

Niniejsze ogłoszenie w witrynie TED: <https://ted.europa.eu/udl?uri=TED:NOTICE:125189-2023:TEXT:PL:HTML>

**Polska-Międzychód: Urządzenia medyczne
2023/S 043-125189**

Ogłoszenie o zamówieniu

Dostawy

Podstawa prawna:

Dyrektywa 2014/24/UE

Sekcja I: Instytucja zamawiająca

I.1) Nazwa i adresy

Oficjalna nazwa: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie

Krajowy numer identyfikacyjny: 595-13-40-382

Adres pocztowy: ul. Szpitalna 10

Miejscowość: Międzychód

Kod NUTS: PL41 Wielkopolskie

Kod pocztowy: 64-400

Państwo: Polska

Osoba do kontaktów: Daniel Rębacz

E-mail: zampub@spzoz-miedzychod.com.pl

Tel.: +48 957482011

Faks: +48 957482711

Adresy internetowe:

Główny adres: <https://spzoz-miedzychod.com.pl>

Adres profilu nabywcy: <https://platformazakupowa.pl/pn/spzoz-miedzychod>

I.3) Komunikacja

Nieograniczony, pełny i bezpośredni dostęp do dokumentów zamówienia można uzyskać bezpłatnie pod adresem: <https://platformazakupowa.pl/pn/spzoz-miedzychod>

Więcej informacji można uzyskać pod adresem podanym powyżej

Oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu należy przysyłać drogą elektroniczną za pośrednictwem: <https://platformazakupowa.pl/pn/spzoz-miedzychod>

Oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu należy przysyłać na adres podany powyżej

I.4) Rodzaj instytucji zamawiającej

Inny rodzaj: samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej

I.5) Główny przedmiot działalności

Zdrowie

Sekcja II: Przedmiot

II.1) Wielkość lub zakres zamówienia

II.1.1) Nazwa:

DOSTAWA SPRZĘTU MEDYCZNEGO w ramach projektu pn.: „Doposażenie SPZOZ Międzychód w ambulanse oraz sprzęt medyczny w celu niwelowania skutków wynikających z pandemii COVID-19 oraz zwiększania dostępności

Numer referencyjny: AG/ZP-03/2023

- II.1.2) **Główny kod CPV**
33100000 Urządzenia medyczne
- II.1.3) **Rodzaj zamówienia**
Dostawy
- II.1.4) **Krótki opis:**
1. Przedmiotem zamówienia jest:
a) DOSTAWA SPRZĘTU MEDYCZNEGO w ramach projektu pn.: „Doposażenie SPZOZ Międzychód w ambulans oraz sprzęt medyczny w celu niwelowania skutków wynikających z pandemii COVID-19 oraz zwiększania dostępności i kompleksowości udzielanych świadczeń zdrowotnych” w ramach osi priorytetowej 11 „INSTRUMENT REACT-EU EFRR” Działania 11.2 „Wspieranie kryzysowych działań naprawczych w obszarze zdrowia (REACT-EU)” Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020
1) APARAT DO ZNIECZULENIA - 2 SZT.
2) APARAT USG - 3 SZT.
3) ZESTAW ARTROSKOPOWY - 1 ZESTAW
4) ŁÓŻKO PORODOWE - 2 SZT
5) STANOWISKO DO INTENSYWNEJ TERAPII NOWORODKÓW - 1 SZT
6) HISTEROSKOP - 1 SZT
b) MONTAŻ i INSTALACJA dostarczanego sprzętu medycznego we wskazanym przez Zamawiającego miejscu
c) SZKOLENIE wskazanego przez Zamawiającego PERSONELU Z ZAKRESU PRAWIDŁOWEJ OBSŁUGI DOSTARCZANEGO SPRZĘTU.
d) NIEODPŁATNE PRZEGLĄDY GWARANCYJNE W OKRESIE UDZIELONEJ GWARANCJI
- II.1.5) **Szacunkowa całkowita wartość**
- II.1.6) **Informacje o częściach**
To zamówienie podzielone jest na części: tak
Oferty można składać w odniesieniu do wszystkich części
- II.2) **Opis**
- II.2.1) **Nazwa:**
APARAT DO ZNIECZULENIA
Część nr: 1
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33100000 Urządzenia medyczne
33170000 Aparatura do anestezji i resuscytacji
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL417 Leszczyński
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
W MIĘDZYCHODZIE
ul. Szpitalna 10, 64-400 Międzychód
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Przedmiotem zamówienia jest APARAT DO ZNIECZULENIA - 2 szt.
Szczegółowy opis wymagań Zamawiającego, jakie musi spełniać oferowany sprzęt pod względem parametrów, konfiguracji i wyposażenia określają załączniki do SWZ – Zestawienie wymaganych parametrów technicznych – Załącznik nr 3A do SWZ
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: WYDŁUŻONY OKRES GWARANCJI / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: ROK PRODUKCJI oferowanego PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w dniach: 56

