



ZAPYTANIE OFERTOWE

z dnia 24.08.2016, nr 01/08/2016

na zakup urządzenia do automatycznego wykonywania preparatów cytologii płynne (LBC)

1. Nazwa Zamawiającego

„Centrum Medyczo- Diagnostyczne” Sp. z o. o. jako członek konsorcjum
ul. Nikłowa 9, 08-110 Siedlce
Siedziba projektu: 08-110 Siedlce, ul. Kleberga 2
NIP 821-20-25-575

2. Postanowienia ogólne

Niniejsze postępowanie toczy się w trybie zapytania ofertowego, z zachowaniem zasady konkurencyjności, w związku z realizacją projektu pt. „Opracowanie i wdrożenie urządzenia wraz z oprogramowaniem do archiwizacji cyfrowej i przesyłu danych oraz wspomaganie diagnozy preparatów cytologii szyjki macicy” w ramach Programu Operacyjnego Inteligentny Rozwój 2014- 2020. Działanie 1.2 - Konkurs 2/1.2/2015/POIR INNOMED – 2.

3. Przedmiot zamówienia

Przedmiotem zamówienia jest zakup aparatu do automatycznego wykonywania preparatów cytologii płynnej ze specyfikacją przygotowaną przez Zamawiającego stanowiącą załącznik nr 3 do niniejszego zapytania.

Specyfikacja przedmiotu zamówienia:

1. Kod CPV: 38000000-5- Sprzęt laboratoryjny, optyczny i precyzyjny (z wyjątkiem szklanego)

3. Termin realizacji zamówienia

1. Okres realizacji zamówienia: maksimum 2 tygodnie od dnia podpisania umowy z wybranym Wykonawcą,



„Centrum Medyczo- Diagnostyczne” Sp. z o. o.
ul. Kleberga 2
08-110 Siedlce

Tel: 25 644 07 40, Fax: 22 785 00 01

REGON: 710529892

NIP: 8212025575

KRS: 0000036205



2. Zamawiający zastrzega sobie prawo do zmiany terminu realizacji przedmiotu zamówienia. Nowe terminy będą ustalane w konsultacji z wyłonionym Wykonawcą.

4. Miejsce realizacji zamówienia

Miejsce realizacji zamówienia: Siedlce 08-110 Siedlce, ul. Kleeberga 2

5. Informacje o charakterze prawnym, ekonomicznym, finansowym i technicznym

1. Zamówienie udzielane jest w trybie zapytania ofertowego, z zachowaniem zasady konkurencyjności.
2. Złożenie oferty nie powoduje powstania żadnych zobowiązań wobec stron. Oferty są przygotowywane na koszt Wykonawców. Każdy z Wykonawców może złożyć tylko jedną ofertę.
3. Z postępowania o udzielenie zamówienia wykluczeniu podlegają Wykonawcy, którzy są powiązani osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między beneficjentem lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu beneficjenta lub osobami wykonującymi w imieniu beneficjenta czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:
 - a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
 - b) posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji,
 - c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
 - d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateliWykonawca zobowiązany jest dołączyć do oferty oświadczenie o braku w/w powiązań według wzoru stanowiącego **Załącznik nr 2** do niniejszego zapytania ofertowego.
4. Zamawiający zastrzega sobie prawo do odrzucenia oferty zawierającej cenę przekraczającą kwotę, którą Zamawiający planuje na realizację zamówienia lub okres gwarancji zaproponowany w ofercie jest krótszy niż 24 miesiące.
5. Kwota, którą zamawiający planuje przeznaczyć na realizację zadania, zostanie podana bezpośrednio przed otwarciem zapytań ofertowych.



„Centrum Medyczo- Diagnostyczne” Sp. z o. o.
ul. Kleeberga 2
08-110 Siedlce

Tel: 25 644 07 40, Fax: 22 785 00 01

REGON: 710529892

NIP: 8212025575

KRS: 0000036205



7. Opis sposobu obliczenia ceny oferty

1. Wykonawca zobowiązany jest do podania ceny za realizację przedmiotu zamówienia zgodnie z formularzem ofertowym.
2. Podana w ofercie cena musi być wyrażona w PLN. Cena musi uwzględniać wszystkie wymagania niniejszego zapytania ofertowego oraz obejmować wszelkie koszty związane z terminowym i prawidłowym wykonaniem przedmiotu zamówienia oraz warunkami i wytycznymi stawianymi przez Zamawiającego, odnoszącymi się do przedmiotu zamówienia.
3. Cena dla przedmiotu zamówienia może być tylko jedna, nie dopuszcza się wariantowości cen. Wszelkie upusty, rabaty, winny być od razu ujęte w obliczaniu ceny, tak by wyliczona cena za realizację przedmiotu zamówienia była ceną ostateczną, bez konieczności dokonywania przez Zamawiającego przeliczeń i innych działań w celu jej określenia.
4. Ceną oferty jest łączna cena brutto za realizację przedmiotu zamówienia.
5. Płatność z tytułu wykonania

