DZP/381/32EAT/2019 Katowice; 19.08.2019r.

 **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 euro)*

 **Zamawiający:** Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytet Medycznego w Katowicach, 40-514 Katowice, ul. Ceglana 35 zaprasza do składania ofert na najemaparatu do wspomagania wszczepiania soczewek torycznych wewnątrz-gałkowych.

**Szczegóły zamówienia – warunki**

 1.Wymagane parametry techniczne aparatu zostały określone w załączniku nr 2 do Zaproszenia

 2.Szczegółowe warunki realizacjizamówienia zawiera wzór umowy najmu - załącznik nr 3 do Zaproszenia

3.Termin realizacji: od dnia 1.09.2019r. do dnia 30.04.2020r.

4.Kryterium oceny ofert **–** 100% cena

5.Termin płatności w ciągu 30 dni od dnia otrzymania faktury

**Oferta powinna zawierać:**

1. Wypełniony czytelnie, podpisany i opieczętowany przez osobę uprawnioną/ osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy formularz ofertowy według druku stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszego zaproszenia.
2. Wypełniony czytelnie, podpisany i opieczętowany przez osobę uprawnioną/ osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy formularz parametry techniczne aparatu według druku stanowiącego załącznik nr 2 do zaproszenia
3. Aktualny odpis z właściwego rejestru albo aktualne zaświadczenie o wpisie do centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, potwierdzające dopuszczenie wykonawcy do obrotu prawnego w zakresie objętym zamówieniem , wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

4. Pełnomocnictwo osoby lub osób podpisujących ofertę, jeżeli nie wynika to bezpośrednio z załączonych dokumentów.

 **5**. **Miejsce i termin składania ofert –** Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego

Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ul. Ceglana 35 40-514 Katowice, Sekretariat – pokój

 D022 – w terminie do dnia **23.08.2019r**. **do godz. 12:00**

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

|  |
| --- |
| ,, Nazwa, adres Wykonawcy........................................Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego UniwersytetuMedycznego w Katowicach ul. Ceglana 35 , 40-514 Katowice„Najem aparatu do wspomagania wszczepiania soczewek torycznych wewnątrz-gałkowych - DZP/381/32/EAT/2019 *– Nie otwierać przed 23.08.2019r. godz.12:00”* |

8. Osoby uprawnione do porozumiewania się z wykonawcami:

 Bożena Trzęsimiech - Dział Aparatury Medycznej tel. 32/ 358 12 16, e-mail: aparaturamedyczna@uck. katowice.pl

Małgorzata Klata - Dział Zamówień Publicznych tel. 32/ 358 14 41 e-mail: bzp@uck.katowice.pl w godzinach pracy tj. od poniedziałku do piątku w godz. 7.30 – 14.30.

9. Zamawiający zastrzega sobie prawo:

 - wezwania Wykonawcy do złożenia wyjaśnień dotyczących informacji zawartych w ofercie

 - poprawienia oczywistych omyłek rachunkowych i pisarskich

 - uzupełnienia brakujących dokumentów

 - dalszej negocjacji otrzymanej oferty, unieważnienia, odwołania albo zakończenia postępowania bez

 wybrania którejkolwiek z ofert bez podania przyczyn.

10. Koszt przygotowania i złożenia oferty ponosi Wykonawca.

 11. Zgodnie z art. 13 ust. 1 -3rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

* + 1. administratorem uzyskanych w niniejszym postępowaniu danych osobowych jest Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, 40-514 Katowice, ul. Ceglana 35, Tel. 32 3581200 fax. 32 251-84-37 lub 32/358-14-32, adres strony www: https://[www.uck.katowice.pl](http://www.uck.katowice.pl)
		2. inspektorem ochrony danych w Uniwersyteckim Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach jest Pan Patryk Rozumek tel. 32 3581 524, iod@uck.katowice.pl

 uzyskane w niniejszym postępowaniu dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c

 RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego na najem aparatu do

 wspomagania wszczepiania soczewek torycznych wewnątrz-gałkowych **-** DZP/381/32/EAT/2019

* + 1. odbiorcami uzyskanych w niniejszym postępowaniu danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania w oparciu o ustawę z dnia 6 września 2001 r o dostępie do informacji publicznej (t. j. D.U. z 2018 r., poz. 1330)
		2. uzyskane w niniejszym postępowaniu dane osobowe będą przechowywane przez okres 4 lat od dnia zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia
		3. obowiązek podania danych osobowych bezpośrednio dotyczących danej osoby jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy Pzp, związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego; konsekwencje niepodania określonych danych wynikają z ustawy Pzp;
		4. w odniesieniu do uzyskanych w postępowaniu danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
		5. osoba, której dane osobowe dotyczą posiada:
* na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych jej dotyczących;
* na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania danych osobowych jej dotyczących*(Wyjaśnienie:*

*skorzystanie przez osobę, której dane dotyczą, z uprawnienia do sprostowania lub uzupełnienia, o którym mowa w art. 16 rozporządzenia 2016/679, nie może naruszać integralności protokołu oraz jego załączników);*na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO*(Wyjaśnienie: prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego);*

* prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy osoba, której dane osobowe dotyczą uzna, że przetwarzanie jej danych osobowych narusza przepisy RODO;

i) nie przysługuje osobie, której dane osobowe dotyczą:

- w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;

- prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;

- na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż

 podstawą prawną przetwarzania tych danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

j) w przypadku gdy wykonanie obowiązków, o których mowa w art. 15 ust. 1-3 RODO, wymagałoby

 niewspółmiernie dużego wysiłku, zamawiający może żądać od osoby, której dane dotyczą,

 wskazania dodatkowych informacji mających na celu sprecyzowanie żądania, w szczególności

 podania nazwy lub daty postępowania o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursu

k) wystąpienie z żądaniem, o którym mowa w art. 18 ust. 1 RODO, nie ogranicza przetwarzania

 danych osobowych do czasu zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego lub

 konkursu.

