**Numer zapytania: ZSM/Z-11/2021**

#  Chorzów, dnia 25.11.2021 r.

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

1. NAZWA ORAZ ADRES ZAMAWIAJĄCEGO:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Szpitali Miejskich z siedzibą przy ul. Strzelców Bytomskich 11, 41-500 Chorzów zaprasza do składania ofert na zadanie pn. „**Zakup i dostawa implantów, na potrzeby Bloku Operacyjnego przy ul. Władysława Truchana 7 w Chorzowie”.**

1. TRYB UDZIELENIA ZAMÓWIENIA:

Postępowanie o udzielenie zamówienia prowadzone jest z wyłączeniem przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień Publicznych na podstawie zawartego w niej przepisu art. 2 ust.1 pkt 1 – wartość zamówienia jest mniejsza niż 130 000 złotych.

1. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia jest **zakup i dostawa implantów, i innych wyrobów medycznych na potrzeby Bloku Operacyjnego** (zwane dalej w treści: asortymentem). Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został określony w **załączniku nr 2 do Zapytania ofertowego.**

1. TERMIN REALIZACJI PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Termin realizacji zamówienia: 9 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

1. KRYTERIA WYBORU OFERTY:

Cena oferty – 60 pkt.

Termin utworzenia banku implantów – 20 pkt

Termin uzupełnienia depozytu – 20 pkt

**Kryterium: cena Pc**

Ocena kryterium zostanie obliczona wg wzoru

 **Cn / Cb X 60 = Pc**

gdzie:

**Pc** punkty otrzymane za cenę

**Cn** cena najniższej oferty

**Cb** cena badanej oferty

Oferta w tym kryterium może otrzymać maksymalnie 60 punktów, pozostałe oferty proporcjonalnie mniej.

 **Kryterium: utworzenie banku implantów (depozytu) (Pb)**

**20 pkt** – 1 do 3 dni roboczych od dnia zawarcia umowy

**10 pkt** – 4 do 5 dni roboczych od dnia zawarcia umowy

**0 pkt** – do 7 dni roboczych od dnia zawarcia umowy

***\*uwaga***  *„dni”- z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy Wykonawcy, który nie poda w ofercie terminu utworzenia depozytu zostanie przyznane w niniejszym kryterium 0 pkt. Zamawiający w sytuacji opisanej powyżej uzna, że Wykonawca utworzy depozyt w terminie 7 dni po dniu zawarcia umowy.*

