DZP/381/36/EAT/2017 Katowice 29.08.2017r.

**ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA OFERT**

*(do niniejszego postępowania nie stosuje się ustawy Prawo zamówień publicznych, gdyż wartość szacunkowa zamówienia nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30 000,00 euro)*

**Zamawiający:** Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, 40-514 Katowice, ul. Ceglana 35

zaprasza do składania ofert na **:**

**Obsługę serwisową aparatury chirurgicznej**

1.Zamówienie składa się z 2 części tzw. pakietów, z których każdy stanowi oddzielny przedmiot zamówienia:

Pakiet nr 1- Obsługa serwisowa aparatury chirurgicznej realizowana w lokalizacji Katowice ul. Medyków 14

Pakiet nr 2 - Obsługa serwisowa aparatury chirurgicznej realizowana w lokalizacji Katowice ul. Ceglana 35

Zakres przedmiotu zamówienia oraz rodzaje aparatury medycznej wymienione są oddzielnie dla każdego pakietu w *Formularzach asortymentowo-cenowych* stanowiących Załączniki nr 2.1- 2.2

2.Czas trwania obsługi serwisowej:

* + Pakiet nr 1 - 24 miesiące począwszy od dnia 11.09.2017r.
  + Pakiet nr 2 - 24 miesiące począwszy od dnia 19.10.2017r.

3. Opis przedmiotu zamówienia

1).Przedmiotem zamówienia są usługi w zakresie konserwacji, przeglądów i bieżących napraw tj. utrzymania w pełnej sprawności techniczno-eksploatacyjnej sprzętu medycznego.

Przez naprawy urządzeń medycznych rozumie się wszelkie prace wykonywane w celu przywrócenia im pełnej sprawności technicznej, w tym także: demontaże, montaże, transport do miejsca użytkowania, instalacje oraz potwierdzenie wykonania tych czynności protokołem serwisowym i wpisem do paszportu technicznego aparatu.

Przez przeglądy techniczne rozumie się wykonywanie czynności, których zakres określają zalecenia producenta aparatu, polegających na sprawdzeniu poprawności działania urządzenia, przeprowadzeniu koniecznych kalibracji, konserwacji prewencyjnych oraz wymianie części zużywalnych, wykonania testów funkcjonalnych przy użyciu specjalistycznego oprogramowania serwisowego i potwierdzenie wykonania tych czynności protokołem serwisowym i wpisem do paszportu technicznego aparatu.

2).Zamawiający wymaga od Wykonawcy aby:

a) zgłaszanie awarii odbywało się w formie elektronicznej (email) lub fax-em,

b) wymagany termin wykonania naprawy – max. 3 dni robocze od daty zgłoszenia złożonego przez Dział

Aparatury Medycznej Zamawiającego, jeżeli nie jest wymagane użycie części zamiennych;  
 c) w przypadku, gdy do wykonania naprawy niezbędne będzie użycie części zamiennych, ich koszt zostanie

ujęty w kalkulacji przedstawionej przez Wykonawcę, przy czym ofertę na części zamienne Zamawiający

otrzyma w terminie max. 3 dni od dnia zgłoszenia. Przed rozpoczęciem naprawy Wykonawca musi

uzyskać pisemną akceptację Zamawiającego. Termin naprawy wynosi wówczas maksimum 5 dni roboczych

i jest liczony od dnia akceptacji i pisemnego zlecenia naprawy. W szczególnych przypadkach możliwe jest

przedłużenie tego terminu po uprzednim uzgodnieniu terminu i uzyskaniu pisemnej akceptacji Zamawiającego

na wydłużony termin; Wykonawca zobowiązany jest wówczas do udostępnienia Zamawiającemu aparatu

zastępczego;

d) zgłaszanie awarii odbywać się będzie w formie elektronicznej (email) lub fax-em,

e) wymagany termin wykonania przeglądu technicznego - max. 10 dni roboczych od daty zlecenia

złożonego przez Dział Aparatury Medycznej;

f) przeglądy i naprawy wykonywane będą w siedzibie Zamawiającego przy użyciu własnych materiałów i

narzędzi Wykonawcy, a w przypadku braku możliwości naprawy w siedzibie Zamawiającego -

transport urządzenia do i z naprawy w siedzibie Wykonawcy na jego koszt i ryzyko;

g) przeglądy techniczne wykonywane były w ilościach wynikających z zaleceń producenta w terminach

uzgodnionych z Zamawiającym (Dział Aparatury Medycznej);

h) każda czynność (naprawa lub przegląd) wpisana będzie do paszportu technicznego urządzenia;

i) w sytuacji , gdy wymiana części zamiennej jest prostą czynnością serwisową Wykonawca dopuszcza

możliwość jej samodzielnej wymiany przez pracowników Działu Aparatury Medycznej Zamawiającego,

j) przedmiot zamówienia będą wykonywały osoby posiadające kwalifikacje do konserwacji i napraw

urządzeń będących przedmiotem zamówienia (potwierdzone certyfikatami/zaświadczeniami

wydanymi przez producenta)

k) orzeczenia techniczne kwalifikujące urządzenia do wycofania z eksploatacji wydawane będą bez

dodatkowych kosztów ze strony Zamawiającego;

l) naprawy urządzeń będą płatne wg stawek zamieszczonych w Formularzu asortymentowo –

cenowym (części zamienne płatne oddzielnie);

ł) w sytuacji, gdy w celu ekspertyzy uszkodzenia lub wykonania naprawy urządzenia zachodzi

konieczność wysłania go do serwisu producenta Wykonawca przedstawi Zamawiającemu koszty

takiej operacji.