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: tak

Numer identyfikacyjny projektu:

Postępowanie prowadzone jest w ramach projektu pn.: „Doposażenie SPZOZ Międzychód w ambulanse oraz sprzęt medyczny w celu niwelowania skutków wynikających z pandemii COVID-19 oraz zwiększania dostępności i kompleksowości udzielanych świadczeń zdrowotnych” (Umowa nr RPWP.11.02.00-30-0013/22-00 z dnia 14.02.2023r.)

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

APARAT USG

Część nr: 2

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33100000 Urządzenia medyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL417 Leszczyński

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

W MIĘDZYCHODZIE

ul. Szpitalna 10, 64-400 Międzychód

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest APARAT USG- 3 szt.

Szczegółowy opis wymagań Zamawiającego, jakie musi spełniać oferowany sprzęt pod względem parametrów, konfiguracji i wyposażenia określają załączniki do SWZ – Zestawienie wymaganych parametrów technicznych – Załącznik nr 3B do SWZ

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: WYDŁUŻONY OKRES GWARANCJI / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: ROK PRODUKCJI oferowanego PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w dniach: 56

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: tak

Numer identyfikacyjny projektu:

Postępowanie prowadzone jest w ramach projektu pn.: „Doposażenie SPZOZ Międzychód w ambulans oraz sprzęt medyczny w celu niwelowania skutków wynikających z pandemii COVID-19 oraz zwiększenia dostępności i kompleksowości udzielanych świadczeń zdrowotnych” (Umowa nr RPWP.11.02.00-30-0013/22-00 z dnia 14.02.2023r.)

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

ZESTAW ARTROSKOPOWY

Część nr: 3

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33100000 Urządzenia medyczne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL417 Leszczyński

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
W MIĘDZYCHODZIE

ul. Szpitalna 10, 64-400 Międzychód

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest ZESTAW ARTROSKOPOWY

Szczegółowy opis wymagań Zamawiającego, jakie musi spełniać oferowany sprzęt pod względem parametrów, konfiguracji i wyposażenia określają załączniki do SWZ – Zestawienie wymaganych parametrów technicznych – Załącznik nr 3C do SWZ

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: WYDŁUŻONY OKRES GWARANCJI / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: ROK PRODUKCJI oferowanego PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w dniach: 56

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: tak

Numer identyfikacyjny projektu:

Postępowanie prowadzone jest w ramach projektu pn.: „Doposażenie SPZOZ Międzychód w ambulanse oraz sprzęt medyczny w celu niwelowania skutków wynikających z pandemii COVID-19 oraz zwiększania dostępności i kompleksowości udzielanych świadczeń zdrowotnych” (Umowa nr RPWP.11.02.00-30-0013/22-00 z dnia 14.02.2023r.)

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

ŁÓŻKO PORODOWE

Część nr: 4

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33100000 Urządzenia medyczne

33192120 Łóżka szpitalne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL417 Leszczyński

Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

W MIĘDZYCHODZIE

ul. Szpitalna 10, 64-400 Międzychód

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest ŁÓŻKO PORODOWE - 2 szt.

Szczegółowy opis wymagań Zamawiającego, jakie musi spełniać oferowany sprzęt pod względem parametrów, konfiguracji i wyposażenia określają załączniki do SWZ – Zestawienie wymaganych parametrów technicznych – Załącznik nr 3D do SWZ

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej

Kryterium jakości - Nazwa: WYDŁUŻONY OKRES GWARANCJI / Waga: 30

Kryterium jakości - Nazwa: ROK PRODUKCJI oferowanego PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA / Waga: 10

Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w dniach: 56

Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: tak

Numer identyfikacyjny projektu:

Postępowanie prowadzone jest w ramach projektu pn.: „Doposażenie SPZOZ Międzychód w ambulanse oraz sprzęt medyczny w celu niwelowania skutków wynikających z pandemii COVID-19 oraz zwiększania

dostępności i kompleksowości udzielanych świadczeń zdrowotnych” (Umowa nr RPWP.11.02.00-30-0013/22-00 z dnia 14.02.2023r.)