 **Kryterium : uzupełnienie depozytu (Pu)**

**20 pkt –** uzupełnienie depozytu do 24 h\* od chwili otrzymania zlecenia dotyczącego zużycia implantu

**10 pkt –** uzupełnienie depozytu do 48 h od chwili otrzymania zlecenia dotyczącego zużycia implantu

**0 pkt –** uzupełnienie depozytu do 60 h od chwili otrzymania zlecenia dotyczącego zużycia implantu

1. WARUNKI REALIZACJI ZAMÓWIENIA:
2. Oferowany przedmiot zamówienia musi być dopuszczony do obrotu na rynku polskim zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
3. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia wraz z podaniem ilości określono w Specyfikacji asortymentowo-cenowej (dalej w treści: SAC) stanowiącej **załącznik nr 2** do niniejszego Zapytania ofertowego.
4. Na potrzeby realizacji zamówienia Zamawiający wymaga utworzenia po zawarciu umowy w siedzibie Zamawiającego (Blok operacyjny) „banku implantów” na zasadach określonych w **załączniku nr 3 do** Zapytania ofertowego (Projektowane postanowienia umowy - Bank).
5. Opisane wyroby medyczne podlegają Polskim Normom przenoszącym normy europejskie oraz normom innych państw członkowskich Europejskiego Obszaru Gospodarczego.
6. Przedmiotowy towar winien posiadać w momencie dostarczenia go do Zamawiającego co najmniej 12 miesięczny termin ważności, gwarancji lub sterylności dla danego produktu. Dostawy produktów z krótszym terminem ważności mogą być dopuszczone w wyjątkowych sytuacjach i każdorazowo uprzednią zgodę na nie musi wyrazić Zamawiający. W przypadku gdy aktualnie zdeponowany produkt przestanie spełniać wymóg terminu ważności, gwarancji lub sterylności, Wykonawca zobowiązany jest do wymiany towaru złożonego w depozycie na produkt identyczny, z dłuższym terminem ważności, gwarancji lub sterylności,
7. Zamawiający wymaga, by opakowania jednostkowe oferowanych wyrobów medycznych zawierały nazwę asortymentu, nazwę producenta, opis zawartości opakowania w języku polskim (opcjonalnie ulotkę), datę produkcji i/lub ważności oraz oznakowanie dopuszczające wyrób medyczny do obrotu i używania na obszarze gospodarczym Unii Europejskiej, a także datę ważności sterylizacji dla asortymentu sterylnego lub informację o sposobie sterylizacji bądź dezynfekcji dla wyrobów wielokrotnego użytku.
8. W przypadku, gdy wymieniony w załączniku nr 2 do Zapytania ofertowego - „SAC” asortyment nie jest czasowo dostępny na rynku można go zastąpić innym po uzyskaniu zgody Zamawiającego.
9. Zamawiający informuje, iż w części pozycji opisywanych w załączniku nr 2 do Zapytania ofertowego zawarto wymaganie szczególne dotyczące m. in. dostarczenia asortymentu posiadającego samoprzylepną kontrolkę identyfikującą do wklejania do protokołu operacyjnego. Zamawiający wyjaśnia, iż kontrolka identyfikująca może być dołączona przez dystrybutora sprzętu medycznego lub pośrednika, jak i bezpośrednio przez producenta sprzętu. Na samoprzylepnej kontrolce identyfikującej wyrobu powinny znaleźć się następujące standardowe informacje: nazwa podmiotu odpowiedzialnego: producenta lub dystrybutora, nazwa produktu, oznaczenie serii/partii. towaru, termin ważności. Zamawiający oczekuje kontrolki podobnej jak w poniższym wzorze, przy czym Zamawiający nie dopuszcza załączania do sprzedawanego asortymentu kontrolek zawierających jedynie kod kreskowy.

nazwa produktu / podmiot odpowiedzialny

numer serii

partia towaru data ważności

1. Zamawiający informuje, że procesy sterylizacji narzędzi realizowane są w sterylizatorach firmy Getinge 1 i 2 proces: 134 stopnie przez 7 minut przy 2 atmosferach, 121 stopni przez 20 minut przy 1 atmosferze; Tinget proces: 134 stopnie przez 6 minut przy 2,1 atmosfer, 121 stopni przez 20 minut przy 1,1 atmosfer.
2. Oferowany w ofercie przetargowej asortyment musi posiadać zgodność, kompatybilność użytkową z posiadanymi przez szpital sterylizatorami oraz posiadać właściwości umożliwiające realizację procesów sterylizacji o temperaturach 121° C i 134° C.
3. Zamawiający wymaga, aby oferowane wyroby medyczne wielorazowego użytku posiadały parametry umożliwiające dekontaminację i resterylizację wyrobów w oparciu o polskie normy zharmonizowane z normami europejskimi dotyczące procesów sterylizacji obowiązujących w Polsce.
4. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY:

Oferta Wykonawcy powinna zawierać:

1. Wypełniony formularz ofertowy wg załącznika nr 1 do niniejszego Zapytania ofertowego
2. Wypełnioną Specyfikację asortymentowo – cenową zgodnie z załącznikiem nr 2 do Zapytania ofertowego
3. katalog lub inny materiał opisujący przedmiot zamówienia.

