

Wałbrzych, dnia 03.12.2021r.

RC/1/12/2021

ROZEZNANIE CENOWE w zakresie zakupu rezonansu magnetycznego obligatoryjnie z wizją lokalną

1. ZAMAWIAJĄCY

Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego
Ul. Sokołowskiego 4
58-309 Wałbrzych

W ramach rozeznania rynku zapraszamy do przesłania oferty na realizację przedmiotu zamówienia na formularzu stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszego Rozeznania cenowego zgodnie z poniższym opisem przedmiotu zamówienia.

Rozeznanie cenowe nie będzie zobowiązywało Zamawiającego do zawarcia umowy.

2. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Opis przedmiotu zamówienia na dostawę modułowej pracowni MRI wraz z wyposażeniem umożliwiającym pracę rezonansu magnetycznego.

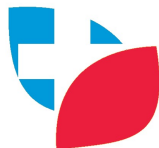
Dostawa i montaż modułowej pracowni MRI zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Infrastruktury w sprawie warunków technicznych jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie z dnia 12 kwietnia 2002 r / Dz. U. nr 75, poz. 690 i 17 lipca 2015 r / Dz. U. z 2015 r poz. 1422 /.

Budynek powinien zostać posadowiony jako obiekt trwały na płycie żelbetowej na podstawie pozwolenia na budowę. Wraz z pracownią należy dostarczyć dokumentację projektową.

Konstrukcja powinna umożliwiać relokację budynku bez potrzeby demontażu zainstalowanego rezonansu magnetycznego.

Pracownia powinna się składać z pomieszczenia badań, pomieszczenie przygotowania pacjenta, sterowni, poczekalni, przebieralni przechodniej, WC, pomieszczenia technicznego oraz pomostu technicznego.

Do pracowni należy doprowadzić zasilanie elektro-energetyczne zapewniające odpowiednie parametry impedancji pętli, wodę z odprowadzeniem ścieków, gazy medyczne oraz sieć teleinformatyczną.

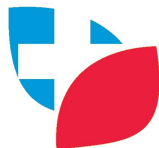


Wymagania techniczne i funkcjonalne wobec systemu MRI 1,5T

Zakres inwestycji przewiduje utworzenie pracowni rezonansu magnetycznego wyposażonej w skaner 1,5T. Wymagane jest zaoferowanie rozwiązania spełniającego następujące wymagania:

1. magnes nadprzewodzący o parametrach:
 - ❖ indukcja pola magnetycznego 1,5T,
 - ❖ technologia zerowego zużycia helu,
 - ❖ duże pole widzenia, min. 50 x 50 x 50 cm (bez przesuwu stołu), min. 50 x 50 x 200 cm (z przesuwem stołu);
2. system gradientowy:
 - ❖ maksymalny gradient w każdej osi – min. 33 mT/m,
 - ❖ maksymalna szybkość narastania gradientu w każdej osi – min. 125 T/m/s,
 - ❖ obie powyższe wartości muszą być uzyskiwane jednocześnie;
3. system radiowy:
 - ❖ tor radiowy zbudowany w oparciu o najnowsze technologie umożliwiające zintegrowaną pracę cewek i zapewniające obustronną cyfrową komunikację pomiędzy maszynownią a pomieszczeniem magnesu,
 - ❖ min. 128 kanałów odbiorczych;
4. cewki / matryce obrazujące:
 - ❖ głowa
 - ❖ głowa + szyja,
 - ❖ cały kręgosłup,
 - ❖ cały ośrodkowy układ nerwowy,
 - ❖ jama brzuszna / miednica / klatka piersiowa w tym serce,
 - ❖ stawy: kolanowy, bark, nadgarstek, skokowy;
5. profile diagnostyczne:
 - ❖ profil neurologiczny,
 - ❖ profil onkologiczny,
 - ❖ profil angiograficzny,
 - ❖ profil ortopedyczny,
 - ❖ podstawowy profil kardiologiczny ,
 - ❖ profil pediatryczny;
6. system pozycjonowania pacjenta:
 - ❖ w pełni odłączany, mobilny stół pacjenta,
 - ❖ stół pacjenta o udźwigu min. 250 kg,
 - ❖ zakres badania min. 200 cm;
7. Procesor rekonstrukcyjny o wysokiej szybkości rekonstrukcji obrazów;
8. 2 lekarskie stanowiska do postprocessingu ww. profili diagnostycznych;
9. Niezbędne akcesoria i wyposażenie uzupełniające pracowni MR – w tym klatka RF wraz z wykończeniem oraz wstrzykiwacz kontrastu do pracy w środowisku MR;





SPECJALISTYCZNY SZPITAL
im. dra Alfreda Sokołowskiego
w Wałbrzychu



10. Kompleksowe wyposażenie - dostosowane pracy w polu MR - do sedacji pacjenta w tym dzieci;
11. Dostawa modułu z pełną infrastrukturą niezbędną do posadowienia aparatu MR i pozostałe wyposażenia.

Urządzenie fabrycznie nowe. Realizacja obejmuje dostarczenie urządzenia, jego instalację, uruchomienie oraz przeszkolenie personelu Zamawiającego z obsługi urządzenia. Urządzenie umiejscowione w budynku Szpitala lub poza budynkiem (czasowe umiejscowienie w kontenerze).

3. KRYTERIA WYBORU OCENY OFERTY

Zamawiający jako kryterium oceny ofert przyjął 100% ceny.