Wysłanie urządzenia do ekspertyzy uszkodzenia lub wykonania naprawy w serwisie producenta

nastąpi po otrzymaniu przez Wykonawcę pisemnej akceptacji Zamawiającego.

m) przeglądy techniczne płatne wg stawek zamieszczonych w Formularzu asortymentowo-cenowym

(cena zawiera wszelkie poniesione przez Wykonawcę koszty, w tym dojazd);

n) Zamawiający zastrzega sobie prawo do zmiany ilości urządzeń podlegających przeglądom w przypadku,

gdy zostaną one wyłączone z eksploatacji.

o) na dostarczone części zamienne i podzespoły wymaga gwarancji minimum 12 miesięcy.

p) Wykonawca ponosi odpowiedzialność cywilno-prawną za szkody związane z nieprawidłowym

wykonaniem naprawy.

W związku z wdrożeniem Zintegrowanego Systemu Zarządzania w zakresie zarządzania środowiskowego (norma ISO14001:2004) oraz zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy (norma OHSAS 18001:2007).

Wykonawca usług serwisowych:

* oświadczy, że pracownicy Wykonawcy posiadają wszystkie wymagane obowiązującymi przepisami szkolenia z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy oraz aktualne badania lekarskie i specjalistyczne wg. potrzeb.
* zapewni, aby pracownicy Wykonawcy przebywający na terenie Szpitala posiadali widoczne oznakowanie  
   z logo firmy (np. identyfikatory i/lub ubranie robocze z widocznym napisem nazwy firmy).
* ma obowiązek zapoznać się z dokumentem stanowiącym załącznik Aoraz wypełnić i dostarczyć do Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego dokumenty - załączniki B, C, D

3. Kryterium oceny ofert – 100% cena

4. Szczegółowy zakres świadczenia usługi zawiera wzór umowy ( załącznik nr 3 do zaproszenia)

5. Oferta powinna zawierać:

a. formularz ofertowy – załącznik nr 1

b. wypełnione czytelnie, podpisane i opieczętowane przez osobę uprawnioną/ osoby uprawnione

do reprezentowania Wykonawcy formularze asortymentowo cenowe - według druku stanowiącego

załączniki nr 2.1-2.2 do niniejszego zaproszenia.

c. aktualny odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej,

wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert

d. pełnomocnictwo osoby lub osób podpisujących ofertę, jeżeli nie wynika to bezpośrednio z załączonych

dokumentów.

e. wykaz osób, które będą wykonywały przedmiot zamówienia + certyfikaty/ zaświadczenia

wydane przez producenta) – załącznik nr 4

6.Miejsce i termin składania ofert

Ofertę należy złożyć w zamkniętej , opisanej według poniższego wzoru kopercie :

|  |
| --- |
| **,, Nazwa , adres Wykonawcy**  **........................................**  **Uniwersyteckie Centrum Kliniczne**  **im. prof. K. Gibińskiego**  **Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**  **ul. Ceglana 35 40-514 Katowice**  **„Oferta na obsługę serwisową aparatury chirurgicznej – pakiet nr ………………**  ***– Nie otwierać przed 06.09.2017, godz.12:00”*** |

Miejsce i termin składania ofert – Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, 40-514 Katowice, ul. Ceglana 35 –Sekretariat – pokój nr D021 - w terminie do dnia **06.09**.**2017 do godz. 12:00**

Osoby uprawnione do porozumiewania się z Wykonawcami: Pracownicy Działu Aparatury Medycznej UCK

w godzinach pracy od poniedziałku do piątku godz. 7:00 – 15:00

Zamawiający zastrzega sobie prawo dalszej negocjacji otrzymanej oferty, unieważnienia, odwołania albo zakończenia postępowania bez wybrania którejkolwiek z ofert, bez podania przyczyn

Załączniki:

1. Formularz ofertowy
2. Formularze asortymentowo-cenowe
3. Wzór umowy
4. Wykaz osób, które będą wykonywały przedmiot zamówienia

Załączniki A,B,C,D

Dyrektor Szpitala

*Ireneusz Ryszkiel*

DZP/381/36/EAT/2017

Załącznik nr 1

...........................................................

pieczęć firmowa wykonawcy

**FORMULARZ OFERTOWY**

**DLA UNIWERSYTECKIEGO CENTRUM KLINICZNEGO im.prof.K.Gibińskiego**

**ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH**

Nazwa Wykonawcy ................................................................................................................

Siedziba: ..............................................................................................................................

REGON .................................................. NIP .......................................................................

Tel. ....................................................... fax ........................................................................

Internet ................................................ e-mail ...................................................................

Osoba wskazana do kontaktu……………………………………………

W odpowiedzi na zaproszenie do złożenia oferty na **obsługę serwisową aparatury chirurgicznej**

oferujemy wykonanie usługi :

PAKIET NR 1

Cena netto …………………….zł Podatek VAT …………% **Cena ofertowa brutto** ……………………………zł (słownie……………………………………) w tym:

I - przeglądy i konserwacje ………………………..

II - naprawa ……………………….

III – dojazd .……………………….

