



SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 1

im. prof. Tadeusza Sokołowskiego

POMORSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO

71-252 Szczecin ul. Unii Lubelskiej 1

e-mail: zaopatrzenie@spsk1.szn.pl

www.spsk1.szn.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: ZA-2413-86/2023

Data: 30.08.2023r.

**Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
ul. Unii Lubelskiej 1, 71-252 Szczecin**

ZAPRASZA DO SKŁADANIA OFERT

na dostawę: lodówek do przechowywania odciągniętego mleka w warunkach chłodniczych, zapewniających całodzienną kontrolę temperatury, laktatorów elektrycznych przeznaczonych do użytku szpitalnego, boksów termicznych.

Zakup dofinansowany ze środków pozyskanych z programu: „ Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia rodzin ”ZA ŻYCIEM” na lata 2022-2026. ”

Nazwa zadania: „ Odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt – zakup sprzętu do pozyskiwania mleka kobiecego i jego przechowywania dla podmiotów leczniczych współpracujących z bankami mleka kobiecego”

I. ZAKRES RZECZOWY USŁUGI

Zakres obejmuje dostawę:

Pakiet 1 – Lodówka do przechowywania odciągniętego mleka w warunkach chłodniczych, zapewniających całodzienną kontrolę temperatury – 2 zestawy

Lp.	Opis	Parametr wymagany	Parametr oferowany (podać/potwierdzić)
Lodówka – 2 szt.			
1.	Pojemność nie mniejsza niż 150l ± 5%	TAK	
2.	Wymiary (wys. x szer. x gł.) [mm] 835 x 600 x 600 ±5%	TAK	
3.	Waga nie większa niż 51kg ±5%	TAK	
4.	Ilość półek nie mniejsza niż 3	TAK	
5.	Zakres temperatur +0°C do +5°C ±5%	TAK	

6.	Typ drzwi - pełne	TAK	
7.	Drzwi zamykane na zamek	TAK	
8.	Urządzenie posiada wyświetlacz temperatury	TAK	
9.	Posiada alarm wysokiej i niskiej temperatury	TAK	
10.	Posiada alarm otwartych drzwi	TAK	
11.	Posiada alarm awarii zasilania	TAK	
12.	Posiada rejestrator minimalnej i maksymalnej temperatury	TAK	
13.	Posiada podtrzymanie bateryjne alarmu	TAK	
14.	Posiada system auto rozmrażania	TAK	
15.	Posiada co najmniej jeden port dostępu – Access Port	TAK	
16.	Posiada styki alarmu zdalnego	TAK	
17.	Rejestracja danych temperaturowych	TAK	
18.	Oświetlenie wewnętrzne	TAK	
19.	Drzwi prawe – możliwość zmiany na lewe podczas produkcji	TAK	
20.	Czynnik chłodniczy przyjazny środowisku	TAK	

Lp.	Opis	Parametr wymagany	Parametr oferowany (podać/potwierdzić)
System awaryjnego powiadamiania GSM – 2 szt.			
1.	Wymiary urządzenia 255x255x95 mm ±5%	TAK	
2.	Zasilanie 230V/50HZ	TAK	
3.	Zewnętrzna antena zapewniająca silny sygnał	TAK	
4.	Możliwość podłączenia ośmiu urządzeń zewnętrznych	TAK	
5.	Możliwość zdalnego sprawdzenia aktualnych warunków panujących w urządzeniu	TAK	
6.	Wbudowana bateria umożliwiająca pracę bez zasilania zewnętrznego	TAK	

WARUNKI DOSTAWY I SERWISU GWARANCYJNEGO		Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Rok produkcji oferowanych urządzeń – min. 2022	TAK	
2.	Okres gwarancji min. 24 miesiące, maks. 60 miesięcy od daty podpisania protokołu odbioru.	TAK, podać okres gwarancji dla urządzenia	
3.	Dostawa montaż i instalacja urządzeń / sprzętów przez upoważnionego pracownika Wykonawcy w miejsce wskazane przez Zamawiającego .	TAK	
4.	W okresie gwarancji obowiązkowo dokonać nieodpłatnie przeglądy techniczne (nie mniej niż wynika z zaleceń i wskazań producenta, ostatni przegląd na koniec okresu gwarancyjnego – podać częstotliwość zalecanych przeglądów); przeglądy każdorazowo potwierdzone raportem serwisowym określającym szczegółowy zakres wykonanych czynności.	TAK	
5.	W okresie gwarancji, po wykonaniu max. 3 napraw tego samego podzespołu / urządzenia wymaga się wymiany tego	TAK	

