



UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 1

im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie

71-252 Szczecin ul. Unii Lubelskiej 1



e-mail: szpital@usk1.szczecin.pl

www.usk1.szczecin.pl

Dyrektor Naczelny	(091) 425-30-02	Pielęgniarka Naczelna	(091) 425-30-06
Z-ca d/s Lecznictwa	(091) 425-30-04	Z-ca Piel. Naczelnej (Police)	(091) 425-38-18
Z-ca d/s Ekonomiczno-Finansowych	(091) 425-30-05	Centrala	(091) 425-30-00
Z-ca d/s Administracyjnych	(091) 425-05-03	Sekretariat fax (Szczecin)	(091) 425-30-01
Z-ca d/s Eksploatacyjno-Technicznych	(091) 425-30-03	Sekretariat /fax (Police)	(091) 425-38-10/12

Nasz znak: DAM-2416-24/2024

Data: 16-05-2024 r.

MODYFIKACJA II

**Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1
im. prof. Tadeusza Sokołowskiego
PUM w Szczecinie
ul. Unii Lubelskiej 1, 71-252 Szczecin**

ZAPRASZA DO SKŁADANIA OFERT

na **dostawę foteli do wlewów – 5 sztuk**

I. ZAKRES RZECZOWY USŁUGI

Zakres obejmuje dostawę:

Fotel do wlewów – 5 sztuk

L.P.	NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - DANE TECHNICZNE	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY
	NAZWA PRODUKTU	podać	
	TYP	podać	
	NR KATALOGOWY	podać	
	NAZWA PRODUCENTA	podać	
	KRAJ POCHODZENIA PRODUKTU	podać	
I	Fotel do wlewów	TAK, podać	
1.	Fotel wielofunkcyjny przeznaczony do podawania cytostatyków/preparatów w ramach leczenia biologicznego, z elektryczną regulacją nachylenia segmentu pleców, nachylenia segmentu siedziska, nachylenia Trendelenburga	TAK, podać	
2.	Długość leża: 2130 mm (± 30 mm) Szerokość leża 600 mm (± 50 mm) lub leże o szerokości 650 mm oraz segment pleców o szerokości 665 mm lub poszerzony segment pleców o szerokości 730 mm	TAK, podać	
3.	Przewodowy panel sterowania regulujący: - Kąt nachylenia segmentu pleców, - Kąt nachylenia siedziska, - Wysokość, - Kąt nachylenia segmentu nożnego - Regulacja położenia podnóżka	TAK, podać	

NIP: 852-22-11-119 REGON: 000288892

Sąd Rejonowy w Szczecinie XIII Wydział Gospodarczy; numer KRS 0000009581



	<ul style="list-style-type: none"> - Funkcja antyszokowa/Trendelenburga uzyskiwana za pomocą jednego przycisku, - Pozycja fotelowa uzyskiwana za pomocą jednego przycisku. - Pozycja horyzontalna uzyskiwana za pomocą jednego przycisku 		
4.	<p>Panel sterowania z funkcjami:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zabezpieczenie przed przypadkowym uruchomieniem poprzez konieczność wciśnięcia przycisku aktywującego sterowanie lub poprzez zwolnienie blokady w postaci przekręcanego mechanizmu blokującego lub poprzez przyłożenie kluczyka magnetycznego. - przycisk wyłączający sterowanie oznaczony np. STOP lub przycisk wyłączający sterowanie w kolorze czerwonym znajdujący się bezpośrednio pod krawędzią siedziska - sygnalizacja diodowa informująca o podłączeniu do sieci i/lub o pracy siłownika realizującego zadaną funkcję, - przycisk blokujący panel sterowania lub blokada panelu za pomocą kluczyka magnetycznego lub w postaci przekręcanego mechanizmu blokującego. 	TAK, podać	
5.	Elektryczna regulacja wysokości w zakresie: min. 590 mm do 810 mm	TAK	
6.	Regulacja nachylenia oparcia pleców w zakresie: – 17° (± 10°) do + 70° (± 10°) uzyskiwana za pomocą siłownika elektrycznego sterowanego panelem centralnym	TAK	
7.	Regulacja segmentu siedziska w zakresie: Od 0° do -17° (+/- 8° – tolerancja dotyczy parametru -17°) uzyskiwana za pomocą siłownika elektrycznego sterowanego panelem centralnym	TAK	
8.	Regulacja przechyłu Trendelenburga dokonywana jednym wyraźnie oznakowanym przyciskiem (np. kolorem czerwonym): 17° (± 10°) (lub wartość dla kąta ujemnego -17° (± 10°)) uzyskiwana za pomocą siłowników elektrycznych sterowanych panelem centralnym	TAK	
9.	Fotel przejezdny, koła z centralną blokadą. Dźwignie blokady centralnej wyłącznie w narożnikach od strony pleców, umieszczone przy kołach.	TAK	
10.	Bezszwowa tapicerka wykonana ze skaju bez zawartości lateksu lub z tapicerką z przeszyciami jedynie na obrzeżach wykonanej ze sztucznej skóry bez zawartości lateksu i ftalanów, potwierdzone stosownym dokumentem. Do wyboru kolor tapicerki, min. 4 propozycje (podać). Segment nożny i siedziska tapicerowane jednocześnie pokryciem. Segment nożny wyposażony w tworzywowy podnózek lub podnózek z płyty typu HPL pokryty gumową osłoną, regulowany elektrycznie z funkcją przybliżenia lub oddalenia od pacjenta.	TAK	
11.	Fotel wyposażony w dwa podfokietniki.	TAK	
12.	Konstrukcja fotela kolumnowa umożliwiająca skuteczną dezynfekcję i zapobieganie zakażeniom szpitalnym. Tylna część segmentu osłonięta	TAK	

