

# Zapytanie ofertowe

dotyczące zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do Zakładu Rehabilitacji na potrzeby projektu „Poprawa sprawności ludzi starszych w powiecie grójeckim, poprzez stworzenie kompleksowego Zakładu Rehabilitacji w Powiatowym Centrum Medycznym Sp. z o. o.” współfinansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2009-2014 w ramach Programu PL07.

## PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia jest dostawa sprzętu rehabilitacyjnego do Zakładu Rehabilitacji.

Opis przedmiotu zamówienia:

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienie znajduje się w **załączniku nr 1A, 1B i 1C do formularza oferty**

1. Zamawiający dopuszcza możliwość składania ofert częściowych
2. Sprzęt medyczny dostarczony w ramach niniejszej umowy musi być fabrycznie nowy (2016 r.) nieużywany, nieregenerowany.
3. Sprzęt medyczny musi być wolny od jakichkolwiek wad fizycznych i prawnych oraz roszczeń osób trzecich.
4. Oferowany sprzęt w dniu składania ofert nie może być przeznaczony przez producenta do wycofania z produkcji lub sprzedaży..
5. Wykonawca jest odpowiedzialny, za jakość, zgodność z warunkami technicznymi i jakościowymi opisanymi dla przedmiotu zamówienia..
6. Zamawiający nie ponosi odpowiedzialności za szkody wyrządzone przez Wykonawcę podczas wykonywania przedmiotu zamówienia.
7. Dostawa urządzenia do siedziby Zamawiającego wraz z jego montażem we wskazanym miejscu eksploatacji oraz szkolenie pracowników na koszt Wykonawcy.
8. Minimalny okres gwarancji nie może być krótszy niż **24 - miesiące** od daty odbioru ostatecznego (bez uwag) przedmiotu umowy.

## TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Dostawa do siedziby Zamawiającego, montaż i szkolenie pracowników - 5 dni od dnia podpisania umowy

## INFORMACJA O OŚWIADCZENIACH I DOKUMENTACH, JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ WYKONAWCY

Ofertę należy sporządzić według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do Zapytania Ofertowego.

## DANE DO KONTAKTU Z WYKONAWCAMI

Dane do kontaktu

Itel. (0-48) 664-91-01; fax. (0-48) 664-21-81; e-mail: sekretariat@pcmg.pl

## OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Wykonawca zobowiązany jest w cenę oferty wkalkulować wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia.
2. Oferta musi mieć formę pisemną i być sporządzona w języku polskim.
3. Oferta powinna zawierać:
  - imię, nazwisko, firmę, nazwę i dokładny adres Wykonawcy, datę sporządzenia oferty oraz imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy;
  - własnoręczny podpis wykonawcy bądź osób mających prawo zaciągać zobowiązania w jego imieniu;

W przypadku przesyłek koperta powinna być oznaczona następująco:

### **Oferta na zakup sprzętu rehabilitacyjnego do Zakładu Rehabilitacji.**

**Adres: Powiatowe Centrum Medyczne Sp. z o.o. w Grójcu, ul. Ks. Piotra Skargi 10, 05-600 Grójec.**

## MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT

Oferty można składać:

- Poczta lub osobiście na adres: Powiatowe Centrum Medyczne Sp. z o.o. w Grójcu, ul. Ks. Piotra Skargi 10, 05-600 Grójec;
- przesłać skan oferty e-mailem na adres: sekretariat@pcmg.pl
- przesłać faksem podpisany formularz ofertowy na nr 0-48 664-21-81

w nieprzekraczalnym terminie: do **22 kwietnia 2016 r. do godz. 11.00**

**OPIS KRYTERIÓW, KTÓRYMI ZAMAWIAJĄCY BĘDZIE KIEROWAŁ SIĘ PRZY WYBORZE OFERTY, WRAZ Z PODANIEM ZNACZENIA TYCH KRYTERIÓW**

Zamawiający przyzna kontrakt Wykonawcy, co do którego oferty ustalono, iż odpowiada ona wymaganiom przedstawionym w niniejszej dokumentacji, oraz który zaoferował najkorzystniejszą – **najniższą cenę ofertową brutto**.

Prezes Zarządu  
Powiatowego Centrum Medycznego  
w Grojcu Sp. z o.o.

mgr Marzena Barwicka



PROJEKT UMOWY

„Wzór istotnych postanowień umowy”

na „Dostawę sprzętu rehabilitacyjnego wraz z montażem i szkoleniem personelu dla potrzeb Powiatowego Centrum Medycznego w Grójcu Sp. z o.o.”