8. Opis kryteriów, którymi Zamawiający będzie się kierował, przy wyborze oferty wraz z podaniem znaczenia tych kryteriów

1. Kryteria oceny ofert:
 - a) Cena - 90%
 - b) Gwarancja - 10%

Wartość punktowa wyliczona zostanie następująco:

Cena: 90 % - Wartość punktowa kryterium „Cena” (max 90 pkt.) wyliczana wg wzoru:

najniższa wartość oferty brutto wśród otrzymanych ofert,

----- x 90
wartość brutto wskazana w badanej ofercie

Gwarancja – 10% - Wartość zależna od zadeklarowanej długości gwarancji (max 10 pkt.) wyliczana wg. wzoru:

Okres gwarancji wskazany w badanej ofercie,



„Centrum Medyczo- Diagnostyczne” Sp. z o. o.
ul. Kleeberga 2
08-110 Siedlce

Tel: 25 644 07 40, Fax: 22 785 00 01

REGON: 710529892

NIP: 8212025575

KRS: 0000036205



----- x 10

Najdłuższy okres gwarancji wśród otrzymanych ofert

2. Łączna ocena obejmie sumę punktów uzyskanych przez ofertę w kryteriach a-b. Punkty będą liczone z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, stosując powszechne zasady zaokrąglania.
3. Zamawiający udzieli zamówienia Wykonawcy, którego oferta odpowiada wszystkim wymogom zawartym w zapytaniu ofertowym i zostanie oceniona w podanym kryterium wyboru, jako najkorzystniejsza – uzyskując najwyższą liczbę punktów (maks. 100pkt.).
4. W przypadku odmowy podpisania umowy przez wybranego Wykonawcę, Zamawiający może zawrzeć umowę z Wykonawcą, który spełnia wymagania zapytania ofertowego i którego oferta uzyskała kolejno najwyższą liczbę punktów.
5. Jeżeli Zamawiający nie będzie mógł wybrać najkorzystniejszej oferty ze względu na to, że złożone zostały oferty, które uzyskały taką samą liczbę punktów, Zamawiający wezwie Wykonawców, którzy złożyli te oferty, do złożenia - w terminie określonym przez Zamawiającego - ofert dodatkowych. Wykonawcy składając oferty dodatkowe, nie mogą zaoferować cen wyższych niż zaoferowane w złożonych ofertach.

9. Sposób przygotowania oferty

1. Ofertę sporządzić należy na druku „Formularz ofertowy” stanowiącym **Załącznik nr 1** do niniejszego zapytania ofertowego, w języku polskim, w formie pisemnej, czytelnie, wypełniając nieścieralnym atramentem lub długopisem, maszynowo lub komputerowo. Oferta winna być podpisana przez Wykonawcę lub osobę upoważnioną do reprezentowania Wykonawcy (dotyczy również ofert wysłanych drogą mailową)
2. Do Formularza ofertowego stanowiącego **Załącznik nr 1** do zapytania ofertowego należy dołączyć:
 1. Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych pomiędzy Wykonawcą a Zamawiającym stanowiące **Załącznik nr 2** do zapytania ofertowego.
 2. Aktualny odpis z właściwego rejestru lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.



„Centrum Medyczo- Diagnostyczne” Sp. z o. o.
ul. Kleeberga 2
08-110 Siedlce

Tel: 25 644 07 40, Fax: 22 785 00 01

REGON: 710529892

NIP: 8212025575

KRS: 0000036205



Zamawiający nie przewiduje zwrotu kosztów udziału w postępowaniu.

