

Siedlce 07.10.2017

ZAPYTANIE OFERTOWE

z dnia 07.10.2017, nr 01/10/2017

na pełnienie funkcji/realizację prac z zakresu koordynacji i zarządzanie badaniami rozwojowymi w ramach projektu „Opracowanie i wdrożenie urządzenia wraz z oprogramowaniem do archiwizacji cyfrowej i przesyłu danych oraz wspomaganie diagnozy preparatów cytologii szyjki macicy”

Zamawiający: Nazwa /firma/:	Centrum Medyczno- Diagnostyczne Sp. z o. o., jako członek konsorcjum.
Adres /siedziba/:	ul. Nikłowa 9, 08-110 Siedlce
Adres korespondencyjny:	Siedlce, ul. Kleeberga 2, 08-110
NIP:	821-20-25-575
Regon:	710529892
Tel.:	25 644 07 40
Fax:	25 785 00 01
Numer umowy POIR:	POIR.01.02.00-00-0038/15

Zakupy realizowane w ramach projektu pt. :

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.


I. Informacje o ogłoszeniu

Nazwa zamawiającego (konsorcjant):

„Centrum Medyczno- Diagnostyczne” Sp. z o.o.

Miejsce i sposób składania ofert:

1. Sposób składania ofert: email, pocztą lub osobiście w siedzibie Zamawiającego (dane w nagłówku niniejszego pisma ogłoszenia – w przypadku składania ofert osobiście lub pocztą lub kurierem termin zostanie dotrzymany pod warunkiem doręczenia do siedziby Zamawiającego.
2. Każdy Oferent może złożyć tylko jedną ofertę.
3. Zamawiający dopuszcza składanie tylko pełnych ofert. Przez pełną ofertę Zamawiający rozumie ofertę obejmującą wszystkie elementy wymagane *na podstawie niniejszego zapytania ofertowego*, w tym prawidłowo wypełnione dokumenty składające się na ofertę.

	„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
---	--	--



4. Oferent powinna zostać przygotowana zgodnie z załącznikiem nr 1.
5. Odpowiedź dostawcy winna być sporządzona w języku polskim lub angielskim, w sposób czytelny, elektronicznie.
6. Odpowiedź powinna zawierać minimum następujące informacje: nazwę i adres Oferenta, numer zapytania ofertowego, cenę (PLN), cena brutto za 1 godzinę pracy (60 minut), liczba godzin dyspozycyjnych w 1 miesiącu, potwierdzenie spełnienia wymagań w zakresie wiedzy i doświadczenia.
7. Oferty złożone po terminie i niepełne nie będą brane pod uwagę
8. Oferent przed upływem terminu do składania ofert ma prawo:
 - 8.1 wycofać ofertę poprzez złożenie pisemnego powiadomienia drogą opisaną dla składania ofert,
 - 8.2 zmienić ofertę – powiadomienie o wprowadzeniu zmian musi być złożone wg takich samych zasad jak składana oferta, odpowiednio oznakowanych z dopiskiem „ZMIANA OFERTY”.

Dane kontaktowe:

Adres e-mail, na który należy wysłać oferty damian.chaciak@centrum.med.pl,
biuro@centrum.med.pl

Osoba do kontaktu w sprawie ogłoszenia: Damian Chaciak

Nr telefonu osoby upoważnionej do kontaktu w sprawie ogłoszenia: tel.: 25 644 07 40

Miejsce realizacji zamówienia: Województwo: mazowieckie, Powiat: siedlecki, Miejscowość: Siedlce

Termin składania ofert: Do dnia: 17-10-2017, godz. 12:00

Termin rozstrzygnięcia: Do dnia: 17-10-2017, godz. 15:00

II. Opis przedmiotu zamówienia


Cel zamówienia

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.

III. Przedmiot zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest świadczenie przez Oferenta usług koordynatora obejmujące zarządzanie badaniami rozwojowymi. Dbałość o prawidłową realizację każdego z etapów. Analiza naukowa badania klinicznego, opracowywanie wniosków z analizy wyników badania. Ewentualne dostosowywanie i modyfikowanie kolejnych etapów badania. Weryfikacja wypełnienia założeń badania klinicznego.

Podstawa zatrudnienia: umowa zlecenie. Wypłata wynagrodzenia będzie na podstawie wystawionego przez Oferenta rachunku do umowy zlecenia.

	„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
---	--	--

IV. Zakres obowiązków: Koordynacja i zarządzanie badaniami rozwojowymi. Dbalosc o prawidłową realizację każdego z etapów. Analiza naukowa badania klinicznego, opracowywanie wniosków z analizy wyników badania. Ewentualne dostosowywanie i modyfikowanie kolejnych etapów badania. Weryfikacja wypełnienia założeń badania klinicznego.

V. Kod i nazwa kodu CPV:

Kod CPV – 73000000-2

Usługi badawcze i eksperymentalno-rozwojowe oraz pokrewne usługi doradcze.