Umowa

zawarta w dniu ..... w Grójcu, pomiędzy:

**Powiatowym Centrum Medycznym w Grójcu Sp. z o.o., ul. Ks. Piotra Skargi 10, 05-600 Grójec** posiadającym NIP: 797-201-92-61, wpisanym do KRS pod nr 0000351118, prowadzonym przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIV Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, reprezentowanym przez:

**Prezesa Zarządu – mgr Marzenę Barwicką**

zwanym w dalszej części umowy **Zamawiającym**,

a

.....  
.....  
.....  
.....

posiadającym NIP: ..... wpisanym do

.....

.....pod

nr.....

reprezentowanym przez:

.....  
.....

zwanym w dalszej części umowy **Wykonawcą**,

o treści następującej:



Specjalista ds.  
Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych  
*Aneta Zurek*  
mgr Aneta Zurek

### § 1.

Przedmiotem niniejszej umowy jest sprzedaż i dostarczenie wraz montażem sprzętu medycznego u Zamawiającego, wyszczególnionego w **formularzu ofertowym (zał. Nr 1) i specyfikacji technicznej sprzętu medycznego (zał. Nr 1A, 1B, 1C)**, do złożonej oferty, który stanowi integralną częścią niniejszej umowy w zakresie rzeczowym i umownym.

### § 2.

Przedmiot zamówienia:.....  
.....  
.....

Wartość umowy wynosi: netto

..... zł  
(słownie: .....

.....zł  
podatek VAT .....% .....  
zł  
brutto

.....zł  
(słownie: .....

.....zł  
i obejmuje cenę sprzętu, koszty opakowania, ubezpieczenia i transportu do Zamawiającego oraz koszty, rozładunku, montażu, szkolenia personelu obsługującego poświadczony stosownym dokumentem, opłaty celne i podatkowe - w tym podatek VAT.

2. Ceną oferty jest cena ryczałtowa i nie ulega ona zmianie w okresie realizacji zamówienia.

### § 3.

Wydanie towaru, montaż oraz szkolenie pracowników Zamawiającego w zakresie obsługi dostarczonego sprzętu, o którym mowa w § 1 nastąpi w terminie do **5 dni** od daty podpisania umowy, z uwzględnieniem § 8.

### § 4.

1. Towar zostanie dostarczony do Zamawiającego na koszt Wykonawcy wraz z kompletną dokumentacją: **karta gwarancyjna, instrukcje obsługi w języku polskim, certyfikat jakości w języku polskim CE.**
2. Przy odbiorze towaru musi uczestniczyć umocowany przedstawiciel Wykonawcy bez względu na sposób dostawy. Termin ten strony ustalą z jednodniowym wyprzedzeniem.

#### § 5.

1. Zapłata będzie realizowana na podstawie oryginału Faktury VAT na rachunek bankowy Wykonawcy wskazany na fakturze, w ciągu **30 - dni** od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury.
2. Podstawą wystawienia faktury będzie bezusterkowy protokół odbioru sprzętu rehabilitacyjnego potwierdzający wydanie towaru, jego montaż, przeprowadzenie szkolenia oraz dostarczenie dokumentów, o których mowa w po § 4 niniejszej umowy.
3. Za datę płatności uważa się dzień obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.
4. Wykonawca nie może bez pisemnej zgody Zamawiającego – pod rygorem nieważności – dokonywać cesji (przelewu) wierzytelności wynikających z realizacji niniejszej umowy na rzecz osób trzecich.

#### § 6.

Wykonawca zapewnia, że sprzedany towar będzie wolny od wad prawnych i od wad fizycznych.