Załączniki:

1. Formularz ofertowy

2. Formularz cenowy

 3. Formularz parametry techniczne

 4. Wzór umowy

 5. Wzór umowy o powierzenie przetwarzania danych osobowych

DZP/381/32/EAT/2019

 Załącznik nr 1

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

pieczęć firmowa Wykonawcy

 **FORMULARZ OFERTOWY**

**DLA UNIWERSYTECKIEGO CENTRUM KLINICZNE**

**W KATOWICACH**

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

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

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

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

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

Ubiegając się o zamówienie publiczne na najem aparatu do wspomagania wszczepiania soczewek torycznych wewnątrz-gałkowych oferujemy realizację przedmiotowego zamówienia za cenę:\*

wartość netto …………………………

podatek VAT …………………………

wartość brutto ……………………………

*\*) wpisać cenę za 8 miesięcy zgodnie z formularzem cenowym*

**Termin realizacji:**  od dnia 01.09.2019r. do dnia 30.04.2020r.

**Termin płatności:**  w ciągu 30 dni od dnia otrzymania faktury.

 - Zawarta w Zaproszeniu treść projektu umowy została przez nas zaakceptowana i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

- Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) (dalej w treści RODO) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*\*

-Znając treść art. 297 §1 Kodeksu Karnego*,* oświadczamy, że dane zawartew ofercie, dokumentach

 są zgodne ze stanem faktycznym

*\*\*) W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO, może wykreślić treść niniejszego oświadczenia)*

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

*podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

DZP/381/29/AAD/2019

 Załącznik nr 2

FORMULARZ CENOWY

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | J.m | Ilość | Cena jednostkowa za 1 mc | Wartość netto  za 8 miesięcy | VAT | Kwota VAT | Wartość brutto za 8 miesięcy |  Nazwa i typ,producent |
| 1 | Najem aparatu do wspomagania wszczepiania soczewek torycznych wewnątrz-gałkowych | mc |  8 |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM:** |  |  |  |  |  |  |

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

*UWAGA : Aparat będzie wykorzystywany przez Zamawiającego w procesie wspomagania wszczepiania soczewek wewnątrz-gałkowych Alcon SN6AT2-T9*

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

*podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*

 Załącznik nr 3

**WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE**

**OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

APARAT DO WSPOMAGANIA WSZCZEPIANIA SOCZEWEK TORYCZNYCH

WEWNĄTRZ-GAŁKOWYCH

Producent: ………………………… Nazwa i typ: …………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Parametry aparatu  | Wartośćwymagana | Wartośćoferowana |
| **Moduł diagnostyczny** |
| 1 | Możliwość wykonywania następujących pomiarów: południk rogówki stromy i płaski, moc cylindra,odległość „white-to-white”, średnica źrenicy,oś widzenia | Tak |  |
| 2 | Kamera HD wykonująca zdjęcia oka pacjenta w celu późniejszego rozpoznania w trakcie zabiegu | Tak |  |
| 3 | Układ wykorzystujący min. 1000 punktów pomiarowych | Tak |  |
| 4 | Możliwość kalkulacji soczewek wewnątrz-gałkowychwg następujących formuł: SRK-T, Holladay I, Holladay II, Holladay R, Hoffer-Q, Haigis | Tak |  |
| 5 | Funkcja umożliwiającą określenie optymalnej lokalizacji cięcia głównego w celu maksymalnej redukcji astygmatyzmu pooperacyjnego | Tak |  |
| 6 | Możliwość wyliczenia dla poszczególnych operatorów indywidualnej stałej A soczewki wewnątrzgałkowej | Tak |  |
| 7 | Możliwość wyliczenia wartości indywidualnego astygmatyzmu dla poszczególnych operatorów | Tak |  |
| **Moduł zabiegowy** |
| 8 | Przystawka wyświetlająca zaplanowane wcześniej informacje w okularze mikroskopu, pasująca do mikroskopu Moller-Wedel HiR900 | Tak |  |
| 9 | Podzielnik wiązki światła w przystawce do mikroskopu zabierający maksymalnie 30% światła z toru głównego operatora | Tak |  |
| 10 | Rozdzielczość kamery w przystawce min. 1280x1024 piksele | Tak | podać  |
| 11 | Możliwość ustawienia rzutowej lokalizacji kapsuloreksji względem: źrenicy, rąbka i osi widzenia | Tak |  |
| 12 | Możliwości ustawienia rzutowej lokalizacji soczewki wewnątrzgałkowej w torebce względem: źrenicy, rąbka, osi widzenia i kapsuloreksji | Tak |  |
| 13 | Przełącznik nożny umożliwiający przyłączenie wyświetlanych ekranów | Tak |  |
| 14 | Możliwość integracji systemu z siecią bezprzewodową z dedykowanym aparatem do fakoemulsyfikacji | Tak |  |
| **Pozostałe** |
| 15 | Wykorzystanie w procesie wspomagania wszczepiania następujących soczewek wewnątrz-gałkowychAlcon SN6AT2-T9 | Tak |  |
| 16 | Instrukcja obsługi polska w wersji papierowej i elektronicznej | Tak |  |
| 17 | Rok produkcji – nie starszy niż 2018r. | Tak | podać rok |

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

*podpis i pieczęć osoby uprawnionej/osób uprawnionych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*