	podzespołu / urządzenia na nowe		
6.	Czas naprawy urządzenia wynosi max. 2 dni od zgłoszenia emailem, faxem bądź tel. na wskazany numer (dotyczy dni roboczych). Termin może ulec wydłużeniu o czas niezbędny do sprowadzenia uszkodzonego elementu, jednak nie dłużej łącznie niż do 5 dni roboczych – Wykonawca ma obowiązek dostarczenia urządzenia zastępczego najpóźniej w 5 dniu roboczym od zgłoszenia.	TAK	
7.	Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny producenta / autoryzowany przez producenta na terenie UE.	TAK, Podać dane adresowe	
8.	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	
9.	Wypełnione karty gwarancyjne oraz paszporty techniczne na każde urządzenie, które tego wymaga.	TAK	
10.	Gwarancja produkcji części zamiennych na min. 10 lat od dostawy.	TAK	
11.	Instruktaż obsługowy, szkolenie dla personelu medycznego (minimum 2 osoby, 1 dzień) w miejscu użytkowania sprzętu zakończone protokołem.	TAK	

Pakiet 2 – Laktator elektryczny przeznaczony do użytku szpitalnego – 13 szt.

Lp.	Opis	Parametr wymagany	Parametr oferowany (podać/potwierdzić)
1.	Zasilanie 230-240V, 50/60 Hz.	TAK	
2.	Praca laktatora sterowana przez kartę z chipem	TAK	
3.	Membrany tłoków zabezpieczone pokrywą dla zapewnienia pełnej higieny i bezpieczeństwa odciągania	TAK	
4.	Do wyboru dwa programy: Program INICJACJA – przeznaczony do stymulacji laktacji (dla mam wcześniaków, mam z opóźnioną laktacją, matek po szczególnie trudnych porodach) Program UTRZYMANIE – dla mam dzieci donoszonych, do podtrzymania laktacji na odpowiednim poziomie	TAK	
5.	Rytm pracy naśladujący rytm ssania niemowlęcia	TAK	
6.	Płynna regulacja siły ssania.	TAK	
7.	Przystosowany do pracy ciągłej 24h/dobę.	TAK	
8.	Bardzo cicha praca	TAK	
9.	Waga do 4 kg	TAK	
10.	Moduł sterujący	TAK	

11.	Wózek jezdny z blokadą kół z uchwytem na butelki oraz miejscem na przewód zasilający	TAK	
12.	Trwała obudowa zapewniająca utrzymanie urządzenia w czystości wraz z uchwytem do łatwego przenoszenia urządzenia	TAK	
13.	Statyw na 2 lub 4 butelki	TAK, podać	
14.	Konstrukcja urządzenia zabezpieczająca przed przedostaniem się mleka do środka modułu (separacja mediów)	TAK	
15.	Wózek do zainstalowania laktatora	TAK	
16.	Wyświetlacz z komunikatami w języku polskim oraz graficznymi symbolami siły podciśnienia	TAK	

WARUNKI DOSTAWY I SERWISU GWARANCYJNEGO		Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Rok produkcji oferowanych urządzeń – min. 2022	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 eksploatacyjnymi).	Potwierdzić	
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 miejsce wskazane 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	podać	
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 emailem, faxem bądź tel. 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	TAK -	

	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	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	

Pakiet 3 Boks termiczny – 1 szt.

Lp.	Opis	Parametr wymagany	Parametr oferowany (podać/potwierdzić)
1.	Wymiary zewnętrzne: 16 x 17 x 14 cm ±5%	TAK	
2.	Posiada możliwość umieszczenia wewnątrz co najmniej trzech wkładów chłodzących	TAK	
3.	Posiada uchwyt do przenoszenia	TAK	
4.	Posiada wbudowany zamek błyskawiczny	TAK	
5.	Materiał wykonania - izolowany nylon	TAK	
6.	Utrzymuje chłodzenie do 10 godzin ±5%	TAK	
7.	Mieści min. 6 butelek 120 ml	TAK	

Oferty będą oceniane według następujących kryteriów:

1. Cena – 60 %
2. Termin gwarancji – 40 %

1. Cena za realizację zamówienia: - 60 %

cena najniższa

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

2. Termin gwarancji – 40 %

Termin gwarancji w ofercie badanej
Kryterium nr 2 ----- x 100 pkt. x znaczenie kryterium - 40 %
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 podania terminu dłuższego niż 60 miesięcy, Zamawiający przyjmie termin 60 miesięcy.