#### § 7.

1. Wykonawca udziela niniejszym Zamawiającemu gwarancji na dostarczony sprzęt oraz dokonany montaż na okres.....- miesięcy, który rozpoczyna swój bieg od dnia uruchomienia sprzętu i spisania bezusterkowego protokołu odbioru.
2. W czasie trwania okresu gwarancji Wykonawca usunie zgłoszone usterki i dokona napraw, naprawi w ciągu 72 - godzin od daty zgłoszenia, które może być dokonane telefonicznie lub faksem na numer .....
3. Wykonawca wymieni na nowy każdy element, który uległ uszkodzeniu lub po trzech naprawach wymieni uszkodzony sprzęt na nowy w okresie objętym gwarancją.
4. Wykonawca wyda na piśmie dodatkowy dokument gwarancyjny na sprzęt będący po naprawie.
5. W przypadku istotnej naprawy sprzętu lub jego wymiany na nowy, gwarancja biegnie na nowa, licząc od daty naprawy sprzętu lub jego wymiany.
6. W przypadku nie wywiązania się przez Wykonawcę z określonych powyżej obowiązków gwarancyjnych, Zamawiający ma prawo zlecić dokonanie zastępczej

naprawy innemu podmiotowi, na koszt i ryzyko Wykonawcy.

### § 8.

1. Wykonawca zobowiązuje się do zainstalowania na własny koszt dostarczony sprzęt medyczny u Zamawiającego zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa polskiego i warunkami technicznymi oraz przeszkolić personel obsługujący zgodnie z harmonogramem szkolenia zatwierdzonym przez Zamawiającego.
2. Wykonawca zobowiązuje się do wydania stosownego dokumentu (certyfikatu) ze szkolenia personelu obsługującego.

### § 9.

1. W przypadku niewykonania umowy w terminie, o którym mowa w § 3, Wykonawca zapłaci Zamawiającemu karę umowną za każdy dzień zwłoki w wysokości 0,5 % wartości umowy.
2. W przypadku zwłoki w dokonaniu naprawy gwarancyjnej Zamawiający uprawniony jest do naliczenia kary umownej w wysokości 0,2 % wartości umowy za każdy rozpoczęty dzień zwłoki.
3. Każdej ze stron przysługuje prawo odstąpienia od umowy w przypadku jej niewykonania lub nienależytego wykonania przez drugą stronę, w okresie do upływu terminu wskazanego w § 3 niniejszej umowy.
4. W przypadku odstąpienia od umowy przez którąkolwiek ze stron, strona z winy, której to odstąpienie nastąpiło, zapłaci drugiej stronie karę umowną w wysokości 10% wartości przedmiotu umowy.
5. Jeżeli rzeczywista szkoda wynikła z niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, będzie wyższa niż kara umowna, Zamawiający jest upoważniony do dochodzenia odszkodowania przekraczającego karę umowną na zasadach ogólnych, określonych przepisami Kodeksu cywilnego.
6. Zapłata kary umownej nastąpi w terminie 7 - dni licząc od dnia otrzymania stosownego wezwania w tym zakresie.
7. Kary umowne zachowują swą moc również w przypadku odstąpienia od umowy.
8. Wykonawca wyraża zgodę na potrącenie kar umownych z należnego mu wynagrodzenia.

### § 10.

Wszelkie zmiany postanowień umowy wymagają dla swej ważności formy pisemnej (aneks).

### § 11.



W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego.

**§ 12.**

Wszelkie spory wynikłe podczas realizacji warunków umowy, strony zobowiązują się rozwiązać na zasadach wzajemnego zrozumienia, a gdy okaże się to niemożliwe, strony poddają pod rozstrzygnięcie właściwych sądów powszechnych dla siedziby Zamawiającego.

**§ 13.**

Umowa została sporządzona w 3 egzemplarzach, 2 egz. dla Zamawiającego i 1 egz. dla Wykonawcy.

ZAMAWIAJĄCY:

WYKONAWCA:

Załącznik nr 1. Formularz oferty

**FORMULARZ OFERTY**  
**(oferta cenowa)**

Nazwa oferenta: .....

Adres: .....

Tel. Kontaktowy: .....

NIP: .....

.....

REGON: .....

**ZAMAWIAJACY:**

**Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o.o.**  
**ul. Ks. Piotra Skargi 10**  
**05-600 Grójec**

Nawiązując do zapytania ofertowego z dnia.....r. na realizację zamówienia pn.  
**„Dostawa sprzętu rehabilitacyjnego wraz z montażem i szkoleniem personelu dla potrzeb Powiatowego Centrum Medycznego w Grójcu Sp. z o.o.”**

oświadczamy, że:

1. Oferujemy wykonanie zamówienia w zakresie objętym przedmiotem zamówienia na:

**Część nr 1. – Aparat do laseroterapii za:**

- cena netto ..... PLN  
- podatek VAT .....% w wysokości ..... PLN  
- cena brutto .....PLN  
(słownie brutto: .....PLN)