**Termin wykonania:** Umowa zostanie zawarta na okres 24 miesięcy począwszy od dnia 11.09.2017r.

**Termin płatności:** Wynagrodzenie będzie płatne w okresach miesięcznych przelewem na wskazany na fakturze VAT rachunek Wykonawcy w ciągu 30 dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT.

PAKIET NR 2

Cena netto …………………….zł Podatek VAT …………% **Cena ofertowa brutto** ……………………………zł (słownie……………………………………) w tym:

I - przeglądy i konserwacje ………………………..

II - naprawa ……………………….

III – dojazd .……………………….

**Termin wykonania:** Umowa zostanie zawarta na okres 24 miesięcy począwszy od dnia 19.10.2017r.

**Termin płatności:** Wynagrodzenie będzie płatne w okresach miesięcznych przelewem na wskazany na fakturze VAT rachunek Wykonawcy w ciągu 30 dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT.

W związku z wdrożeniem przez Zamawiającego Zintegrowanego Systemu Zarządzania w zakresie zarządzania środowiskowego (norma ISO14001:2004) oraz zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy (norma OHSAS 18001:2007):

- oświadczamy, że pracownicy Wykonawcy przebywający na terenie Szpitala będą posiadali wszystkie wymagane obowiązującymi przepisami szkolenia z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy oraz aktualne badania lekarskie i specjalistyczne wg. potrzeb

- oświadczamy, że pracownicy Wykonawcy przebywający na terenie Szpitala będą posiadali widoczne oznakowanie z logo firmy (np. identyfikatory i/lub ubranie robocze z widocznym napisem nazwy firmy).

- oświadczamy, że zapoznaliśmy się z dokumentem stanowiącym **załącznik A** (Informacja dla Wykonawcy o zagrożeniach wynikających z działalności Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. Kornela Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach podczas wykonywania prac na jego terenie)oraz w przypadku wyboru naszej oferty wypełnimy i dostarczymy do siedziby Zamawiającego w terminie do 7 dni od daty zawarcia umowy następujące dokumenty:

-**załącznik B** (Zobowiązanie Wykonawcy)

**-załącznik C** (Lista pracowników Wykonawcy poinformowanych o zagrożeniach wynikających

z działalności Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. Kornela Gibińskiego Śląskiego

Uniwersytetu Medycznego w Katowicach)

-**załącznik D** (Zasady środowiskowe dla Wykonawców).

-Znając treść art. 297 §1 Kodeksu Karnego*,* oświadczamy, że dane zawartew ofercie, dokumentach i oświadczeniach są zgodne ze stanem faktycznym.

..............................................................................

*podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych*

*do reprezentowania wykonawcy*

DZP/381/36/EAT/2017

**PAKIET NR 1**

**I - przeglądy i konserwacje Załącznik 2.1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa/rodzaj aparatu | Ilość aparatów (szt.) | Planowana ilość przeglądów w ciągu trwania całej umowy | Cena ryczałtowa za 1 przegląd netto | Wartość  netto  (kol.4 x kol.5) | VAT | Wartość  brutto\* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | System elektrochirurgiczny ERBE VIO 200D + APC2  sn: 11251314 | 1 | 2 |  |  |  |  |
| 2 | System elektrochirurgiczny ERBE VIO 300D  sn: 11309496, 11378349 | 2 | 4 |  |  |  |  |
| 3 | Diatermia chirurgiczna ERBE ICC 200  sn: D-2198, D-1586 | 2 | 4 |  |  |  |  |
| 4 | Diatermia chirurgiczna ERBE ICC 300 + APC  sn: F-1850 B-4038 | 1 | 2 |  |  |  |  |
| 5 | Diatermia chirurgiczna ERBE ICC 300  sn: F-1515, F-1506, F-1509, F-1848, F-1851, F-1849, B-1615 | 7 | 14 |  |  |  |  |
| 6 | Diatermia chirurgiczna z przystawką argonową ERBE ICC 200 + APC 300  sn: B-1387 B-1292 | 1 | 2 |  |  |  |  |
| 7 | Diatermia chirurgiczna z przystawką argonową ERBE VIO 200S + APC2  sn: 11322552, 11322551 | 2 | 4 |  |  |  |  |
| 8 | Kalibracja diatermii | 16 | 16 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | |  |  |  |

\*Podana cena zawiera wszystkie koszty związane z wykonaniem usługi przeglądu tzn.: robocizna, części zużywalne, materiały do konserwacji, dojazd itp.

Słownie:………………………………………………………………………………………………………….

**II - naprawa**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa/rodzaj aparatu | Ilość aparatów (szt.) | Planowana ilość roboczogodzin pracy serwisu w ramach naprawy  dla określonych w kol. 3 ilości aparatów | Cena ryczałtowa jednej roboczogodziny netto | Wartość  Netto  (kol.4 x kol.5) | VAT | Wartość  brutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. | System elektrochirurgiczny ERBE VIO 200D + APC2, VIO 300D  Diatermia chirurgiczna ERBE ICC 200, ICC 300 + APC, ICC 300  Diatermia chirurgiczna z przystawką argonową ERBE ICC 200 + APC 300,VIO 200S + APC2 | 16 | 40 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | |  |  |  |

Słownie:…………………………………………………………………………………………………………..