3. Termin dostawy – nie później niż do 25.10.2023r.

Dodatkowe informacje:

1. Warunki realizacji zadania:
 - ✓ Koszt transportu pokrywa Wykonawca;
 - ✓ Miejsce dostawy: Klinika Perinatologii, Położnictwa i Ginekologii
 - ✓ *ul. Siedlecka 2, 72-010 Police SPSK NR 1 PUM.*
2. Zapłata wynagrodzenia za dostarczony przedmiot zamówienia zostanie zrealizowana w terminie 30 dni, licząc od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT wraz z protokołem odbiorczym.
3. Do oferty należy dołączyć:
 - a) **Katalog, broszura informacyjna, instrukcja obsługi, karta charakterystyki, bądź inny dokument w języku polskim lub angielskim potwierdzający, że oferowany produkt spełnia wymagania określone w opisie przedmiotu zamówienia z zaznaczeniem wszystkich oferowanych parametrów danego produktu.**
 - b) Deklaracja zgodności dla wyrobu medycznego. – **nie dotyczy pakiet 1 część B oraz pakiet 3**
4. Szczegółowe warunki umowy określa projekt umowy, stanowiący załącznik nr 2 do niniejszego zaproszenia. SPSK NR 1 PUM wymaga zawarcia umowy na warunkach zgodnych z projektem.
5. SPSK NR 1 PUM zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania oraz do nie wybierania żadnej z ofert bez podania przyczyn.

Oferty należy przesać w formie elektronicznej na adres: zaopatrrzenie@spsk1.szn.pl w terminie do dnia 11 września 2023r. do godz. 09:00 lub w formie pisemnej w tym samym terminie na adres SPSK nr 1 PUM Szczecin, ul. Unii Lubelskiej 1, Dział Zaopatrzenia, z dopiskiem jak w tytule.

Ofertę należy złożyć zgodnie z załączonym formularzem ofertowym.

Wszelkie zapytania proszę kierować do:

Dział Zaopatrzenia SPSK-1

E-mail: zaopatrzenie@spsk1.szn.pl

tel.: (0 91) 425 30 45

Osoby wyznaczone do kontaktu:

Sebastian Trochim

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 **Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego 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@spsk1.szn.pl
- inspektorem ochrony danych osobowych w **Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie** jest Pani/Pan:
 - Witold Frankiewicz.Dane do kontaktu:
 - listownie: SPSK NR 1 PUM, ul. Unii Lubelskiej 1, 71-252 Szczecin
 - adres e-mail: iod@spsk1.szn.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 lodówek do przechowywania odciągniętego mleka w warunkach chłodniczych, zapewniających całodzienną kontrolę temperatury, laktatorów elektrycznych przeznaczonych do użytku szpitalnego, boksów termicznych”

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 RODO ²;
 - 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:
 - 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.**

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.

Potwierdzam zgodność kopii wydruku z dokumentem elektronicznym:

Identyfikator dokumentu	11714.21619.13536
Nazwa dokumentu	Ogłoszenie - Program Za życiem.pdf
Tytuł dokumentu	Ogłoszenie - Program Za życiem
Sygnatura dokumentu	DZ.2413.86.2023
Data dokumentu	30.08.2023
Skrót dokumentu	A711FDB1FDBE1B0691667CC5AA79450A8259571D
Wersja dokumentu	1.15
Data podpisu	30.08.2023 13:39:58
Podpisane przez	Dariusz Ruczyński Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych
Rodzaj certyfikatu	Certyfikat kwalifikowany podpisu elektronicznego karta

EZD 3.110.1.1.

Data wydruku: 31.08.2023

Autor wydruku: Szydłowska Marlena (Kierownik Działu Zaopatrzenia)