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

II.2) **Opis**

II.2.1) **Nazwa:**

STANOWISKO DO INTENSYWNEJ TERAPII NOWORODKÓW
Część nr: 5

II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**

33100000 Urządzenia medyczne
33192120 Łóżka szpitalne

II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**

Kod NUTS: PL417 Leszczyński
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
W MIĘDZYCHODZIE
ul. Szpitalna 10, 64-400 Międzychód

II.2.4) **Opis zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest STANOWISKO DO INTENSYWNEJ TERAPII NOWORODKÓW - 1 szt.
Szczegółowy opis wymagań Zamawiającego, jakie musi spełniać oferowany sprzęt pod względem parametrów, konfiguracji i wyposażenia określają załączniki do SWZ – Zestawienie wymaganych parametrów technicznych – Załącznik nr 3D do SWZ

II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**

Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: WYDŁUŻONY OKRES GWARANCJI / Waga: 30
Kryterium jakości - Nazwa: ROK PRODUKCJI oferowanego PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA / Waga: 10
Cena - Waga: 60

II.2.6) **Szacunkowa wartość**

II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**

Okres w dniach: 56
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie

II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**

Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie

II.2.11) **Informacje o opcjach**

Opcje: nie

II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**

Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: tak
Numer identyfikacyjny projektu:
Postępowanie prowadzone jest w ramach projektu pn.: „Doposażenie SPZOZ Międzychód w ambulans oraz sprzęt medyczny w celu niwelowania skutków wynikających z pandemii COVID-19 oraz zwiększania dostępności i kompleksowości udzielanych świadczeń zdrowotnych” (Umowa nr RPWP.11.02.00-30-0013/22-00 z dnia 14.02.2023r.)

II.2.14) **Informacje dodatkowe**

II.2) **Opis**

- II.2.1) **Nazwa:**
HISTEROSKOP
Część nr: 6
- II.2.2) **Dodatkowy kod lub kody CPV**
33100000 Urządzenia medyczne
- II.2.3) **Miejsce świadczenia usług**
Kod NUTS: PL417 Leszczyński
Główne miejsce lub lokalizacja realizacji:
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
W MIĘDZYCHODZIE
ul. Szpitalna 10, 64-400 Międzychód
- II.2.4) **Opis zamówienia:**
Przedmiotem zamówienia jest HISTEROSKOP - 1 szt.
Szczegółowy opis wymagań Zamawiającego, jakie musi spełniać oferowany sprzęt pod względem parametrów, konfiguracji i wyposażenia określają załączniki do SWZ – Zestawienie wymaganych parametrów technicznych – Załącznik nr 3D do SWZ
- II.2.5) **Kryteria udzielenia zamówienia**
Kryteria określone poniżej
Kryterium jakości - Nazwa: WYDŁUŻONY OKRES GWARANCJI / Waga: 30
Kryterium jakości - Nazwa: ROK PRODUKCJI oferowanego PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA / Waga: 10
Cena - Waga: 60
- II.2.6) **Szacunkowa wartość**
- II.2.7) **Okres obowiązywania zamówienia, umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**
Okres w dniach: 56
Niniejsze zamówienie podlega wznowieniu: nie
- II.2.10) **Informacje o ofertach wariantowych**
Dopuszcza się składanie ofert wariantowych: nie
- II.2.11) **Informacje o opcjach**
Opcje: nie
- II.2.13) **Informacje o funduszach Unii Europejskiej**
Zamówienie dotyczy projektu/programu finansowanego ze środków Unii Europejskiej: tak
Numer identyfikacyjny projektu:
Postępowanie prowadzone jest w ramach projektu pn.: „Doposażenie SPZOZ Międzychód w ambulans oraz sprzęt medyczny w celu niwelowania skutków wynikających z pandemii COVID-19 oraz zwiększenia dostępności i kompleksowości udzielanych świadczeń zdrowotnych” (Umowa nr RPWP.11.02.00-30-0013/22-00 z dnia 14.02.2023r.)
- II.2.14) **Informacje dodatkowe**

Sekcja III: Informacje o charakterze prawnym, ekonomicznym, finansowym i technicznym

- III.2) **Warunki dotyczące zamówienia**
- III.2.2) **Warunki realizacji umowy:**
Szczegółowe warunki realizacji umowy zawiera załącznik nr 4 do SWZ