**III – dojazd**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Wartość netto jednego dojazdu\* | VAT | Wartość brutto jednego dojazdu\* |
| Koszt dojazdu do i z siedziby Zamawiającego dla wykonania usługi naprawy |  |  |  |

\*Wartość nie ujęta w cenie naprawy (będzie płatna oddzielnie)

Słownie:…………………………………………………………………………………………………………..

..............................................................................

*podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

DZP/381/36/EAT/2017

**PAKIET NR 2**

**I - przeglądy i konserwacje Załącznik 2.2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa/rodzaj aparatu | Ilość aparatów (szt.) | Planowana ilość przeglądów w ciągu trwania całej umowy | Cena ryczałtowa za 1 przegląd netto | Wartość  netto  (kol.4 x kol.5) | VAT | Wartość  brutto\* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. | Diatermia chirurgiczna ERBE VIO 100C:  sn: 11331171, 11395909 | 2 | 4 |  |  |  |  |
| 2 | Diatermia chirurgiczna EBRE VIO 300D:  sn: 11341499 | 1 | 2 |  |  |  |  |
| 3 | Diatermia bipolarna ERBE 10739-000:  sn: BK 739, BI 739, BH 739, BE 739 | 4 | 8 |  |  |  |  |
| 4 | Erbokryo 10731-000:  sn: EG 731, DJ 731, EF 731, DH 731 | 4 | 8 |  |  |  |  |
| 5 | Aparat do nacinania soczewek Diacapsulutom ERBE 10743-000:  sn: BF 743 | 1 | 2 |  |  |  |  |
| 6 | Kalibracja diatermii | 12 | 12 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | |  |  |  |

\*Podana cena zawiera wszystkie koszty związane z wykonaniem usługi przeglądu tzn.: robocizna, części zużywalne, materiały do konserwacji, dojazd itp.

Słownie:…………………………………………………………………………………………………………..

**II - naprawa**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa/rodzaj aparatu | Ilość aparatów (szt.) | Planowana ilość roboczogodzin pracy serwisu w ramach naprawy  dla określonych w kol. 3 ilości aparatów | Cena ryczałtowa jednej roboczogodziny netto | Wartość  Netto  (kol.4 x kol.5) | VAT | Wartość  brutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1. | Diatermia chirurgiczna ERBE VIO 100C, VIO 300D  Diatermia bipolarna ERBE 10739-000  Erbokryo 10731-000  Aparat do nacinania soczewek Diacapsulutom ERBE 10743-000 | 12 | 30 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | | |  |  |  |

Słownie:…………………………………………………………………………………………………………..

**III – dojazd**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Wartość netto jednego dojazdu\* | VAT | Wartość brutto jednego dojazdu\* |
| Koszt dojazdu do i z siedziby Zamawiającego dla wykonania usługi naprawy |  |  |  |

\*Wartość nie ujęta w cenie naprawy (będzie płatna oddzielnie)

..............................................................................

*podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

DZP/381/36/EAT/2017

Załącznik nr 3

UMOWA –wzór

*(do niniejszej umowy nie stosuje się ustawy Prawo zamówień publicznych, gdyż wartość szacunkowa zamówienia nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30 000,00 euro)*

zawarta w dniu …………………………. w Katowicach pomiędzy

Uniwersyteckim Centrum Klinicznym im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, 40-514 Katowice, ul. Ceglana 35

KRS 0000049660,

NIP 954-22-74-017,

REGON 001325767

zwanym w treści umowy Zamawiającym

reprezentowanym przez:

Dyrektora - Ireneusza Ryszkiel

a

………………………………………………………………………………………………………………………..

KRS,

NIP ,

REGON

zwanym w treści umowy Wykonawcą

reprezentowanym przez:

………………………………………

………………………………………

§1.

**PRZEDMIOT UMOWY**

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest obsługa serwisowa **aparatury chirurgicznej (**w zakresie konserwacji, przeglądów i bieżących napraw )wyszczególnionej w załączniku nr 1 (formularzu asortymentowo-cenowym wybranej oferty) zwanej dalej **Obsługą serwisową**.

2.Przez naprawy aparatury chirurgicznej rozumie się wszelkie prace wykonywane w celu przywrócenia pełnej sprawności technicznej aparatury chirurgicznej w tym także: demontaże, montaże, transport do miejsca użytkowania, instalacje oraz potwierdzenie wykonania tych czynności protokołem serwisowym i wpisem do paszportu technicznego aparatury.

3. Przez przeglądy techniczne rozumie się wykonywanie czynności, których zakres określają zalecenia producenta aparatury, polegających na sprawdzeniu poprawności działania aparatury chirurgicznej , przeprowadzeniu koniecznych kalibracji, konserwacji prewencyjnych oraz wymianie części zużywalnych, wykonania testów funkcjonalnych przy użyciu specjalistycznego oprogramowania serwisowego i potwierdzenie wykonania tych czynności protokołem serwisowym i wpisem do paszportu technicznego aparatu.

§2.

**WARUNKI REALIZACJI UMOWY**

1.Wykonawca zobowiązuje się realizować umowę zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, a w szczególności zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2015 r. , poz. 876);

Wykonawca przy czynnościach związanych z wykonywaniem umowy zobowiązuje się postępować z najwyższą starannością wynikającą z zawodowego charakteru prowadzonej działalności.

2.Zamawiający zobowiązuje się do udostępnienia aparatury chirurgicznej objętej umową w celu wykonania Obsługi serwisowej przez Wykonawcę.