10. Miejsce i termin złożenia oferty, osoba do kontaktu

1. Ofertę zgodną z załączonym formularzem i niniejszym zapytaniem ofertowym należy złożyć listownie w terminie do: 01.09.2016 w godzinach funkcjonowania biura lub e-mailem do godziny 23:59.
2. Ofertę należy złożyć pod adresem
Centrum Medyczno- Diagnostyczne Sp. z o. o.
Siedlce, 08-110, ul. Kleeberga 2,
lub wysłać na adres e-mail: damian.chaciak@centrum.med.pl

Koperta powinna być zamknięta w sposób gwarantujący zachowanie w poufności jej zawartości oraz zabezpieczający jej nienaruszalność do terminu otwarcia ofert. Koperta powinna być zaadresowana według poniższego wzoru:

Adres korespondencyjny:

Centrum Medyczno- Diagnostyczne Sp. z o. o.
Siedlce, 08-110, ul. Kleeberga 2,
lub wysłać na adres e-mail: damian.chaciak@centrum.med.pl

OFERTA W POSTĘPOWANIU w ramach projektu pt.: „Opracowanie i wdrożenie urządzenia wraz z oprogramowaniem do archiwizacji cyfrowej i przesyłu danych oraz wspomaganie diagnozy preparatów cytologii szyjki macicy” w ramach Programu Operacyjnego Inteligentny Rozwój 2014- 2020 Działanie 1.2 - Konkurs 2/1.2/2015/POIR INNOMED – 2

Nie otwierać przed (dzień / miesiąc / rok) _____

3. Osoba do kontaktu z Wykonawcami: Damian Chaciak, tel. 25 644 07 40, damian.chaciak@centrum.med.pl

11. Miejsce i termin rozstrzygnięcia Oferty

1. Otwarcie Ofert nastąpi w dniu 02.09.2016 o godzinie 13:00 w, miejscu prowadzenia działalności Zamawiającego – Sala konferencyjna adres: ul. Kleeberga 2, 08-110 Siedlce.



„Centrum Medyczno- Diagnostyczne” Sp. z o. o.
ul. Kleeberga 2
08-110 Siedlce

Tel: 25 644 07 40, Fax: 22 785 00 01

REGON: 710529892

NIP: 8212025575

KRS: 0000036205



2. Informacja o wyniku przeprowadzonego postępowania ofertowego zostanie opublikowana na stronie internetowej Zamawiającego www.centrum.med.pl jak również w bazie konkurencyjności dostępnej pod adresem: <https://bazakonkurencyjnosci.funduszeuropejskie.gov.pl/> niezwłocznie po zakończeniu procedury oceny i badania Ofert i wyborze najkorzystniejszej Oferty.
3. Płatność następować będzie na podstawie protokołu odbioru (będącego podstawą do wystawienia rachunku lub faktury VAT przez Oferenta) podpisanego przez obie strony po dostarczeniu, zamontowaniu i uruchomieniu sprzętu, pod warunkiem dostępności środków na wyodrębnionym rachunku bankowym Zamawiającego w okresie do 30 dni od dnia wystawienia rachunku lub faktury VAT.

12. Wykaz załączników

1. **Załącznik nr 1** - Formularz ofertowy;
2. **Załącznik nr 2**- Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych pomiędzy Wykonawcą a Zamawiającym.
3. **Załącznik nr 3**- Specyfikacja techniczna aparatu



„Centrum Medyczo- Diagnostyczne” Sp. z o. o.
ul. Kleeberga 2
08-110 Siedlce

Tel: 25 644 07 40, Fax: 22 785 00 01

REGON: 710529892

NIP: 8212025575

KRS: 0000036205



Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
Miejscowość, data

OFERTA

Dane Wykonawcy

Imię i nazwisko/Nazwa.....

Adres

NIP..... REGON

Nr KRS

Tel./Fax.

Adres e – mail.....

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe z dniaprzedstawiamy poniższą ofertę cenową:

Opis (Producent / model / typ)	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto
Razem:			

Gwarancja:.....

Oferowana kwota wynagrodzenia powinna obejmować wszystkie koszty niezbędne do zrealizowania dostawy sprzętu o wymaganej jakości, w wymaganym terminie.

Cenę całkowitą należy podać liczbą oraz słownie z zaokrągleniem do dwóch miejsc po przecinku.

Oświadczam/y, iż zapoznałem/liśmy się z warunkami zapytania ofertowego i nie wnoszę/imy do niego żadnych zastrzeżeń oraz zdobyłem/liśmy konieczne informacje i wyjaśnienia do przygotowania oferty.

Oświadczam/y iż uważam/y się za związanego/yh ofertą przez okres 14 dni kalendarzowych licząc od dnia upływu terminu składania ofert.

Oświadczam/y iż w przypadku wyboru przez Zamawiającego niniejszej oferty zobowiązuję/y się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.



„Centrum Medyczo- Diagnostyczne” Sp. z o. o.
ul. Kleeberga 2
08-110 Siedlce

Tel: 25 644 07 40, Fax: 22 785 00 01

REGON: 710529892

NIP: 8212025575

KRS: 0000036205



Oświadczamy, że przedmiot oferty zostanie wykonany zgodnie ze specyfikacją Zamawiającego (pkt. 3 zapytania ofertowego).

