



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

MODYFIKACJA NR 1

Nasz znak: DAM-2416-19/2024

Data: 12-07-2024 r.

**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 inkubatora wraz z wytrząsarką – 1 zestaw**

I. ZAKRES RZECZOWY USŁUGI

Zakres obejmuje dostawę:

Inkubator wraz z wytrząsarką – 1 zestaw

Tabela 1. Parametry techniczne oferowanego urządzenia

L.P.	NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - DANE TECHNICZNE	PARAMETR OFEROWANY
A	INKUBATOR	
	NAZWA PRODUKTU	
	TYP	
	NR KATALOGOWY	
	NAZWA PRODUCENTA	
	KRAJ POCHODZENIA PRODUKTU	
1.	Wymiary max.: 605 x 865 x 610 mm (szer x wys x gł).	
2.	Głośność: max. 60 dB.	
3.	<i>usunięty</i>	
4.	Minimalny zakres ustawianych temperatur: od +20°C do +32°C	
5.	Zasilanie 220-230V, 50-60Hz.	
6.	Powłoka proszkowa odporna na bakterie lub stal nierdzewna typ 18/10 AISI 304 wewnątrz i wstępnie powlekana stal o działaniu bakteriostatycznym	
7.	Czujnik temperatury wykonany ze stali nierdzewnej.	
8.	Izolacja piankowa.	
9.	<i>usunięty</i>	

10.	<i>usunięty</i>	
11.	Zasilanie do wytrząsarki (współpraca z urządzeniem opisanym w części B)	
12.	Panel kontrolny urządzenia - kolorowy ekran dotykowy, prezentujący funkcje:	
a	wyświetlanie aktualnej temperatury w komorze	
b	wyświetlanie bieżącego stanu alarmowego	
c	wyświetlanie niezatwierdzonych alarmów	
d	ustawienia chronione hasłem	
e	alarm zasilania	
f	alarm otwartych drzwi	
g	alarm zbyt niskiej i zbyt wysokiej temperatury	
h	graficzny wykres temperatury w komorze minimum z ostatnich 24 godzin	
i	awaryjne zasilanie akumulatorowe pozwalające na pracę ekranu wraz z funkcjami alarmowymi na minimum 12 godzin	
j	alarm niskiego poziomu baterii zasilania awaryjnego	
k	kontrola i monitorowanie pracy podłączonej wytrząsarki w zakresie min. jej ruchu	
l	funkcja kopiowania gromadzonych danych do pamięci typu USB	
13.	Automatyczny system stop/start zatrzymujący wytrząsarkę w momencie otwarcia drzwi i automatycznie przywracającej pracę po zamknięciu drzwi.	
B	WYTRZĄSARKA	
	NAZWA PRODUKTU	
	TYP	
	NR KATALOGOWY	
	NAZWA PRODUCENTA	
	KRAJ POCHODZENIA PRODUKTU	
1.	Urządzenie kompatybilne z inkubatorem oferowanym w części A	
2.	Ciągłe i łagodne mieszanie wymagane przy preparatach płytkowych.	
3.	Pojemność: min. 4 max. 7 worków (pojemników) na płytki krwi z aferezy lub min. 15 max. 24 worki (pojemniki) na płytki krwi z krwi pełnej Półki o konstrukcji zapobiegającej wypadaniu worków/pojemników.	
4.	<i>usunięty</i>	
5.	Przestrzeń robocza regulowana.	
6.	Zasilanie 220-230V, 50-60Hz.	
7.	<i>usunięty</i>	
8.	<i>usunięty</i>	
9.	Głośność max.: 50 dB.	
10.	Przycisk włączenia/wyłączenia zasilania.	
11.	Alarm dźwiękowy i wizualny braku zasilania oraz braku ruchu.	
12.	<i>usunięty</i>	
	Drzwiczki blokujące się podczas otwierania zapewniające bezpieczne wyciągnięcie pojemnika/worka z KPP.	
PARAMETRY TECHNICZNE PUNKTOWANE		
1.	Inkubator wyposażony w tarczowy rejestrator temperatury (minimalne funkcjonalności): -bez użytku tuszu, z zastosowaniem papieru	TAK – 50 pkt. NIE – 0 pkt.