3.Przeglądy techniczne będą wykonywane w terminie do 10 dni roboczych od dnia otrzymania przez Wykonawcę drogą faksową lub elektroniczną zlecenia wystawionego przez Dział Aparatury Medycznej Zamawiającego. Szczegóły dotyczące daty i godziny wykonania przeglądu Wykonawca jest zobowiązany ustalić z Działem Aparatury Medycznej Zamawiającego.

4. Przeglądy techniczne i naprawy będą wykonywane w siedzibie Zamawiającego przy użyciu własnych materiałów i narzędzi Wykonawcy, a w przypadku braku możliwości naprawy w siedzibie Wykonawcy.

5.Transport aparatury chirurgicznej do i z naprawy w siedzibie Wykonawcy odbywać się będzie na koszt i ryzyko Wykonawcy;

6.Przeglądy techniczne i naprawy będą wykonywane przy użyciu oryginalnych, dostarczonych przez Wykonawcę części zamiennych.

7.Wykonawca gwarantuje, że Obsługa serwisowa będzie realizowana zgodnie z zaleceniami producenta aparatury chirurgicznej, obowiązującymi normami i przepisami prawa oraz z zachowaniem przepisów BHP i p. poż.,

8. Wykonawca gwarantuje, że Obsługa serwisowa będzie wykonywana przez osoby posiadające

kwalifikacje w zakresie konserwacji, przeglądów i bieżących napraw aparatury chirurgicznej - pracownicy serwisowi odbyli szkolenie autoryzowane przez producenta aparatury chirurgicznej uprawniające do ich przeglądów oraz napraw.

9.Wykonawca nie może dokonywać żadnych zmian parametrów aparatury chirurgicznej, chyba, że ma pisemne upoważnienie producenta oraz pisemną zgodę Zamawiającego, a zmiana ma na celu poprawę funkcjonalności, bezpieczeństwa lub modernizacji oprogramowania.

10.Zamawiający upoważnia do kontaktów: Dział Aparatury Medycznej: tel. (32) 789-40-44, 789-

40-41, e-mail: [aparatura-ligota@uck.katowice.pl](mailto:aparatura-ligota@uck.katowice.pl),

11. Wykonawca upoważnia do kontaktów:…………………………………………………..tel. nr ….......................................... fax nr …......................................., e-mail: ….............................

12. Wykonawca zobowiązuje się do wykonania naprawy w terminie do 3 dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii przez Zamawiającego (za pomocą faxu lub poczty elektronicznej), jeżeli nie jest wymagane użycie części zamiennych. W przypadku, gdy do wykonania naprawy niezbędne jest użycie części zamiennych, ich koszt zostanie ujęty w kalkulacji przedstawionej przez Wykonawcę w terminie do 3 dni roboczych. Przed rozpoczęciem naprawy Wykonawca musi uzyskać pisemną akceptację Zamawiającego. Termin naprawy wynosi wówczas maksimum 5 dni roboczych i jest liczony od dnia akceptacji i pisemnego zlecenia naprawy. W szczególnych przypadkach możliwe jest przedłużenie tego terminu po uprzednim uzgodnieniu terminu i uzyskaniu pisemnej akceptacji Zamawiającego na wydłużony termin.

13. Każda czynność (naprawa, przegląd) zostanie wpisana przez Wykonawcę do paszportu technicznego aparatury chirurgicznej, a w przypadku konieczności wycofania urządzenia z eksploatacji zostanie wydane (bez ponoszenia dodatkowych kosztów przez Zamawiającego) odpowiednie orzeczenie techniczne.

14. W sytuacji, gdy wymiana części zamiennej jest prostą czynnością serwisową Wykonawca dopuszcza możliwość jej samodzielnej wymiany przez pracowników Działu Aparatury Medycznej Zamawiającego.

15. Zamawiający uznaje, iż w przypadku aparatów starszych niż 10 lat, uzyskanie części zamiennych od producenta może być niemożliwe, co może spowodować niemożność wykonania usługi.

16. Wykonawca udziela na dostarczone i wymienione części i podzespoły 12 miesięcznej gwarancji od dnia podpisania protokołu odbioru wykonania usługi.

17. Wykonawca ponosi odpowiedzialność za wszelkie szkody związane z nieprawidłowy wykonaniem Obsługi serwisowej.

18.Zamawiający zastrzega sobie prawo do zmiany ilości aparatury chirurgicznej podlegającej przeglądom w przypadku, gdy zostanie ona wyłączona z eksploatacji.

19. Wykonawca gwarantuje, że osoby wykonujące Obsługę serwisową posiadają wszystkie wymagane obowiązującymi przepisami oraz niezbędne dla realizacji umowy szkolenia z zakresu

bezpieczeństwa i higieny pracy.

20. Wykonawca gwarantuje, że osoby wykonujące Obsługę serwisową przebywające na terenie Szpitala będą posiadały widoczne oznakowanie Wykonawcy (np. identyfikatory i/lub ubranie robocze z widocznym napisem nazwy firmy).