Sekcja IV: Procedura

- IV.1) **Opis**
- IV.1.1) **Rodzaj procedury**

Procedura otwarta

- IV.1.3) **Informacje na temat umowy ramowej lub dynamicznego systemu zakupów**
- IV.1.8) **Informacje na temat Porozumienia w sprawie zamówień rządowych (GPA)**
Zamówienie jest objęte Porozumieniem w sprawie zamówień rządowych: nie
- IV.2) **Informacje administracyjne**
- IV.2.2) **Termin składania ofert lub wniosków o dopuszczenie do udziału**
Data: 03/04/2023
Czas lokalny: 09:30
- IV.2.3) **Szacunkowa data wysłania zaproszeń do składania ofert lub do udziału wybranym kandydatom**
- IV.2.4) **Języki, w których można sporządzać oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału:**
Polski
- IV.2.6) **Minimalny okres, w którym oferent będzie związany ofertą**
Oferta musi zachować ważność do: 31/05/2023
- IV.2.7) **Warunki otwarcia ofert**
Data: 03/04/2023
Czas lokalny: 10:00
Miejsce:
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
W MIĘDZYCHODZIE
ul. Szpitalna 10, 64-400 Międzychód
Platforma zakupowa: <https://platformazakupowa.pl/pn/spzoz-miedzychod>

Sekcja VI: Informacje uzupełniające

- VI.1) **Informacje o powtarzającym się charakterze zamówienia**
Jest to zamówienie o charakterze powtarzającym się: nie
- VI.2) **Informacje na temat procesów elektronicznych**
Stosowane będą zlecenia elektroniczne
Akceptowane będą faktury elektroniczne
Stosowane będą płatności elektroniczne
- VI.3) **Informacje dodatkowe:**
Zamawiający przewiduje zastosowanie tzw. procedury odwróconej, o której mowa w art. 139 ust. 1 ustawy Pzp, tj. Zamawiający może najpierw dokonać badania i oceny ofert, a następnie dokonać kwalifikacji podmiotowej Wykonawcy, którego oferta została najwyżej oceniona, w zakresie braku podstaw wykluczenia oraz spełniania warunków udziału w postępowaniu.
4. Zamawiający wymaga, aby składana oferta zawierała wypełnione wszystkie obowiązkowe pola dedykowane dla niniejszego postępowania na platformazakupowa.pl oraz załączono do niej załączniki
1) Formularz oferty (Załącznik nr 1 do SWZ)
2) Jednolity Europejski Dokument Zamówienia (JEDZ) (Załącznik nr 2 do SWZ)
3) pełnomocnictwo opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym – jeżeli dotyczy,
4) Certyfikaty dopuszczające sprzęt do użytkowania na terenie UE i Polski, tj.: Certyfikat CE,/Deklaracja Zgodności – dotyczy wszystkich części zamówienia
Potwierdzenie / Zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych (dotyczy wszystkich części zamówienia)
Dokumenty składane na żądanie wskazane zostały w rozdziale XVIII SWZ.
- VI.4) **Procedury odwoławcze**
- VI.4.1) **Organ odpowiedzialny za procedury odwoławcze**

Oficjalna nazwa: PREZES KRAJOWEJ IZBY ODWOŁAWCZEJ
Adres pocztowy: Postępu 17A
Miejscowość: Warszawa
Kod pocztowy: 02-676
Państwo: Polska
E-mail: odwolania@uzp.gov.pl
Tel.: +48 224587701
Faks: +48 224587700
Adres internetowy: www.uzp.gov.pl

VI.4.2) **Organ odpowiedzialny za procedury mediacyjne**

Oficjalna nazwa: PREZES KRAJOWEJ IZBY ODWOŁAWCZEJ
Adres pocztowy: Postępu 17A
Miejscowość: Warszawa
Kod pocztowy: 02-676
Państwo: Polska
Adres internetowy: www.uzp.gov.p

VI.4.3) **Składanie odwołań**

Dokładne informacje na temat terminów składania odwołań:

1. Odwołanie wnosi się w terminie 10 dni od dnia przesłania informacji o czynności zamawiającego stanowiącej podstawę jego wniesienia, jeżeli informacja została przekazana przy użyciu środków komunikacji elektronicznej albo w terminie 15 dni – jeżeli informacja została przesłana w inny sposób.
2. Zasady wnoszenia środków ochrony prawnej w niniejszym postępowaniu regulują przepisy Działu IX Rozdziału 2 Oddział 2 ustawy PZP. (art. 505-551 PZP)

VI.4.4) **Źródło, gdzie można uzyskać informacje na temat składania odwołań**

Oficjalna nazwa: PREZES KRAJOWEJ IZBY ODWOŁAWCZEJ
Adres pocztowy: POSTĘPU 17A
Miejscowość: WARSZAWA
Kod pocztowy: 02-676
Państwo: Polska
E-mail: odwolania@uzp.gov.pl
Tel.: +48 224587801
Faks: +48 224587800
Adres internetowy: www.uzp.gov.pl

VI.5) **Data wysłania niniejszego ogłoszenia:**

24/02/2023