4. TERMIN REALIZACJI

Termin realizacji: I kwartał 2022r.

5. WIZJA LOKALNA

Wymagane jest przeprowadzenie wizji lokalnej

1. Wizja lokalna winna być przeprowadzona przed upływem terminu składania ofert.
2. Termin przeprowadzenia wizji po wcześniejszym uzgodnieniu z Zamawiającym. Osoba do kontaktu ze strony Zamawiającego: Zygmunt Borsuk - Kierownik Działu Obsługi Szpitala, tel. 603332907; 746489726.
3. Po przeprowadzeniu wizji lokalnej należy wypełnić Protokół z przeprowadzenia wizji lokalnej i dołączyć do oferty (załącznik nr 2 do Rozeznania cenowego)
4. Podczas wizji lokalnej należy wziąć pod uwagę koncepcję umiejscowienia urządzenia w budynku Szpitala lub poza budynkiem (czasowe umiejscowienie w kontenerze).

6. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA OFERT

Uprzejmie prosimy o dostarczenie wypełnionego formularza stanowiącego Załącznik nr 1 oraz Załącznika nr 2 za pośrednictwem: platformazakupowa.pl najpóźniej do dnia **28.12.2021r. do godz. 12:00.**

p.o. Dyrektora Szpitala
Adriana Tomusiak

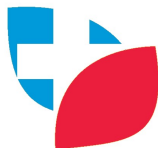
Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia
Sporządziła: Małgorzata Słomiana
nr tel.: 74/6489700



**DOLNY
ŚLĄSK**

Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego
ul. Alfreda Sokołowskiego 4
58-309 Wałbrzych
www.zdrowe.walbrzych.pl
szpitalsokolowski@zdrowie.walbrzych.pl

sekretariat 74 64 89 600
faks 74 64 89 746
centrala 74 64 89 742



SPECJALISTYCZNY SZPITAL
im. dr. Alfreda Sokołowskiego
w Wałbrzychu



Załącznik nr 1 do Rozeznania cenowego

.....

.....

.....

miejsowość i data

.....

(Nazwa firmy/ dane teleadresowe)

FORMULARZ CENOWY

W odpowiedzi na **Rozeznanie cenowe w zakresie zakupu rezonansu magnetycznego** **obligatoryjnie z wiją lokalną** przedstawiamy oferowaną cenę realizacji przedmiotu zamówienia:

Szacowana cena obejmująca cały przedmiot zamówienia zgodnie z opisem wynosi:

cena „netto” PLN, (słownie:

..... złotych),

podatek VAT – %: PLN,

cena „brutto” PLN, (słownie:

..... złotych).

w tym:

a) dostawa i montaż modułowej pracowni MRI wraz z wyposażeniem umożliwiającym pracę rezonansu magnetycznego:

cena „netto” PLN, (słownie: złotych)

podatek VAT – %: PLN

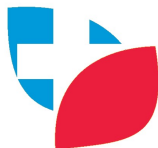
cena „brutto” PLN, (słownie: złotych)



**DOLNY
ŚLĄSK**

Specjalistyczny Szpital im. dr. Alfreda Sokołowskiego
ul. Alfreda Sokołowskiego 4
58-309 Wałbrzych
www.zdrowe.walbrzych.pl
szpitalsokolowski@zdrowie.walbrzych.pl

sekretariat 74 64 89 600
faks 74 64 89 746
centrala 74 64 89 742



SPECJALISTYCZNY SZPITAL
im. dra Alfreda Sokołowskiego
w Wałbrzychu



b) dostawa rezonansu magnetycznego

cena „netto” PLN, (słownie: złotych)

podatek VAT - %: PLN,

cena „brutto” PLN, (słownie: złotych)

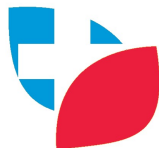
.....
(Podpis Wykonawcy lub osoby
upoważnionej przez Wykonawcę)



**DOLNY
ŚLĄSK**

Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego
ul. Alfreda Sokołowskiego 4
58-309 Wałbrzych
www.zdrowe.walbrzych.pl
szpitalsokolowski@zdrowie.walbrzych.pl

sekretariat 74 64 89 600
faks 74 64 89 746
centrala 74 64 89 742



SPECJALISTYCZNY SZPITAL
im. dra Alfreda Sokołowskiego
w Wałbrzychu



Załącznik nr 2 do Rozznania cenowego

PROTOKÓŁ Z PRZEPROWADZENIA WIZJI LOKALNEJ

Nazwa wykonawcy

Adres wykonawcy

Miejscowość Data

Oświadczamy, że w dniu dokonaliśmy wizji lokalnej i zapoznaliśmy się z zakresem prac koniecznych do wykonania oraz uzyskaliśmy informacje potrzebne do przygotowania oferty zgodnie z „**Rozznaniem cenowym w zakresie zakupu rezonansu magnetycznego obligatoryjnie z wiją lokalną**”.

Wszystkich niezbędnych informacji udzielił nam upoważniony pracownik Zamawiającego.

.....
(data i podpis Wykonawcy)



**DOLNY
ŚLĄSK**

Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego
ul. Alfreda Sokołowskiego 4
58-309 Wałbrzych
www.zdrowe.walbrzych.pl
szpitalsokolowski@zdrowie.walbrzych.pl

sekretariat 74 64 89 600
faks 74 64 89 746
centrala 74 64 89 742