21. Wykonawca świadomy zagrożeń wynikających z działalności Zamawiającego (**załącznik A)** zobowiązuje się w terminie do 7 (siedmiu) dni od daty zawarcia niniejszej umowy dostarczyć do siedziby Zamawiającego wypełnione i podpisane następujące dokumenty:

-**załącznik B** (Zobowiązanie Wykonawcy)

**-załącznik C** (Lista pracowników Wykonawcy poinformowanych o zagrożeniach wynikających

z działalności Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. Kornela Gibińskiego w Katowicach)

-**załącznik D** (Zasady środowiskowe dla Wykonawców).

§3.

**WYNAGRODZENIE I WARUNKI PŁATNOŚCI**

1.Wynagrodzenie Wykonawcy za należyte wykonanie przeglądów wyniesie:

netto:...............................zł

należny VAT…………………… zł

brutto:…………………………..zł (słownie:………………………………)

Podana cena zawiera wszystkie koszty związane z wykonaniem przeglądów, a w szczególności koszty robocizny, dojazdu i części zużywalnych użytych do konserwacji.

2.W przypadku zlecenia naprawy, wynagrodzenie ryczałtowe Wykonawcy za jedną roboczogodzinę wyniesie :

netto:..............zł

należny VAT ……………… zł

brutto…………… zł (słownie:………………………………)

Łączna wysokość wynagrodzenia z tego tytułu nie może przekroczyć kwoty……………… zł brutto ( 40 roboczogodzin)

3.Koszt dojazdu do i z siedziby Zamawiającego w celu wykonania naprawy wyniesie brutto ……….. zł

4.Wynagrodzenie Wykonawcy w ramach niniejszej umowy nie obejmuje kosztów oryginalnych części zamiennych niezbędnych dla wykonania naprawy.

6.Zapłata za każdą naprawę lub przegląd techniczny nastąpi przelewem każdorazowo po ich wykonaniu na rachunek Wykonawcy w ciągu 30 dni od otrzymania przez Zamawiającego faktury VAT oraz potwierdzenia należytego wykonania przeglądu lub naprawy przez przedstawiciela Zamawiającego w protokole wykonania usługi. W przypadku, gdyby Wykonawca zamieścił na fakturze inny termin płatności niż określony w niniejszej umowie obowiązuje termin płatności określony w umowie.

7. Faktura, o której mowa w ust. 6 nie może być wystawiona z datą wcześniejszą niż dzień wykonania usługi potwierdzony podpisaniem protokołu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego aparatury chirurgicznej.

8.Za datę dokonania zapłaty przyjmuje się datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

§4.

**KARY UMOWNE**

1. Wykonawca zapłaci Zamawiającemu kary umowne:

a) w wysokości 0,5 % kwoty wynagrodzenia brutto określonej w § 3 ust. 1 umowy, za każdy dzień opóźnienia

w wykonaniu przeglądu serwisowego względem terminu określonego zgodnie

z § 2 ust. 3 umowy

b) w wysokości 0,5% łącznej kwoty wynagrodzenia brutto określonej w § 3 ust. 1 umowy, za każdy dzień

opóźnienia w wykonaniu naprawy względem terminu określonego zgodnie z § 2

ust. 12 umowy

c) w wysokości 10% kwoty wynagrodzenia brutto określonego w § 3 ust. 1 niniejszej umowy – w przypadku

rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym lub odstąpienia od umowy z przyczyn, za które

odpowiada Wykonawca.

2.Zamawiający ma prawo dochodzić kar umownych poprzez potrącenie ich na podstawie księgowej noty obciążeniowej z jakimikolwiek należnościami Wykonawcy, aż do całkowitego zaspokojenia roszczeń. W przypadku braku możliwości zaspokojenia roszczeń z tytułu kar umownych na zasadach określonych powyżej, księgowa nota obciążeniowa płatna będzie do 14 dni od daty jej wystawienia.

3.W przypadku, gdy wysokość wyrządzonej szkody przewyższa naliczoną karę umowną Zamawiający ma prawo żądać odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych.

§5.

**ROZWIĄZANIE I ODSTĄPIENIE OD UMOWY**

1.Oprócz przypadków przewidzianych w Kodeksie Cywilnym , Zamawiający może odstąpić od umowy w razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, lub dalsze wykonywanie umowy może zagrozić istotnemu interesowi bezpieczeństwa państwa lub bezpieczeństwu publicznemu, Zamawiający może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od dnia powzięcia wiadomości o tych okolicznościach. W takim przypadku Wykonawca może żądać wyłącznie wynagrodzenia należnego z tytułu wykonania części umowy.

2.Zamawiający może rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy Wykonawca trzykrotnie nie dotrzyma terminu określonego w § 2 ust. 12 niniejszej umowy.

3.Oświadczenie Zamawiającego o rozwiązaniu umowy zostanie wysłane listem poleconym na adres Wykonawcy podany w umowie.

4.Rozwiązanie umowy na podstawie ust. 2 niniejszego paragrafu nie zwalnia Wykonawcy od obowiązku zapłaty kar umownych i odszkodowań.

§6.

**POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

1.Umowa zawarta jest na okres 24 miesięcy począwszy od dnia …………………….

2.W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego.

3. Wszelkie zmiany warunków niniejszej umowy wymagają dla swej ważności formy pisemnej, dokonywane będą w formie aneksów do niniejszej umowy.

4.Wykonawca nie może bez uzyskania wcześniejszej pisemnej zgody Zamawiającego, przelać jakichkolwiek praw lub obowiązków wynikających z niniejszej umowy na osoby trzecie. Czynność prawna mająca na celu zmianę wierzyciela Zamawiającego może nastąpić wyłącznie po wyrażeniu zgody przez podmiot tworzący Zamawiającego.