	tworzywową pokrywą o gładkich powierzchniach lub tapicerowany, profilowany i poszerzany segment pleców osłonięty od tyłu płytą HPL.		
13.	Możliwość ułożenia pacjenta w pozycji horyzontalnej – wykorzystanie fotela jako łóżko do krótkiego pobytu	TAK	
14.	Wyposażenie: - Dwa tworzywowe, wytłoczone w listwie odbojowej uchwyty do prowadzenia fotela, zlokalizowane przy segmencie pleców lub uchwyty tworzywowe lub metalowe do prowadzenia fotela – elementy zlokalizowane w segmencie oparcia pleców. - podłokietniki posiadające metalowe uchwyty na pilot przewodowy lub uchwyty na pilota zintegrowane z podstawą podłokietnika w formie wyfrezowanego oka do zawieszenia pilota w płyce HPL - osłona podłokietnika z tworzywa typu PCV – 2 szt.	TAK	
15.	Fotel wyposażony w akumulator	TAK	
II	Parametry techniczne punktowane	Punktacja	
1.	Leże oparte na min. 2 kolumnach o przekroju koła lub kolumnie o przekroju kwadratowym:	- Leże oparte na 2 kolumnach – 10 pkt - Leże oparte na ≥ 3 kolumnach – 0 pkt Leże oparte na kolumnie kwadratowej – 0 pkt.	
2.	Osłona kolumn i podstawy:	Podstawa wyposażona w osłonę na całej długości oraz osłony kolumn – 10 pkt Osłonięte tylko miejsca montażu kolumn – 0 pkt	
3	Minimalne obciążenie robocze min. 180 kg	180 kg – =200 kg – 0 pkt >200 – 10 pkt	
4	Koła tworzywowe o średnicy min. 100 mm.	Średnica =100 mm – =140 mm – 0 pkt, >140 mm – 10 pkt.	
5	Osobna sygnalizacja diodowa ładowania akumulatora	TAK – 5 pkt NIE – 0 pkt	

Miejsce dostawy, instalacji i uruchomienia: Klinika Chorób Wewnętrznych, Reumatologii, Diabetologii, Geriatrii i Immunologii Klinicznej z Oddziałem Gastroenterologii Pollice