.....
(podpis i pieczęć Wykonawcy)

Załącznik nr 2 – Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych pomiędzy Wykonawcą a Zamawiającym

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
Miejscowość i data

Oświadczenie

Nawiązując do zapytania ofertowego z dnia

ja, niżej podpisany

(imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

działając w imieniu i na rzecz:

.....
(dane Wykonawcy – pełna nazwa i adres firmy)

oświadczam, że:

1. Wykonawca nie jest powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym, tzn. nie występują żadne powiązania kapitałowe lub osobowe w rozumieniu wzajemnych powiązań między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

- a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
- b) posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji,
- c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
- d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w



„Centrum Medyczo- Diagnostyczne” Sp. z o. o.
ul. Kleeberga 2
08-110 Siedlce

Tel: 25 644 07 40, Fax: 22 785 00 01

REGON: 710529892

NIP: 8212025575

KRS: 0000036205



linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli

.....
(podpis i pieczęć Wykonawcy)

Załącznik nr 3

.....
Pieczęć Wykonawcy

.....
Data

Specyfikacja techniczna

Zestawienie wymaganych parametrów techniczno – użytkowych

Aparat do automatycznego wykonywania preparatów cytologii płynnej

Wymagania	Spełnia wymaganie	Wartość oferowanych parametrów/opis spełnienia warunku
	TAK/ NIE	
Zautomatyzowany system do wykonywania preparatów cytologii ginekologicznej na podłożu płynnym oraz cytologii nie ginekologicznej (z moczu, płwocin, płynów jam ciała)		
Możliwość wykorzystania 100% materiału biologicznego pobranego od pacjenta		
Możliwość weryfikacji narzędzia użytego do pobrania materiału biologicznego (szczoteczka cytologiczna)		



„Centrum Medyczo- Diagnostyczne” Sp. z o. o.
ul. Kleeberga 2
08-110 Siedlce

Tel: 25 644 07 40, Fax: 22 785 00 01

REGON: 710529892

NIP: 8212025575

KRS: 0000036205



Odsetek preparatów nienadających się do oceny poniżej 1% wszystkich wykonanych preparatów		
Możliwość wykonania dodatkowego preparatu cytologicznego bez wzywania pacjenta		
Możliwość wykorzystania pobranego materiału biologicznego do dodatkowych testów (molekularnych, immunocytochemicznych)		
Podłoże płynne zwalidowane do wykonywania testów HPV spełniających kryteria Meijera.		
Wykorzystujący metodę sedymentacyjnej obróbki utrwalaonych w płynie wymazów z szyjki macicy		
System oczyszczania wymazów z nadnariu elementów utrudniających ocenę cytologiczną (komórki zapalne, erytrocyty, śluz)		
System zwalidowany wielośrodkowymi badaniami klinicznymi		
Skomputeryzowany system wyboru procedury wykonania preparatu (preparaty cytologii ginekologicznej oraz nie ginekologicznej)		
Możliwość przygotowania preparatów cytologicznych do reakcji immunocytochemicznej		
Możliwość przechowywania pojemników z płynem konserwującym przeznaczonych do pobrania materiału biologicznego do 36 miesięcy (temperatura pokojowa: 15 – 30°C)		
Możliwość przechowywania pojemników z próbkami cytologicznymi w płynie konserwującym do 6 miesięcy w chłodni (temp. 2 – 10°C) oraz do 4 tygodni w temperaturze pokojowej (15 – 30°C)		
Możliwość wykonania do 48 wystandaryzowanych preparatów cytologicznych w jednym cyklu pracy aparatu		
Możliwość wykonania do 200 wybarwionych lub 400 niewybarwionych preparatów LBC podczas ośmiogodzinnego dnia pracy		





Możliwość indywidualnego wybarwienia metodą Papanicolaou każdego preparatu ginekologicznego świeżą porcją odczynników		
Powtarzalna jakość barwienia każdego preparatu cytologicznego		
Proces barwienia preparatu bez użycia substancji szkodliwych (np. ksylen)		
Możliwość przerywania pracy aparatu za pomocą przycisku		
Zasilanie elektryczne		

.....
(podpis i pieczęć Wykonawcy)



„Centrum Medyczo- Diagnostyczne” Sp. z o. o.
ul. Kleeberga 2
08-110 Siedlce
Tel: 25 644 07 40, Fax: 22 785 00 01

REGON: 710529892
NIP: 8212025575
KRS: 0000036205