Kielce, 03.12.2019r.

ZAPYTANIE O CENĘ

DOSTAWA SPRZĘTU DO OPIEKI MEDYCZNEJ W WARUNKACH DOMOWYCH

I. **ZAMAWIAJĄCY**

CENTRUM MEDYCZNE „ZDROWIE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA

UL. KARCZÓWKOWSKA 45

25-713 KIELCE

II. **PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa sprzętu rehabilitacyjnego koniecznego do prowadzenia domowej opieki medycznej nad pacjentami niesamodzielnymi w ramach realizacji projektu pn: „ZESPOŁY MEDYCZNEJ OPIEKI DOMOWEJ" o numerze RPSW.09.02.03-26-0007/18 współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Oś IX Wyłączenie społeczne i walka z ubóstwem, Działanie 1.2 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020.

Wspólny Słownik Zamówień (CPV):

33196000-0 Pomoce medyczne

III. SZCZEGÓŁOWY OPIS ZAMÓWIENIA

1. WYPOŻYCZENIE/DZIERŻAWĘ SPRZĘTU MEDYCZNEGO dla osób niesamodzielnych/ niepełnosprawnych wymagających opieki medycznej w warunkach domowych:

1.1 ŁÓŻKO REHABILITACYJNE – 1 szt.

Łóżko sterowane elektrycznie na pilota, trzyfunkcyjne. Elektrycznie podnoszone plecy oraz nogi, elektrycznie regulowana wysokość łóżka. Łóżko musi być wyposażone w barierki zabezpieczające przed wypadnięciem i wysięgnik trójkątny do podciągania. Nogi łóżka muszą być zaopatrzone w kółka z hamulcami. Wymiary sprzętu: szerokość leża 90 cm, długość leża 200 cm (+/- 10), regulowana wysokość leża w zakresie od 40 cm do 85 cm (+/- 10%), całkowita długość nie większa niż 220 cm, całkowita szerokość (z poręczami) nie większa niż 105 cm.
Dowóz do domu pacjenta do miejscowości Dąbrowa Dolna, gm. Bodzentyn.

2. ZAKUP SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO dla osób niesamodzielnych/niepełnosprawnych wymagających opieki medycznej w warunkach domowych:

1.1 MATERAC PRZECIWODLEŻYNOWY – 8 szt.

Materac przeciwodleżynowy gofrowany z pokrowcem o wymiarach szerokość leża 90 cm, długość leża 200 cm, grubość 13-15 cm. Konstrukcja materaca wykonana z pianki poliuretanowej o

specjalnych wzajemnie prostopadłych wycięciach wkładu. Materac pokryty pokrowcem paro przepuszczalnym - wodoszczelnym, który zapewnia wentylację i ochronę przed odparzeniami skóry.
Dowóz do domu pacjenta do miejscowości:
- Dąbrowa Dolna, gm. Bodzentyn
- Janów, gm. Piekoszów
- Górno-Parcele, gm. Górno
- Mąchocice Kapitulne, gm. Masłów
- Suków, gm. Daleszyce
- Wola Kopcowa, gm. Masłów
- Krajno Drugie, gm. Górno
- Przymiarki, gm. Chęciny.

Pełny zakres usługi obejmuje:

- dobór sprzętu zgodnie z zamówieniem

- transport/dostawę sprzętu do domu pacjenta na terenie powiatu kieleckiego,

- wypożyczenie na okres maksymalnie do 31 marca 2020 r., zgodnie z warunkami określonymi w projekcie umowy stanowiącym *Załącznik nr 2* do niniejszego zapytania

- złożenie sprzętu,

- udzielenie pełnego instruktażu korzystania ze sprzętu,

- odbiór sprzętu po zakończeniu wypożyczenia.

3. Oferty należy składać na cały wymieniony powyżej asortyment. Wykonawca w ofercie musi podać jednostkową cenę netto wypożyczenia / zakupu każdej pozycji asortymentu oraz cenę brutto dostawy całego asortymentu. Cena oferty powinna zawierać wszystkie koszty niezbędne do zrealizowania usługi.
4. Do realizacji usługi wybrany zostanie Wykonawca, który zaproponuje najniższą cenę brutto za cały asortyment.
5. Dostawa powinna nastąpić w terminie 5 dni roboczych od rozstrzygnięcia zapytania i wysłania zamówienia przez pracownika Centrum Medycznego ZDROWIE.
6. Rozliczenie za zakup nastąpi na podstawie wystawionej przez Wykonawcę faktury VAT płatnej w terminie 14 dni od daty wpływu faktury do Centrum Medycznego ZDROWIE.