Dodatkowe przedmioty zamówienia: brak

VI. Harmonogram realizacji zamówienia:

Zamawiający oferuje zatrudnienie w ramach realizacji zadania: administracja badań rozwojowych, których czas realizacji wynosi łącznie od 23.10.2017 r. do 31.01.2019 r. Wymiar czasu pracy wynosi średnio 96 godzin miesięcznie.

Rozliczanie czasu pracy jest miesięczne na podstawie rzeczywistej pracochłonności udokumentowanej kartą ewidencji czasu pracy pracownika, stawki godzinowej wynikającej z oferty oraz protokołu odbioru wykonanych usług.

Termin i okres realizacji zamówienia może ulec zmianie w następujących przypadkach:

- a) w przypadku działania siły wyższej, uniemożliwiającej wykonanie niniejszego zlecenia w terminie – rozumianej jako zdarzenie bądź połączenie zdarzeń niezależnych od Stron, które zasadniczo utrudniają wykonywanie zobowiązań wynikających z Umowy, których Strony nie mogły przewidzieć oraz którym nie mogły zapobiec, a także ich przezwyciężyć poprzez działanie z należytą starannością,
- b) w przypadku, gdy termin zakończenia realizacji zlecenia przez Zleceniobiorcę jest niemożliwy z powodu okoliczności leżących po stronie Zleceniodawcy,
- c) w przypadku konieczności uzyskania dodatkowej dokumentacji niezbędnej do prawidłowej realizacji zlecenia.

VII. Warunki udziału w postępowaniu:


Oferta musi zawierać: Pełną nazwę oferenta, Adres lub siedzibę oferenta, numer telefonu, Termin ważności oferty.

Potencjał techniczny: Nie dotyczy

Osoby zdolne do wykonania zamówienia:

O udzielenie zamówienia mogą się ubiegać Wykonawcy/Oferenci, którzy:

- 1. Posiadają co najmniej wykształcenie wyższe techniczne, medyczne lub biologiczne.
- 2. 1. Tytuł profesorski lub doktorski z dziedziny medycznej – w celu udowodnienia należy dołączyć kopię dyplomu/nominacji/dokumentów potwierdzających posiadanie tytułu
- 3. Doświadczenie w pracy naukowo – badawczej w zakresie nauk medycznych udokumentowane publikacjami, potwierdzone liczbą publikacji i liczbą cytowań oraz indeksami Impact Factor (IF) oraz indeksem Hirscha (h).

	„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
---	--	--



4. Co najmniej 15 letnie doświadczenie akademickie w zakresie ginekologii lub onkologii lub onkologii ginekologicznej bądź genetycznej – na podstawie złożonego CV oraz oświadczenia.

5. Oferent do ofert powinien dołączyć dokumenty/ referencje, CV, z których będzie wynikało, że posiada wymagane wykształcenie, doświadczenie oraz umiejętności.

6. Ponadto do udziału w postępowaniu ofertowym dopuszczane są wyłącznie osoby, których obciążenie zawodowe wynikające ze stosunku pracy, umów zlecenia oraz z wykonywania przez nie zadań w projekcie/projektach nie wyklucza możliwości prawidłowej i efektywnej realizacji wszystkich zadań powierzonych Zleceniobiorcy w ramach niniejszego projektu; a łączne zaangażowanie zawodowe Zleceniobiorcy w realizację wszystkich projektów finansowanych z Funduszy Strukturalnych, Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych Zleceniodawcy i innych podmiotów łącznie z zaangażowaniem w ramach planowanego projektu nie przekroczy 276 godzin miesięcznie (oświadczenie Oferenta załącznik nr 3).

Powyższe warunki udziału stanowią warunki dostępne i będą oceniane na podstawie złożonych dokumentów na zasadzie **spełnia / nie spełnia**.

Sytuacja ekonomiczna i finansowa: Nie dotyczy

VII. Warunki zmiany umowy:

1. Zamawiający zastrzega sobie prawo do zmiany treści niniejszego zapytania. Jeżeli zmiany będą mogły mieć wpływ na treść składanych w postępowaniu ofert Zamawiający przedłuży termin składania ofert. Dokonane zmiany zostaną przekazane niezwłocznie wszystkim oferentom, do których zostało wystosowane zaproszenie ofertowe oraz od których otrzymano ofertę i będzie ono dla nich wiążące.


2. Zamawiający dopuszcza możliwość udzielenia zamówienia na warunkach nieznacznie odbiegających od określonych w zapytaniu ofertowym w przypadku, gdy wszystkie otrzymane oferty w jednakowy sposób odbiegają od zamieszczonej w zapytaniu specyfikacji, a zmiany te są mało istotne i nie wpływają na prawidłowy przebieg prac badawczych w projekcie, tj.: występuje niepełna zgodność produktu z opisem przedmiotu zamówienia; występuje niepełna zgodność warunków udziału w postępowaniu z warunkami, zamieszczonymi w zapytaniu ofertowym.

