

Umowa o dofinansowanie nr UDA-RPPD.08.04.01-20-0044/18-00 projektu pn.: „Poprawa efektywności i dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej SP ZOZ w Mońkach na poziomie leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnego w zakresie schorzeń, które są istotną przyczyną dezaktywacji zawodowej osób dorosłych ”Nr Projektu WND-RPPD.08.04.01-20-0044/18

Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 Oś priorytetowa VIII Infrastruktura dla usług Użyteczności Publicznej Działanie 8.4. Infrastruktura Społeczna Poddziałanie 8.4.1 Infrastruktura ochrony zdrowia.

Mońki, dn. 28.04.2022r.

Dane Zamawiającego:

Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
w Mońkach
Al. Niepodległości 9
19-100 Mońki

**ZAPYTANIE CENOWE
SZACOWANIE WARTOŚCI ZAMÓWIENIA**

Podana w ofercie wartość zamówienia będzie brana pod uwagę do badania pod kątem rażąco niskiej ceny w prowadzonym postępowaniu o udzielenie zamówienia.

DANE WYKONAWCY

1. Pełna nazwa (oznaczenie, firma)
2. Adres siedziby (ulica, kod pocztowy, miejscowość)
3. REGON NIP KRS/CEiDG.....
4. Telefony (z numerem kierunkowym)
5. Faks (z numerem kierunkowym)
6. E-mail
7. Adres skrzynki ePUAP.....

Niniejsze zapytanie cenowe ma na celu przeprowadzenie szacowania wartości zamówienia.

W odpowiedzi na niniejsze zapytanie cenowe oferujemy **dostawę sterylizatora parowego dla potrzeb Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Mońkach** za cenę:

1. Sterylizator parowy – 1 KPL

Nazwa urządzenia, typ lub model

Producent

Kraj pochodzenia

Rok produkcji

Lp.	Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych	Wartość wymagana	Wartość oferowana
1	Fabrycznie nowy, rok produkcji 2021/2022 Zamawiający wyklucza dostawę sprzętu powystawowego.	TAK, podać	
2	Steryliizator wolnostojący przelotowy z wbudowaną wytwornicą pary o pojemności 2 STE	TAK	
3	Steryliizator wolnostojący o maksymalnych wymiarach zewnętrznych 2000x1650x1000 mm wys. x głęb. x szer.	TAK, podać	
4	Komora sterylizująca ułatwiająca załadunek i umożliwiającą optymalne wykorzystanie powierzchni	TAK	
5	Komora sterylizatora – stal nierdzewna kwasoodporna, wewnętrzna powierzchnia komory szlifowana i polerowana.	TAK	
6	Pojemność komory: maksymalnie 250L.	TAK, podać	
7	Sterowanie mikroprocesorowe	TAK	



8	Min. 1 kolorowy dotykowy wyświetlacz	TAK, podać	
9	Komunikaty na wyświetlaczu w języku polskim	TAK	
10	Możliwość identyfikacji personelu kodem PIN	TAK	
11	Programy sterylizacyjne – minimum 4 programy w tym 2 programy szybkie	TAK, podać	
12	Programy testowe: - test kontroli sterylizatorów parowych - test próżniowy	TAK, podać	
13	Możliwość modyfikacji parametrów pracy w razie zmian przepisów i wymagań sterylizacyjnych	TAK	
14	Możliwość podłączenia do sieci internetowej bezprzewodowo	TAK	
15	Możliwość archiwizacji danych w postaci cyfrowej oraz możliwość podłączenia bezprzewodowo do komputera PC pracującego w sieci lokalnej LAN	TAK	
16	Możliwość współpracy z dedykowanym oprogramowaniem do archiwizacji procesu sterylizacji z wydrukiem etykiet oraz wydruku wykresów procesu. Możliwość współpracy oprogramowania z dedykowaną myjnią-termodezynfektorem z archiwizacją procesu mycia oraz wydrukiem wykresów procesu. Podłączenie oprogramowania do sieci lokalnej LAN.	TAK, podać	
17	Wbudowana drukarka do wydruku raportów przebiegu parametrów cyklu po stronie załadowniczej.	TAK,	
18	Pamięć wewnętrzna na min. 60 cyli	TAK, podać	
19	Dedykowane oprogramowanie na urządzenia mobilne informujące o przebiegu programu	TAK, podać	

20	Min 1x złącza RJ45	TAK, podać	
21	Wyświetlanie aktualnego etapu procesu – kontrola poprawności procesu w trakcie jego trwania	TAK	
22	Wytwarzanie próżni – pompa próżniowa z pierścieniem wodnym	TAK	
23	Niezależne układy czujników do sterowania i rejestracji procesu	TAK	
24	Rama sterylizatora wykonana ze stali nierdzewnej	TAK	
25	Osłony sterylizatora łatwe do demontażu oraz odporne na korozję i działanie czynników czyszczących	TAK	
26	Drzwi komory – stal nierdzewna kwasoodporna	TAK	
27	Zamykanie i otwieranie drzwi elektrycznie	TAK	
28	Wyposażony w demoralizator wody z odwróconą osmozą zapewniający stałą jakość wody, pobieraną do procesu sterylizacji w systemie automatycznym zgodny z normą PN EN 285	TAK	
29	Ciągły system kontroli jakości wody demineralizowanej	TAK	
30	Ochrona instalacji wodnej: zabezpieczenie według EN 1717, uniemożliwiające powrót wody do instalacji hydraulicznej	TAK, podać	
31	Możliwość przeprowadzenia walidacji	TAK	
32	Dwa wózki transportowe kompatybilne z autoklawem (załadunkowy i rozładunkowy) z możliwością dopasowania wysokości	TAK	
33	Maksymalna moc urządzenia 20kW	TAK, podać	