	wrażliwego na nacisk -zakres temperatury min. 0° do +35°C -napęd elektroniczny -back up baterii zapewniający ciągłe działanie -przyciski membranowe umożliwiające zmianę tarczki i kalibrację -wskaźnik naładowania baterii -czujnik temperatury wykonany ze stali nierdzewnej		
2.	Inkubator: Zużycie energii: max. 1,5 kWh/dzień.	TAK – 1 pkt. NIE – 0 pkt.	
3.	Inkubator: Układ chłodzenia bez czynnika chłodniczego.	TAK – 5 pkt. NIE – 0 pkt.	
4.	Inkubator: Drzwi zamykane na klucz i/lub zabezpieczenie otwarcia za pomocą hasła	TAK – 2 pkt. NIE – 0 pkt.	
5.	Wytrząsarka: Szybkość wytrząsania regulowana przez użytkownika, do poziomu min. 60 cykle/min. lub stała 60 cykli/min. (podać ilość cykli)	TAK (regulowana) - 5 pkt. NIE (stała) – 0 pkt.	
6.	Wytrząsarka: Zużycie energii max.: 0,35 kWh/dzień.	TAK – 1 pkt. NIE – 0 pkt.	
7.	Wytrząsarka: Głośność max.: 50 dB.	TAK – 1 pkt. NIE – 0 pkt.	
8.	Wytrząsarka: Awaryjne zasilanie akumulatorowe pozwalające na pracę układu alarmowego max. 2 godzin.	TAK – 10 pkt. NIE – 0 pkt.	

Miejsce dostawy, instalacji i uruchomienia: Bank Krwi

WARUNKI DOSTAWY I SERWISU GWARANCYJNEGO		Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Rok produkcji oferowanych urządzeń – 2024.	TAK	
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 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	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 dokumenty: a) Instrukcja obsługi w języku polskim (lub przetłumaczona na język polski) w formie wydrukowanej i w wersji	TAK - potwierdzić	

	elektronicznej na nośniku danych (płyta CD/DVD lub pamięć USB). b) Deklaracje zgodności dla wyrobu medycznego		
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 właściwie	
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. **Termin gwarancji – 10 %**
3. **Termin dostawy - 10 %**
4. **Parametry techniczne – 20 %**

1. Cena za realizację zamówienia: - 60 %

cena najniższa

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

cena oferty badanej

2. Termin gwarancji – 10 %

Termin gwarancji w ofercie badanej

Kryterium nr 2 ----- x 100 pkt. x znaczenie kryterium 10 %

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

3. Termin dostawy – 10 %

Termin najkrótszy
Kryterium nr 3 ----- x 100 pkt. x znaczenie kryterium 10 %
Termin oferty badanej spośród ofert nieodrzuconych

Minimalny termin dostawy wynosi 7 dni, maksymalny 42 dni kalendarzowe od dnia zawarcia umowy.

Termin dostawy powinien być podany w pełnych dniach liczbą naturalną. W przypadku podania terminu krótszego niż termin minimalny do oceny w porównaniu ofert przyjęty będzie termin minimalny, aczkolwiek na etapie wykonania umowy Wykonawca będzie związany podanym krótszym terminem. W przypadku podania terminu dłuższego niż termin maksymalny do oceny w porównaniu ofert przyjęty będzie termin maksymalny i Wykonawca będzie związany tym terminem na etapie wykonania umowy.

- Parametry techniczne – 20 %

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

$$P (W_i) = \frac{W_i}{W_{max}} \times 100 \times 20 \%$$

gdzie:

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

W_{max} – najwyższa przyznana liczba punktów przyznana ofercie spośród wszystkich ważnych i nie odrzuconych ofert

W_i – liczba punktów przyznana ofercie badanej "i";

Dodatkowe informacje:

- Warunki realizacji zadania:
 - ✓ Koszt transportu pokrywa Wykonawca;
 - ✓ Miejsce dostawy: *Bank Krwi, ul. Unii Lubelskiej 1, 71-252 Szczecin w USK - 1.*
- Zapłata wynagrodzenia za dostarczony przedmiot zamówienia 30 dni od otrzymania faktury VAT wraz z protokołem odbiorczym.
- Do oferty należy dołączyć:
 - Katalog, broszura informacyjna, instrukcja obsługi, karta charakterystyki, bądź inny dokument w języku polskim lub przetłumaczony na język polski potwierdzający, że oferowany produkt spełnia wymagania określone w opisie przedmiotu zamówienia z zaznaczeniem **wszystkich** oferowanych parametrów danego produktu **opisanych w Tabeli 1. Parametry techniczne oferowanego urządzenia.****
 - Deklaracja zgodności dla wyrobu medycznego.
- Szczegółowe warunki umowy określa projekt umowy, stanowiący załącznik nr 2 do niniejszego zaproszenia. USK - 1 wymaga zawarcia umowy na warunkach zgodnych z projektem.
- USK - 1 zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania oraz do nie wybierania żadnej z ofert bez podania przyczyn.

Oferty należy przesłać w formie elektronicznej na adres: aparatura@usk1.szczecin.pl w terminie do dn. 25 lipca 2024 r. do godz. 09:00.

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

Krzysztof Jędrycha

Osoba merytoryczna: Agnieszka Faron – Bank Krwi

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 **Uniwersytecki Szpital Kliniczny 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 inkubatora wraz z wytrząsarką – 1 zestaw” 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.**