3. Zamawiający zastrzega sobie prawo do unieważnienia niniejszego postępowania bez podania uzasadnienia, zmiany ilości zamawianych produktów w stosunku do określonej w zapytaniu, a także do pozostawienia postępowania bez wyboru oferty.

Dodatkowych informacji udziela: Damian Chaciak, Tel: 25 644 07 40,
damian.chaciak@centrum.med.pl

VIII. Lista dokumentów/oświadczeń wymaganych od Wykonawcy

1. Formularz oferty stanowiący załącznik nr 1
2. Oświadczenia o braku powiązań stanowiący załącznik nr 2
3. Oświadczenie Oferenta załącznik nr 3
4. Kopia dyplomu/nominacji/dokumentów potwierdzających posiadanie tytułu oraz CV

	„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
---	---	--



5. Oświadczenie Oferenta w zakresie publikacji naukowych (liczba, cytowania indeksy IF oraz h) oraz doświadczenia w zakresie ginekologii lub onkologii lub onkologii ginekologicznej bądź genetycznej – załącznik 4

Zamówienia uzupełniające: Nie dotyczy

IX. Kryterium wyboru ofert:

Centrum Medyczno- Diagnostyczne Sp. z o. o, dokona oceny otrzymanych ofert kierując się następującymi kryteriami **Cena brutto za 1 godzinę pracy wykonawcy 100% (Cena)- oznacza to cenę całkowitą brutto za 1 godzinę (60 minut) pracy na podstawie umowy zlecenia wyrażoną w PLN.**

Kryteria oceny i opis sposobu przyznawania punktacji

Cena = 100% - Wartość punktowa kryterium „Cena” (max 100 pkt.) wyliczana wg wzoru:

Cena = najniższa wartość oferty brutto wśród wszystkich złożonych ofert/ wartość brutto badanej oferty * 100

Zamawiający dokona wyboru najkorzystniejszej oferty kierując się punktowym systemem oceny kryteriów wg powyższego przydziału punktów (maksymalnie do uzyskania - **100 pkt**).

Punkty = Cena

W wyniku analizy otrzymanych ofert zostanie wyselekcjonowany Wykonawca Centrum Medyczno- Diagnostyczne Sp. z o. o., może zwrócić się do oferentów o dodatkowe informacje lub spotkania w siedzibie firmy celem wyjaśnienia ewentualnych niejasności dotyczących przedmiotu zamówienia.


Ponadto Zamawiający przy dokonywaniu wyboru Wykonawcy będzie się kierował elementarnymi zasadami obowiązującymi na wspólnotowym jednolitym rynku europejskim, m.in.:

- zasadą przejrzystości i jawności prowadzonego postępowania,
- zasadą uczciwej konkurencji,
- zasadą swobody przepływu kapitału, towarów, dóbr i usług,
- zasadą niedyskryminacji i równego traktowania wykonawców na rynku.

Wybór zostanie dokonany w oparciu o najbardziej korzystną ekonomicznie i jakościowo ofertę.

X. Wykluczenia

Zamówienie nie może być udzielone podmiotom powiązanim z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym a Dostawcą lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Dostawcy, 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

	„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
---	--	--



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

W celu spełnienia tego warunku Dostawca zobowiązany jest do przesłania wraz z ofertą podpisanego Oświadczenia o braku powiązań stanowiący załącznik nr 2.

XI. Warunki zmiany umowy

Zamawiający dopuszcza zmianę warunków umowy w przypadku gdy:

nastąpi konieczność zmiany terminu lub sposobu wykonania przedmiotu zamówienia na skutek zmian zasad finansowania zadania wynikającego z podpisanych przez Zamawiającego umów z Instytucjami Pośredniczącymi.


nastąpi zmiana adresu miejsca zamieszkania Wykonawcy w trakcie trwania umowy, numerów kont bankowych oraz danych identyfikacyjnych

nastąpi zmiana adresu realizacji projektu lub siedziby Zamawiającego

nastąpi konieczność likwidacji oczywistych omyłek pisarskich i rachunkowych w treści umowy

nastąpi zmiana powszechnie obowiązujących przepisów prawa w zakresie mającym wpływ na realizację przedmiotu umowy;

dopuszczalne są wszelkie zmiany nieistotne rozumiane w ten sposób, że wiedza o ich wprowadzeniu na etapie postępowania o zamówieni nie wpłynęłaby na krąg Wykonawców/Oferentów ubiegających się o zamówienie, ani na wynik postępowania.

 <p>CENTRUM</p>	<p>„Centrum Medyczno- Diagnostyczne” Sp. z o. o. ul. Kleeberga 2 08-110 Siedlce Tel: 25 644 07 40, Fax: 22 785 00 01</p>	<p>REGON: 710529892 NIP: 8212025575 KRS: 0000036205</p>
--	--	---