancji	Tak	
28.	Czas reakcji serwisu do 48 godz. W dni robocze	Tak	
29.	Sprzęt zastępczy na czas naprawy > 3 dni	Tak	
30.	Dostępność części zamiennych min 8 lat	tak	
SZKOLENIA i INSTRUKCJE			
30.	Szkolenie personelu z obsługi urządzenia w miejscu instalacji	TAK	
	Instrukcja obsługi w języku polskim	Tak	

O F E R T A

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

pieczętka 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 Gruźlicy

05-400 Otwock, ul. Narutowicza 80

tel/fax: (0-22) 34-46-200, 34-46-474

Dostawa

Aparatu barwiącego do badań histopatologicznych (barwiarka) – szt. 1

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 zamówienia obejmującej wszystkie opisane w Zapytaniu Ofertowym dostawy i związane z nimi

Cen netto...../ słownie + % podatku VAT w kwocie = cena brutto/ słownie
.....

OFERTA z ponumerowany zawiera łącznie: ponumerowanych stron/kartek*

(* odpowiednio skreślić).

.....

podpis osoby uprawnionej