**Część nr 2. Stoliki pod aparaty za:**

- cena netto ..... PLN  
- podatek VAT .....% w wysokości ..... PLN  
- cena brutto .....PLN  
(słownie brutto: .....PLN)

**Część nr 3. Materac za:**

- cena netto ..... PLN
- podatek VAT .....% w wysokości ..... PLN
- cena brutto .....PLN
- (słownie brutto: .....PLN)

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się treścią zapytania i nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy konieczne informacje, potrzebne do właściwego przygotowania oferty.
2. Posiadamy uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.
3. Posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponujemy potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
4. Znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia
5. Zapoznaliśmy się ze wszystkimi warunkami zamówienia określonymi w zapytaniu i przyjmujemy je bez zastrzeżeń..
6. Oświadczamy, że projekt istotnych postanowień umowy, stanowiący załącznik do zapytania został przez nas zaakceptowany. Zobowiązujemy się, że w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy na określonych w niej warunkach, miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
7. Jesteśmy świadomi odpowiedzialności karnej związanej ze składaniem fałszywych oświadczeń.
8. Oferta nasza zawiera \_\_\_\_\_ stron.
9. Załącznikami do niniejszej oferty są:

---

—

---

—

/wymienić wszystkie załączniki/.

.....  
..  
Podpis osoby /osób/  
uprawnionej/nych/

**Załącznik Nr 1A.**

**Do zapytania ofertowego dotyczącego zakupu sprzętu rehabilitacyjnego na „Aparat do laseroterapii” – wg poniższej specyfikacji.**

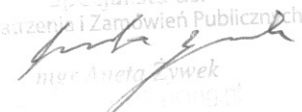
Oferent .....  
Producent .....  
Typ aparatu .....  
Kraj pochodzenia .....

Kierownik Zakładu Rehabilitacji

Anna Jasińska-Piuch  
tel. 48 634 62 51

e-mail: [anna.jasiorska@pcim.pl](mailto:anna.jasiorska@pcim.pl)

Sp. z o.o. ds.  
Zarządzania i Zamówień Publicznych

  
mgr Aneta Zywek

www.pcim.pl

L.p.	Parametr	Parametry graniczne	Parametr oferowany
------	----------	---------------------	--------------------

Kierownik Zakładu Rehabilitacji  
Anna Jasińska-Puczała  
tel. 48 864 92 51  
e-mail: anna.jasiorska@pcmg.pl

Specjalista ds.  
Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych

mgr Aneta Żywicka

1.	Aparat do laseroterapii w zestawie aplikatorem skanującym R+IR 100/450mW + sonda IR 400 mW/808nm + sonda R 80 mW/660nm + 2 szt. okularów ochronnych	TAK	
2.	Opis skanera: <ul style="list-style-type: none"> <li>• duża moc źródeł promieniowania mierzona na wyjściu</li> <li>• trzy tryby kreślenia pola zabiegowego: elipsa, linia, krzywe w granicach prostokąta</li> <li>• regulacja wysokości ramienia 60 – 140 cm</li> <li>• regulacja położenia głowicy w dwóch płaszczyznach</li> <li>• automatyczne przeliczanie czasu pracy w zależności od wielkości pola zabiegowego</li> <li>• siłownik pneumatyczny podtrzymujący ramię</li> <li>• wysokiej jakości kółka z hamulcami</li> <li>• <b>półka na sterownik i okulary</b></li> </ul>	TAK	
3.	Opis sterownika: <ul style="list-style-type: none"> <li>• duży wyświetlacz graficzny</li> <li>• nowoczesne wzornictwo</li> <li>• trwała i niezawodna klawiatura</li> <li>• liczniki czasu pracy aplikatorów laserowych</li> <li>• stabilizacja i regulacja mocy aplikatorów</li> <li>• dwa uniwersalne gniazda sond punktowych</li> <li>• autotest – bieżąca kontrola sprawności aparatu</li> </ul>	TAK	
4.	Parametry techniczne: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regulacja mocy: 25-100%</li> <li>• Tryby pracy źródeł: ciągła, impulsowa</li> <li>• Zakres częstotliwości: 1-5000Hz</li> <li>• Wypełnienie: 25-75%, impuls 50us</li> <li>• Ilość programów zabiegowych: 50</li> <li>• Ilość sekwencji zabiegowych: 10</li> <li>• Ilość sekwencji skanera: 25</li> <li>• Lokacje pamięci dla prog. uz.: 50</li> <li>• Zegar zabiegowy: max 99:59 min, krok 1s</li> <li>• Zasilanie: 230V, 50Hz, 40W</li> <li>• Wymiary sterownika: 30x23x11cm</li> <li>• Masa sterownika: 2,5kg</li> </ul>	TAK	
5.	Deklaracja zgodności, Certyfikat CE	TAK	
6.	Okres gwarancji min.24 miesiące w tym pełna obsługa serwisowa oferowanego sprzętu oraz naprawa powstałych uszkodzeń	TAK	
7.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	TAK – wymienić punkty serwisowe	
8.	Czas reakcji autoryzowanego serwisu w okresie gwarancji:, przyjęte zgłoszenie – podjęta naprawa” nie więcej niż 72 h	TAK	