34	Maksymalna waga urządzenia 700kg	TAK, podać	
35	Punkt(y) serwisowy(e)- autoryzowany(e) przez producenta do obsługi gwarancyjnej i pogwarancyjnej urządzenia	TAK	
36	Kontener z pokrywą i koszem: o wymiarach zewnętrznych 300x281x264 szt. 2 wykonany ze stopu aluminium, wyposażony w ręczki transportowe oraz uchwyty na tabliczki identyfikacyjne z obu stron. Pokrywa wykonany ze stopu aluminium z filtrem przeznaczonym, na co najmniej 5000 cykli sterylizacyjnych kolor zielony. Kosz stalowy nierdzewny, perforowany z uchwytami i nóżkami o wymiarach 243x253x100 szt.2 kompatybilne z oferowanym autoklawem.	TAK	
37	Kontener z pokrywą o wymiarach zewnętrznych 470x281x204 szt. 2 wykonany ze stopu aluminium, wyposażony w ręczki transportowe oraz uchwyty na tabliczki identyfikacyjne z obu stron. Pokrywa wykonany ze stopu aluminium z filtrem przeznaczonym, na co najmniej 5000 cykli sterylizacyjnych kolor zielony. Kompatybilne z oferowanym autoklawem.	TAK	
38	Kontener z pokrywą o wymiarach zewnętrznych 592x281x264 szt. 3 wykonany ze stopu aluminium, wyposażony w ręczki transportowe oraz uchwyty na tabliczki identyfikacyjne z obu stron. Pokrywa wykonany ze stopu aluminium z filtrem przeznaczonym, na co najmniej 5000 cykli sterylizacyjnych kolor zielony. Kompatybilne z oferowanym autoklawem.	TAK	
INNE			
39	Demontaż 2 szt. autoklawów w miejscu posadowienia oferowanego autoklawu, wraz z odtworzeniem ich funkcji.	TAK, podać	



40	Montaż oferowanego autoklawu wraz z uruchomieniem i szkoleniem personelu z obsługi i konserwacji.	TAK	
41	Prace przygotowawcze konieczne do montażu i instalacji urządzenia	TAK	
42	Gwarancja min. 24miesiące	TAK, podać	
43	Gwarancja obejmująca naprawy, konserwację, przeglądy wraz z materiałami w szczególności częściami zamiennymi i materiałami eksploatacyjnymi użytymi do napraw, przeglądów stanu technicznego, konserwacją, regulacją oraz praca i dojazd zespołu serwisowego w okresie gwarancyjnym obciążają Wykonawcę.	TAK	
44	W okresie gwarancyjnym czas reakcji serwisu, tj. od chwili powiadomienia do rozpoczęcia naprawy wyniesie maksymalnie 2 dni robocze.	TAK, podać	
45	Czas skutecznej naprawy max. 5 dni roboczych licząc od dnia zgłoszenia	TAK, podać	
46	Czas skutecznej naprawy w przypadku konieczności sprowadzenia części zamiennych spoza terenu Polski – max. 12 dni roboczych licząc od dnia zgłoszenia	TAK, podać	
47	Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczana ze sprzętem	TAK	
48	Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wypełnionych paszportów technicznych sprzętu	TAK	
49	Deklaracja zgodności z dyrektywą medyczną 93/42/EEC, Certyfikat zgodności z dyrektywą ciśnieniową 2014/68/UE. Spełniający wymagania norm PN-EN 285 i PN – EN ISO17655-1	TAK	
50	Dostępność części zamiennych oraz wyposażenia eksploatacyjnego min. 8 lat od daty uruchomienia	TAK, podać	

51	Wymagana wizja lokalna	TAK	
----	------------------------	-----	--

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenia są fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i po zainstalowaniu będą gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

Wartość w PLN 1 kpl:

- 1) kwota netto: zł
słownie: złotych
- 2) stawka podatku VAT:%
- 3) kwota brutto: zł
słownie: złotych

1. Termin dostawy: dni (podać)

2. Gwarancja wymagane min. 24 miesiące miesiące (podać)

Podać jakie są koszty każdego następnego roku gwarancji (do 60 m-cy).....(podać)

3. Oświadczamy, że oferowane wyroby medyczne zostały dopuszczone do obrotu i używania oraz posiadają aktualne dokumenty dopuszczające do obrotu i używania na zasadach określonych ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1565).

4. Oświadczam/y, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO** wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. [W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (przez jego wykreślenie)].

.....
(Miejscowość, data)

.....
Podpis osoby (osób) uprawnionej(ych)
do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

Oferty cenowe należy złożyć w formie pisemnej w Sekretariacie SP ZOZ w Mońkach lub przy użyciu środków komunikacji elektronicznej na adres e-mail: sekretariat@szpital-monki.h2.pl; zamowienia_publiczne@szpital-monki.h2.pl w terminie do **06.05.2022 roku, do godz. 12:00**

Kontakt:

Wiesława Tekień, tel.: 664 009 427

Piotr Kulikowski 668 877 524

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mońkach

ul. Al. Niepodległości 9

19-100 Mońki

tel. (85) 72 78 130 (centrala)

fax. (085) 72 78 135; (085) 72 78 134

e-mail: sekretariat@szpital-monki.h2.pl; zamowienia_publiczne@szpital-monki.h2.pl