**Wymagania:** Zamawiający wymaga złożenia katalogów lub materiałów opisujących przedmiot zamówienia pochodzących od producenta i zawierających potwierdzenie parametrów wyrobów medycznych ujętych w Zał. nr 2 do Zapytania. Jeżeli ww. dokumenty nie są dostępne Wykonawca może przygotować katalog w oparciu o informacje uzyskane od producenta. Zamawiający prosi o przekazywanie ww. dokumentów uporządkowanych, czyli wraz oznaczeniem, dla jakiej pozycji ujętej w formularzu SAC zostają złożone. Zamawiający akceptuje równoważne przedmiotowe środki dowodowe, jeśli potwierdzają, że oferowane dostawy spełniają określone przez Zamawiającego wymagania, cechy lub kryteria.

1. TERMIN ORAZ WARUNKI SKŁADANIA OFERT:
2. W sytuacji, gdy są Państwo zainteresowani złożeniem oferty w powyższym zakresie prosimy o przesłanie dokumentów wymienionych w pkt 7 niniejszego zapytania na adres: zp@zsm.com.pl w terminie nieprzekraczającym do **01.12.2021 r. do godziny 10:00.**
3. Zamawiający wymaga złożenia oferty w języku polskim, w formie elektronicznej lub postaci elektronicznej opatrzonej podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.
4. Sposób sporządzenia dokumentów elektronicznych, oświadczeń lub elektronicznych kopii dokumentów lub oświadczeń musi być zgody z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2017 r. w sprawie użycia środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego oraz udostępniania i przechowywania dokumentów elektronicznych.
5. Oferta powinna być podpisana przez osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy.

**Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.**

1. OSOBA DO KONTAKTÓW:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktu z Wykonawcami: BARBARA GREMLOWSKA

e-mail: zp@zsm.com.pl

tel. 32 3499 268

1. INNE:

Niniejsze zapytanie ofertowe nie stanowi zobowiązania Zespołu Szpitali Miejskich do zawarcia umowy. Niniejsze zapytanie nie stanowi oferty w rozumieniu Kodeksu cywilnego.

Zamawiający zastrzega sobie prawo odstąpienia, bądź unieważnienia zapytania ofertowego bez podania przyczyny w przypadku zaistnienia okoliczności nieznanych Zamawiającemu w dniu sporządzania niniejszego Zapytania ofertowego. Po wyborze Wykonawcy Zamawiający zastrzega sobie prawo negocjacji warunków realizacji zamówienia.

Niniejsze zapytanie nie stanowi podstawy do roszczeń dotyczących zawarcia umowy. Niniejsze zapytanie ofertowe nie dotyczy postępowania prowadzonego w trybie ustawy Prawo Zamówień Publicznych.

1. ZAŁĄCZNIKI:
2. Wzór Formularza ofertowego – zał. nr 1
3. Specyfikacja asortymentowo-cenowa – zał. nr 2
4. Projektowane postanowienia umowy – zał. nr 3

**Załącznik nr 1 do Zapytania ofertowego**

**FORMULARZ OFERTOWY**

Pełna nazwa Wykonawcy:

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

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

Adres Wykonawcy:

ul. ............................................... nr ...................

kod pocztowy ............................... miejscowość ........................................................

Nr tel.: .........................................

REGON: ....................................... NIP: .....................................................................

KRS: ………………………………………. *(jeśli istnieje)*

e -mail: …...............................................@................................. http://..................................................................

* + - 1. Oferujemy realizację przedmiotu zamówienia w zakresie objętym specyfikacją asortymentowo-cenową(dalej
			w treści: SAC) zgodnie z tabelą poniżej:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cena netto (zł)** | **Cena brutto (zł)** | **Termin utworzenia banku implantów\*)** | **Termin uzupełnienia depozytu\*\*)** |
|  |  |  |  |

***\*) Kryterium: utworzenie banku implantów (Pb) :******20 pkt*** *– utworzenie banku implantów do 3 dni roboczych od dnia zawarcia umowy;* ***10 pkt*** *- utworzenie banku implantów do 5 dni roboczych od dnia zawarcia umowy;* ***0 pkt*** *- utworzenie banku implantów do 7 dni roboczych od dnia zawarcia umowy;*