WARUNKI DOSTAWY I SERWISU GWARANCYJNEGO		Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Rok produkcji oferowanych urządzeń – 2024.	TAK - podać	
2.	Oświadczam, że oferowane produkty są fabrycznie nowe, kompletne i będą po zainstalowaniu gotowe do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami	Potwierdzić	

	eksploatacyjnymi).		
3.	Okres gwarancji jakości (gwarancja) min. 24 max. 60 miesięcy od daty podpisania protokołu odbioru.	TAK, podać okres gwarancji	
4.	Dostawa montaż i instalacja urządzeń / sprzętów przez upoważnionego pracownika Wykonawcy w miejscu wskazanym przez Zamawiającego .	TAK - potwierdzić	
5.	W okresie gwarancji obowiązkowo dokonać nieodpłatnie przeglądy techniczne (nie mniej niż wynika z zaleceń i wskazań producenta, ostatni przegląd na koniec okresu gwarancyjnego); przeglądy każdorazowo potwierdzone raportem serwisowym określającym szczegółowy zakres wykonanych czynności.	TAK, podać ilość i częstotliwość przeglądów	
6.	Szczegółowy zakres przeglądów urządzeń medycznych	Wypisać zakres	
7.	W okresie gwarancji, po wykonaniu max. 3 napraw gwarancyjnych tego samego podzespołu / urządzenia wymaga się wymiany tego podzespołu / urządzenia na nowe.	TAK - potwierdzić	
8.	Czas naprawy urządzenia wynosi max. 5 dni od zgłoszenia e-mailem, faxem bądź telefonicznie na wskazany numer (dotyczy dni roboczych). Termin może ulec wydłużeniu o czas niezbędny do sprowadzenia uszkodzonego elementu, jednak nie dłużej łącznie niż do 10 dni roboczych – Wykonawca ma obowiązek dostarczenia urządzenia zastępczego najpóźniej w 5 dniu roboczym od zgłoszenia.	TAK - potwierdzić	
9.	Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie UE.	TAK, Podać dane adresowe	
10.	Wraz z dostawą przedmiotu zamówienia wymagane dokumenty: a) Instrukcja obsługi w języku polskim (lub przetłumaczona na język polski) w formie wydrukowanej i w wersji elektronicznej na nośniku danych (płyta CD/DVD lub pamięć USB). b) Deklaracje zgodności dla wyrobu medycznego	TAK - potwierdzić	
11.	Wypełnione karty gwarancyjne oraz paszporty techniczne na każde urządzenie, które tego wymaga.	TAK - potwierdzić	
12.	Gwarancja produkcji części zamiennych na min. 10 lat od dostawy.	TAK – potwierdzić	
13.	Instruktaż obsługowy, szkolenie dla personelu medycznego (minimum 4 osoby) w miejscu użytkowania sprzętu zakończone protokołem.	TAK podać	
14.	Oświadczam, że oferowany wyrób medyczny: został zgłoszony Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub został wpisany do rejestru wyrobów medycznych i podmiotów odpowiedzialnych za ich wprowadzenie do obrotu, lub że dokonano powiadomienia Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych o wyrobie w trybie art. 138 ustawy o wyrobach medycznych oraz oświadczam, że ww. dokumenty złożę na każde żądanie Zamawiającego.	Podać właściwe	
15.	Oświadczam, że oferowane w zestawie wyroby medyczne posiadają deklaracje zgodności oraz że ww. dokumenty złożę na każde żądanie Zamawiającego.	potwierdzić	

Oferty będą oceniane według następujących kryteriów:

1. **Cena – 60 %**
2. **Parametry techniczne – 35 %**
3. **Termin gwarancji – 5 %**

1. Cena za realizację zamówienia: - 60 %

cena najniższa

Kryterium nr 1 ----- x 100 pkt. x znaczenie kryterium - 60 %
cena oferty badanej

2. Parametry techniczne – 35 %

W przypadku kryterium "Parametry techniczne" oferta otrzyma zaokrągloną do dwóch miejsc po przecinku ilość punktów wynikającą z działania:

$$P (W_i) = \frac{W_i}{W_{\max}} \times 100 \times 35 \%$$

gdzie:

P (Wi) – ilość punktów jakie otrzyma oferta "i" niepodlegająca odrzuceniu za kryterium "Parametry techniczne";

W max – najwyższa przyznana liczba punktów przyznana ofercie spośród wszystkich ważnych i nieodrzuconych ofert (Wykonawca maksymalnie może uzyskać 40 45 pkt);

Wi – liczba punktów przyznana ofercie badanej "i";

3. Termin gwarancji – 5 %

Termin gwarancji w ofercie badanej
Kryterium nr 3 ----- x 100 pkt. x znaczenie kryterium 5 %
Najdłuższy zaoferowany termin gwarancji spośród ofert nieodrzuconych

Kryterium dotyczy gwarancji jakości (zwanej też jako : „gwarancja”).