5.Wszelkie spory wynikłe na tle realizacji umowy będzie rozstrzygał sąd powszechny właściwy miejscowo dla siedziby Zamawiającego.

6.Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa egzemplarze dla Zamawiającego, jeden egzemplarz dla Wykonawcy.

WYKONAWCA ZAMAWIAJĄCY

DZP/381/36/EAT/2017

Załącznik nr 4

............................................

pieczęć firmowa Wykonawcy

Wykaz osób, skierowanych do realizacji przedmiotu zamówienia

Oświadczam, że **obsługa serwisowa aparatury chirurgicznej**

będzie wykonywana przez osoby posiadające imienne certyfikaty potwierdzające odbycie szkolenia  
u producenta aparatów .

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Stanowisko | Doświadczenie zawodowe | Uprawnienia | Informacja o podstawie do dysponowania daną osobą (umowa o pracę) |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |

Kopie certyfikatów w załączeniu.

*..............................................................................*

*podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik A**

**Informacja dla Wykonawcy o zagrożeniach wynikających z działalności   
Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

**podczas wykonywania prac na jego terenie.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CZYNNIKI BIOLOGICZNE** | | | |
| ***Lp.*** | ***Zagrożenie*** | ***Skutek*** | ***Środki zapobiegawcze*** |
| 1. | Na terenie Szpitala występują szkodliwe czynniki biologiczne, które mogą oddziaływać negatywnie na organizm człowieka i być przyczyną wielu chorób (np. wirusowe zapalenie wątroby typ B i C, gruźlica, HIV).  Podstawowym źródłem zagrożenia jest pacjent i jego materiał biologiczny.  Sytuacje, w których może dojść do kontaktu z czynnikiem biologicznym   1. Niezabezpieczony przez personel medyczny skażony sprzęt i narzędzia jednorazowego lub wielorazowego użytku (igły, skalpele, igły do szycia itp.). 2. Nieodpowiednia segregacja zużytego sprzętu jednorazowego użytku. 3. Nieprawidłowa dekontaminacja miejsc zabrudzonych czynnikiem biologicznym. 4. Prace wykonywane na czynnej instalacji kanalizacyjnej (węzły sanitarne, kratki ściekowe, odstojniki, osadniki itp.). 5. Czynniki biologiczne przenoszone drogą powietrzno – kropelkową w kontakcie z pacjentami, odwiedzającymi oraz personelem Szpitala. 6. Czynniki biologiczne znajdujące się na powierzchniach, wyposażeniu, powierzchniach roboczych, sprzęcie medycznym. | Choroby zakaźne.  Alergie, uczulenia, zakażenie.  Choroby nowotworowe. Śmierć. | 1. Skaleczenia, zranienia, otarcia przed przystąpieniem do pracy zabezpiecz opatrunkiem nieprzemakalnym. 2. Skaleczenia, zadrapania na odkrytych częściach rąk, ramion osłoń ubraniem z długim rękawem. 3. Zgłoś się do Izby Przyjęć w przypadku zakłucia, skaleczenia sprzętem i aparaturą medycznym, która potencjalnie może być skażoną krwią lub innym materiałem biologicznym. 4. W zależności od potrzeby stosuj środki ochrony indywidualnej (np. maseczki, okulary ochronne, przyłbice, rękawice). 5. Przestrzegaj podstawowych zasad higieny i bezpieczeństwa pracy myj i dezynfekuj ręce przed spożywaniem posiłku oraz po wyjściu ze Szpitala. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CZYNNIKI CHEMICZNE** | | | |
| ***Lp.*** | ***Zagrożenie*** | ***Skutek*** | ***Środki zapobiegawcze*** |
| 2. | W Szpitalu podczas procesów pracy stosowane są niebezpieczne substancje i mieszaniny chemiczne takie jak:   1. Odczynniki analityczne (kwasy, zasady) 2. Metanol, Ksylen 3. Formaldehyd 4. Podchloryn sodu 5. Tlenek etylenu 6. Środki dezynfekcyjne, myjące. | Zatrucia, podrażnienie.  Choroby górnych dróg oddechowych.  Alergie, uczulenia.  Uszkodzenia oczu i skóry. Poparzenia. | 1. Uzyskaj informację od personelu o stosowanych środkach chemicznych i zagrożeniach z nimi związanymi. 2. Zapoznaj się z właściwościami preparatów chemicznych, z którymi będziesz miał kontakt. 3. Postępuj zgodnie z zasadami określonymi w kartach charakterystyki i stosuj środki ochrony indywidualnej. 4. W sytuacjach awaryjnych (np. uszkodzenie opakowania, rozlanie środka chemicznego) poinformuj personel. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CZYNNIKI NIEBEZPIECZNE - URAZOWE** | | | |
| ***Lp.*** | ***Zagrożenie*** | ***Skutek*** | ***Środki zapobiegawcze*** |
| 3. | W Szpitalu podczas procesów pracy używany jest sprzęt medyczny jednorazowego oraz wielorazowego użytku (np. igły, skalpele, wenflony, nożyczki, końcówki pipet, szkiełka), który może stanowić zagrożenie dla Wykonawcy i być przyczyną urazów. Do kontakt z tym sprzętem może dojść w sposób niezamierzony w przypadku nieprzestrzegania zasad segregacji przez personel medyczny oraz porzucenia przez pacjentów. | Rany cięte, kłute palców, dłoni.  Skaleczenia.  Przecięcia, zakłucia. | 1. Nie podejmuj samodzielnie usuwania sprzętu i narzędzi medycznych pozostawionych przez personel lub pacjentów, zgłaszaj ten fakt personelowi medycznemu. 2. Zachowaj szczególną uwagę przy pracy z użyciem ostrych, spiczastych narzędzi. |
| 4. | Podczas poruszania się po terenie Szpitala może dojść do:   1. Uderzenie o ruchome lub nieruchome czynniki materialne (np. wyposażenie pomieszczeń, meble, aparatura i sprzęt medyczny, łóżka, wózki z pacjentami na salach, korytarzach, ciągach komunikacyjnych itp.). 2. Upadku na tym samym poziomie spowodowanym potknięciem, poślizgnięciem na nierównych, mokrych, śliskich powierzchniach. 3. Upadku na schodach. | Potłuczenia, guzy, siniaki.  Złamania kończyn.  Uszkodzenia kręgosłupa. Wstrząśnięcia mózgu. | 1. Utrzymuj porządek i czystość na stanowisku pracy. 2. Poruszaj się po drogach komunikacyjnych stosując zasadę poruszania się prawą stroną. 3. Zwracaj uwagę na transportowanych pacjentów na wózkach i łóżka na ciągach komunikacyjnych. 4. Zachowaj uwagę podczas poruszania się po schodach: nie rozmawiaj przez telefon, nie używaj klatki schodowej jako drogi transportowej, trzymaj się poręczy. |