IV. **MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT**

1. Termin złożenia oferty upływa w dniu 11.12.2019r. o godzinie 14.00.
2. Ofertę należy złożyć zgodnie na formularzu stanowiącym *Załącznik nr 1* do niniejszego zapytania.
3. Oferta powinna być dostarczona pod wskazany adres Zamawiającego: ul. Karczówkowska 45, 27-513 Kielce z dopiskiem „Zapytanie ofertowe KUPNO I DOSTAWA SPRZĘTU DO OPIEKI MEDYCZNEJ W WARUNKACH DOMOWYCH" albo przesłana za pomocą poczty elektronicznej (jako skan podpisanej wersji papierowej dokumentów) na adres e-mailowy: a.ksel@zdrowiekielce.com w terminie wskazanym w punkcie 1.
4. Oferta wraz z załącznikami powinna być podpisana przez osoby upoważnione do reprezentowania Wykonawcy. Podpis powinien być sporządzony w sposób umożliwiający jego identyfikację np. złożony wraz z imienną pieczątką lub czytelny (z podaniem imienia i nazwiska). Jeżeli z dokumentów rejestrowych wynika, iż do reprezentowania Wykonawcy upoważnionych jest łącznie dwie lub więcej osób, dokumenty składające się na ofertę muszą być podpisane przez wszystkie te osoby.
5. Informacja o wynikach zapytania ofertowego zostanie przekazana wszystkim Wykonawcom, którzy złożą oferty drogą mailową.

Załącznik nr 1

OFERTA dotycząca zapytania
KUPNO I DOSTAWA SPRZĘTU DO OPIEKI MEDYCZNEJ W WARUNKACH DOMOWYCH

Nazwa Wykonawcy	
Siedziba Wykonawcy	
Adres do korespondencji	
Numer telefonu / faksu	
Adres e-mail	
NIP	
Osoba do kontaktu, telefon, mail	

Niniejszym składam ofertę dotyczącą dostawy następującego sprzętu medycznego:

L.p.	*Wyszczególnienie*	Rodzaj usługi	Jednostka miary	Ilość jednostek	Cena jednostkowa netto	Cena brutto usługi
1.1.	**ŁÓŻKO REHABILITACYJNE– 1 szt.** (wraz z kosztami transportu do domu pacjenta) Kaucja zwrotna	Wypożyczenie/dzierżawa Opłata	Miesiąc Sztuka	4 1		
1.2	**MATERAC PRZECIWODLEŻYNOWY**– 1 szt. (wraz z kosztami transportu do Dąbrowa Dolna, gm. Bodzentyn)	Zakup	Sztuka	1		
1.3	**MATERAC PRZECIWODLEŻYNOWY**– 1 szt. (wraz z kosztami transportu do Janoów, gm. Piekoszów)	Zakup	Sztuka	1		
1.4	**MATERAC PRZECIWODLEŻYNOWY**– 1 szt. (wraz z kosztami transportu do Górno-Parcele, gm. Górno)	Zakup	Sztuka	1		
1.5	**MATERAC PRZECIWODLEŻYNOWY**– 1 szt. (wraz z kosztami transportu do Mąchocice Kapitulne, gm. Masłów)	Zakup	Sztuka	1		
1.6	**MATERAC PRZECIWODLEŻYNOWY**– 1 szt. (wraz z kosztami transportu do Suków, gm. Daleszyce)	Zakup	Sztuka	1		

1.7	**MATERAC PRZECIWODLEŻYNOWY**– 1 szt. (wraz z kosztami transportu do Wola Kopcowa, gm. Masłów)	Zakup	Sztuka	1		
1.8	**MATERAC PRZECIWODLEŻYNOWY**– 1 szt. (wraz z kosztami transportu do Krajno Drugie, gm. Górno)	Zakup	Sztuka	1		
1.9	**MATERAC PRZECIWODLEŻYNOWY**– 1 szt. (wraz z kosztami transportu do Przymiarki, gm. Chęciny)	Zakup	Sztuka	1		
	RAZEM - cena brutto pełnego zakresu usługi (wraz z kosztami transportu do domu pacjenta)					
	w tym VAT (stawka %, kwota)					

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią zapytania ofertowego dotyczącego **KUPNO I DOSTAWA SPRZĘTU DO OPIEKI MEDYCZNEJ W WARUNKACH DOMOWYCH** i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń oraz akceptuję i potwierdzam wszystkie warunki w nim zawarte.
Zaproponowana cena uwzględnia wszystkie koszty związane z realizacją usługi.
Zobowiązuję się do wykonania zamówienia w terminie wskazanym w zapytaniu.