Minimalny termin gwarancji wymagany przez Zamawiającego **wynosi 24 miesiące, maksymalny 60 m-cy.**

Termin gwarancji powinien być podany w pełnych miesiącach liczbą naturalną. W przypadku podania terminu krótszego niż 24 miesiące oferta zostanie odrzucona. W przypadku, gdy Wykonawca zaoferuje termin gwarancji dłuższy niż 60 miesięcy, Zamawiający do oceny ofert przyjmie maksymalną wartość 60 miesięcy, natomiast Wykonawca zobowiązany będzie udzielić gwarancji na okres dłuższy

Dodatkowe informacje:

- Warunki realizacji zadania:
 - ✓ Koszt transportu pokrywa Wykonawca;
 - ✓ Miejsce dostawy: *Klinika Chorób Wewnętrznych, Reumatologii, Diabetologii, Geriatrii i Immunologii Klinicznej z Oddziałem Gastroenterologii Police, ul. Siedlecka 2, 72-010 Police w USK - 1.*
 - ✓ Termin dostawy: *max: 8 tygodni od dnia zawarcia Umowy.*
- Zapłata wynagrodzenia za dostarczony przedmiot zamówienia: 30 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury VAT wraz z protokołem odbiorczym.
- Do oferty należy dołączyć:

- a) Katalog, broszura informacyjna, instrukcja obsługi, karta charakterystyki, bądź inny dokument w języku polskim lub angielskim lub przetłumaczony na język polski potwierdzający, że oferowany produkt spełnia wymagania określone w opisie przedmiotu zamówienia z zaznaczeniem wszystkich wyszczególnionych parametrów technicznych dla oferowanego produktu.
- a) Deklaracja zgodności dla wyrobu medycznego.
4. Szczegółowe warunki umowy określa projekt umowy, stanowiący załącznik nr 2 do niniejszego zaproszenia. USK - 1 wymaga zawarcia umowy na warunkach zgodnych z projektem.
5. USK - 1 zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania oraz do niewyborowania żadnej z ofert bez podania przyczyn.

Oferty należy przesłać w formie elektronicznej na adres: aparatura@usk1.szczecin.pl w terminie do dn. 05-06-2024 r. do godz. 12:00.

Ofertę należy złożyć zgodnie z załączonym formularzem ofertowym.

Wszelkie zapytania proszę kierować do:

Dział Aparatury Medycznej

E-mail: aparatura@usk1.szczecin.pl

tel.: (0 91) 425 33 14

Osoby wyznaczone do kontaktu:

mgr inż. Jakub Szydłowski

mgr Aldona Śmigielska - Gawin

Osoba merytoryczna: dr n. med. Beata Gawdis - Wojnarska

mgr inż. Robert Wrostkiewicz

Z-CA DYREKTORA

ds. Eksploatacyjno-Technicznych

USK 1 PUM

Klauzula informacyjna z art. 13 RODO.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

▪ administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie**, z siedzibą: *ul. Unii Lubelskiej 1, 71-252 Szczecin*,

Dane kontaktowe:

- kontakt listowny na adres: *ul. Unii Lubelskiej 1, 71-252 Szczecin*,

- kontakt telefoniczny: *91 425 30 00*

- kontakt e-mail: *szpital@usk1.szczecin.pl*

▪ inspektorem ochrony danych osobowych w **Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie** jest Pani/Pan:

- *Witold Frankiewicz.*

Dane do kontaktu:

listownie: USK - 1, ul. Unii Lubelskiej 1, 71-252 Szczecin

adres e-mail: iod@usk1.szczecin.pl

telefon: 91 4253305

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem na: „dostawę foteli do wlewów – 5 sztuk”

odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty upoważnione na podstawie stosownych przepisów prawa.

- Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, przez czas wynikający ze stosownych przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów.
- obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego,
- w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- posiada Pani/Pan:
 - na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
 - na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych¹;
 - na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO²;
 - prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
- nie przysługuje Pani/Panu:

¹ **Wyjaśnienie:** skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego

² **Wyjaśnienie:** prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia ustalenia, dochodzenia lub ochrony roszczeń lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.

- w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
- prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
- **na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.**