*..............................................................................*

*podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy*

**Załącznik B**

Zobowiązanie Wykonawcy

W imieniu Wykonawcy realizującego przedmiot umowy nr ………………z dnia…………. („Umowa”) zobowiązuję się do:

1. Przestrzegania ogólnie obowiązujących przepisów i zasad w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, ochrony przeciwpożarowej oraz ochrony środowiska, jakich dotyczy zakres świadczonych prac lub usług.
2. Zapoznania swoich pracowników oraz pracowników podwykonawcy delegowanych do realizacji Umowy z treścią niniejszej procedury nie później niż przed rozpoczęciem realizacji Umowy.
3. Poinformowania swoich pracowników oraz pracowników podwykonawcy o zagrożeniach wynikających z działalności Szpitala nie później niż przed rozpoczęciem prac i usług objętych Umową.

Ze strony Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach :

…………………………………………………………………………..………….……...

osoba sprawująca nadzór

Wykonawca ……………………………………………….………………………..…… ………………………………………………………………………………

nazwa firmy

adres …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

W imieniu Wykonawcy**:**

Nazwisko, imię …………………………………………….……………………….……

Stanowisko / funkcja ……………………………………………………………………..

………………………….. …………………………..

Data Podpis

**Załącznik C**

**Lista pracowników Wykonawcy**

**poinformowanych o zagrożeniach wynikających z działalności**

**Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

**Nazwa firmy:**

**Umowa nr …………………. z dnia** ………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i Nazwisko | Stanowisko | Data | Podpis |
| 1. |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |

Wykonawca jest zobowiązany do zaktualizowania listy po każdej zmianie personalnej w terminie do trzech dni roboczych

Podpis Wykonawcy

………………………….

**Załącznik D**

|  |
| --- |
| **ZASADY ŚRODOWISKOWE DLA WYKONAWCÓW**   1. Wykonawca powinien przestrzegać wymagań określonych w systemie zarządzania środowiskowego wg. ISO14001, a w szczególności:  * przestrzegać wymagań prawnych w zakresie podpisanej ze Szpitalem umowy * zmniejszyć dla otoczenia uciążliwość swojej działalności związanej z wykonywaniem   prac zleconych przez Szpital   * minimalizować ilość powstających odpadów * zabierać z terenu wszelkie odpady powstałe w czasie świadczenia usług * zmniejszać zużycie nośników energii i surowców naturalnych  1. Wykonawcy nie wolno:  * wwozić na teren Szpitala jakichkolwiek odpadów * składować żadnych substancji mogących zanieczyścić powietrze atmosferyczne,   wodę, glebę, a w przypadku, gdy substancje te służą do wykonywania usług dla firmy  szczegóły ich składowania i stosowania należy uzgodnić z Koordynatorem ds.  środowiska   * myć pojazdów na terenie Szpitala * spalać odpadów na terenie Szpitala * wylewać jakichkolwiek substancji niebezpiecznych do gleby lub kanalizacji  1. Wykonawca powinien przeprowadzić szkolenie wśród podległych pracowników wykonujących usługę w zakresie obowiązującej w Szpitalu polityki środowiskowej, bhp oraz systemu zarządzania środowiskowego wg ISO 14001. 2. Wykonawca powinien dopuścić Pełnomocnika ds. Jakości wraz z zespołem auditorów do kontroli postępowania na zgodność z przyjętymi zasadami środowiskowymi w Szpitalu. 3. W sytuacjach wątpliwych i nieokreślonych w powyższych zasadach środowiskowych należy zwracać się do Pełnomocnika ds. Jakości.   Podpis Wykonawcy  ………………………….  ...................................  data |