……
Data i podpis oferenta

Załącznik nr 2

Umowa dzierżawy sprzętu medycznego

zawarta w dniu …….. pomiędzy:

…….

reprezentowanym przez:

……

zwanym dalej „Wydzierżawiającym”

a

Centrum Medycznym „ZDROWIE” S z o.o., S. Kom., ul. Karczówkowska 45, 25-713 Kielce

reprezentowanym przez Krzysztofa Mielecha – Dyrektora Generalnego

zwanym dalej „Dzierżawcą”

oraz

……., zamieszkałym ……

zwanym dalej „Użytkownikiem Sprzętu”.

§ 1

1. Wydzierżawiający oddaje Użytkownikowi Sprzętu do używania sprzęt medyczny: ……., szczegółowo opisany w zapytaniu ofertowym z dn. ……..
2. Sprzęt medyczny, będący przedmiotem niniejszej umowy stanowi własność Wydzierżawiającego i Dzierżawca, ani Użytkownik Sprzętu nie posiada w stosunku do niego żadnych innych praw niż wynikające z niniejszej Umowy.

§ 2

1. Użytkownik Sprzętu zobowiązuje się użytkować przekazany sprzęt medyczny zgodnie z przeznaczeniem, utrzymywać go w należytym stanie technicznym, zabezpieczyć przed kradzieżą i niepożądanym działaniem osób trzecich.
2. Użytkownik Sprzętu jest odpowiedzialny za przekazany mu sprzęt medyczny do momentu zwrotu Wydzierżawiającemu.
3. W przypadku zaginięcia lub uszkodzenia sprzętu medycznego Użytkownik Sprzętu zobowiązany jest zawiadomić Dzierżawcę oraz Wydzierżawiającego niezwłocznie po zaistnieniu takiego faktu.
4. Po wygaśnięciu lub rozwiązaniu umowy Użytkownik Sprzętu jest zobowiązany zwrócić sprzęt medyczny Wydzierżawiającemu w stanie niepogorszonym ponad zużycie wynikające z normalnej eksploatacji i powiadomić o tym fakcie Dzierżawę.
5. Użytkownik Sprzętu przed oddaniem wypożyczonego sprzętu zobowiązany jest do dokładnego umycia oraz wydezynfekowania.
6. W przypadku awarii z winy Użytkownika Sprzętu koszty przyjazdu i przeglądu technicznego sprzętu medycznego będą pokryte przez Użytkownika Sprzętu.
7. Wydzierżawiający poniesie odpowiedzialność wobec Dzierżawcy wyłącznie za szkody wynikające z zawinionego działania.

§ 3

1. Wysokość miesięcznego czynszu dzierżawnego ustala się na kwotę **…….brutto** (słownie: ……. złotych), w tym podatek VAT- ……..%.
2. Czynsz dzierżawny płatny będzie przez Dzierżawcę do 10 dnia każdego miesiąca za miesiąc bieżący na podstawie wystawionej faktury przez Wydzierżawiającego.
3. W przypadku nieterminowego regulowania należności Dzierżawca zapłaci Wydzierżawiającemu ustawowe odsetki.
4. Na poczet ewentualnych zniszczeń Wydzierżawiający pobiera jednorazową kaucję zwrotną w wysokości …… zł (słownie:……..).
5. Kaucja zostanie zwrócona po oddaniu wypożyczonego sprzętu w terminie 10 dni roboczych od przekazania sprzętu.
6. Potrącenia kaucji wymagają uprzedniego pisemnego zawiadomienia Dzierżawcy z podaniem tytułu potrącenia i sposobu kalkulacji kwoty potrącenia.

§ 4

1. Umowa niniejsza może być zmieniona w każdym czasie za porozumieniem stron.
2. Zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 5

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony do dnia 31.03.2020r.

2. Umowa może zostać rozwiązana przez każdą ze stron z zachowaniem dwutygodniowego okresu wypowiedzenia.

§6

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 7

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

Wydzierżawiający **Dzierżawca** **Użytkownik Sprzętu**