***\*\*) Kryterium : uzupełnienie depozytu (Pd): 20 pkt*** *– uzupełnienie depozytu do 24 h\* od chwili otrzymania zlecenia dotyczącego zużycia implantu,* ***10 pkt*** *- uzupełnienie depozytu do 48 h od chwili otrzymania zlecenia dotyczącego zużycia implantu,* ***0 pkt*** *- uzupełnienie depozytu do 60 h od chwili otrzymania zlecenia dotyczącego zużycia implantu*

* + - 1. Oświadczamy, że oferowany przez nas przedmiot zamówienia spełnia wymogi: Ustawy z dn. 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz.U. 2021 poz. 1565 z późn. zm.) oraz określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2011 w sprawie wymagań zasadniczych oraz procedur oceny zgodności wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro ( t.j. Dz.U. 2013 poz. 1127 z późń. zm.) oraz załącznikach do wymienionego rozporządzenia oraz innych znajdujących zastosowanie przepisów (dotyczy sytuacji, kiedy dany asortyment jest wyrobem medycznym - jeśli dany asortyment nie jest wyrobem medycznym wyżej wymienione wskazanie nie dotyczy go) i ustawy z dnia 13 kwietnia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o systemach oceny zgodności i nadzoru rynku (t.j. Dz.U. 2021 poz. 544 z późn. zm.). Oświadczamy, że oferowany przez nas przedmiot zamówienia jest dopuszczony do obrotu na rynku polskim zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
			2. Ceny netto, brutto wpisane w SAC muszą być podane z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.
			3. Wartość brutto oferty musi zawierać wszystkie koszty związane z przedmiotem zamówienia, utworzeniem banku implantów w siedzibie Zamawiającego a także: dostawą asortymentu na Blok Operacyjny Zamawiającego, w tym: czynności związane z przygotowaniem dostawy, transport, koszt ubezpieczeń w trakcie transportu, opakowanie, opłaty wynikające z polskiego prawa celnego i podatkowego, szkolenia personelu. Wykonawca winien uwzględnić w cenie oferty również wszystkie inne koszty jakie poniesie w związku z realizacją przedmiotu przetargu, także nie wymienione w zdaniu poprzedzającym, a które mają wpływ na cenę oferty. Wykonawca skalkuluje ponadto wszystkie potencjalne rodzaje ryzyka ekonomicznego, jakie mogą wystąpić przy realizacji przedmiotu umowy, a wynikające z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawierania umowy.
			4. Osobą do kontaktów w sprawie oferty/ umowy jest: ………………………………….………….

Tel. ……………………………. Adres e-mail ……………………….

* + - 1. Termin płatności faktur ustala się na: **60 dni**, licząc od dnia dostarczenia towaru wraz z prawidłowo wypełnioną fakturą do siedziby Zamawiającego. Zapłata wynagrodzenia nastąpi na wskazany na fakturze numer rachunku bankowego.
			2. Oświadczamy, że przedmiot umowy stanowi naszą własność i nie jest obciążony żadnymi prawami osób trzecich, ani też nie toczą się żadne postępowania sądowe jak i administracyjne, których przedmiotem byłoby Urządzenie, jak i nie istnieją przesłanki do wszczęcia takich postępowań.
			3. Oświadczamy, że uważamy się związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
			4. Oświadczam, że zapoznaliśmy się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w ramach korespondencji udostępnioną na stronie: <http://zsm.com.pl/odo>.
			5. Wraz z ofertą przedkładamy następujące oświadczenia i dokumenty:

a/....................................................................................................zał. nr ......................

b/....................................................................................................zał. nr ......................

c/ ………………………………………………………………………zał. nr ………………

…/ ……………………………………………………………………………………………….

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

Data, miejsce Podpis osoby upoważnionej

do reprezentowania Wykonawcy