Kierownik Zakładu Rehabilitacji  
 Anna Jasiorowska-Puchala  
 tel. 48 600 92 91  
 e-mail: anna.jasiorowska@pcmq.pl

Zaopatrzenie i Zamówienia Publiczne  
 mgr Aneta Żywot

Oświadczamy, że oferowane, urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

Wykonawca

.....  
(podpis i pieczęć)

Kierownik Zakładu Rehabilitacji

Anna Jasińska-Pucheta

tel. 43 664 945

e-mail: anna.jasiorowska@pcmg.p

Spółka z o.o.  
Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych

mgr Aneta Żydek

**Załącznik Nr 1B.**

**Do specyfikacji istotnych warunków zamówienia dotyczącego przetargu na „Stolik pod aparat do elektroterapii i aparat do ultradźwięków” – 6 szt. wg poniższej specyfikacji.**

Oferent .....

Producent .....

Typ .....

Kraj pochodzenia .....

Lp.	Opis parametru	Parametry graniczne	Parametry oferowane
1	Deklaracja zgodności, Certyfikat CE	Tak	
2	Okres gwarancji min.24 miesiące w tym pełna obsługa serwisowa oferowanego sprzętu oraz naprawa powstałych uszkodzeń	Tak	
3	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	Tak – wymienić punkty serwisowe	
4	Czas reakcji autoryzowanego serwisu w okresie gwarancji: „przyjęte zgłoszenie – podjęta naprawa” nie więcej niż 72 h	Tak	
5	Parametry techniczne: Trzy półki Cztery kółka Uchwyty na przewody Wymiary (+/-1cm) 88x53x53	Tak	

Oświadczamy, że oferowane, urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

Wykonawca

.....  
(podpis i pieczęć)

Kierownik Zakładu Rehabilitacji  
Anna Jasiołowska-Puchalska  
tel: 41 664 92 31  
e-mail: anna.jasiorowska@pcmq.pl

Wykonawca  
mgr Aneta Zywiek



**Załącznik Nr 1C.**

**Do zapytania ofertowego dotyczącego zakupu sprzętu rehabilitacyjnego na „Materac do masażu” – 1 szt. wg poniższej specyfikacji.**

Oferent .....  
 Producent .....  
 Typ aparatu .....  
 Kraj pochodzenia .....

Lp.	Opis parametru	Parametry graniczne	Parametry oferowane
1	Deklaracja zgodności, Certyfikat CE	Tak	
2	Okres gwarancji min.24 miesiące w tym pełna obsługa serwisowa oferowanego sprzętu oraz naprawa powstałych uszkodzeń	Tak	
3	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	Tak – wymienić punkty serwisowe	
4	Czas reakcji autoryzowanego serwisu w okresie gwarancji:, przyjęte zgłoszenie – podjęta naprawa” nie więcej niż 72 h	Tak	
5	Materac do masażu w pozycji leżącej sterowany pilotem Zróżnicowane programy masujące do całego ciała lub wybranych części min 4 Funkcje: masaż rolujący, masaż wibracyjny. Wymiary: min 190x60x18 cm (+/-5cm) Wytrzymałość obciążenia min 130 kg	Tak	

Oświadczamy, że oferowane, urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

Wykonawca

.....  
 (podpis i pieczęć)



.....  
 Specjalista ds.  
 Zopatrzenia i Zamówień Publicznych  
 mgr Aneta Żurek  
 0201 20 20 20  
 0201 20 20 20