|  |
| --- |
| 50-367 Wrocław, Wybrzeże L. Pasteura 1  Zespół ds. Zamówień Publicznych UMW  ul. Marcinkowskiego 2-6, 50-368 Wrocław  faks 71 / 784-00-45  e-mail: monika.komorowska@umed.wroc.pl |
|

**Wrocław, 14.06.2019 r.**

**Zaproszenie do składania ofert**

Zamawiający, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, zaprasza Państwa do składania ofert w postępowaniu o wartości szacunkowej netto nieprzekraczającej równowartości kwoty 30 000,00 euro, którego przedmiotem jest **Wykonanie obrazowania głowy metodą rezonansu magnetycznego aparatem o mocy minimum 3 Tesli, zapewniającym wysoką rozdzielczość wykonywanych do celów naukowych badań, na potrzeby Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.**

1. **PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA ORAZ OKRES REALIZACJI PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA.**
2. Przedmiotem zamówienia jest **Wykonanie obrazowania głowy metodą rezonansu magnetycznego aparatem o mocy minimum 3 Tesli (bez kontrastu), zapewniającym wysoką rozdzielczość wykonywanych do celów naukowych badań, na potrzeby Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.**
3. Badania rezonansu magnetycznego głowy, stanowiące przedmiot zamówienia, są przeprowadzane w ramach badania naukowego dotyczącego wykorzystania przezczaszkowej stymulacji magentycznej mózgu w leczeniu wybranych zaburzeń psychiatrycznych. W związku z tym Wykonawca przy realizacji przedmiotu zamówienia musi dysponować radiologami, będącymi pracownikami naukowymi, którzy w ramach wykonanych badań opracują je także w wymiarze naukowym pod kątem przygotowania części opisu radiologicznego w planowanych publikacjach naukowych.
4. **Badaniami zostaną objęcie pacjenci włączeni do badania naukowego.**
5. Badania muszą być wykonane na terenie miasta Wrocławia**.**
6. **Okres realizacji przedmiotu zamówienia:**

Od daty podpisania umowy do 31.12.2020 r. Zamawiający zakłada zlecenie maksymalnie 200 badań obrazowania głowy metodą rezonansu magnetycznego w całym okresie realizacji umowy, w tym około 50 badań w 2019 roku. Zamawiający nie zobowiązuje się do zlecenia szacowanej liczby badań, ale tej zgodnej z jego potrzebami oraz posiadanymi środkami finansowymi.

1. **WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**.

Zamawiający wymaga, aby Wykonawca dysponował rezonansem magnetycznym o mocy minimum 3 Tesli oraz radiologami, będącymi pracownikami naukowymi, którzy w ramach wykonanych badań opracują je także w wymiarze naukowym pod kątem przygotowania części opisu radiologicznego w planowanych publikacjach naukowych.

1. **ZAWARTOŚĆ OFERTY.**

Formularz ofertowy (wzór - załącznik nr 1 do Zaproszenia do składania ofert), informujący o cenie za realizację przedmiotu zamówienia.

1. **SKŁADANIE OFERT.**

Ofertę należy przesłać do dnia **18.06.2019 r.** do godz. **15:00, w jednej z następujących form**:

1. Listownie na adres: Zespół ds. Zamówień Publicznych UMW przy ul. Marcinkowskiego 2-6,   
   50-368 Wrocław, pokój nr 3A 113.1 lub
2. Faksem (71/ 784-00-45), lub
3. Pocztą e-mail w formie pdf na adres: [monika.komorowska@umed.wroc.pl](mailto:monika.komorowska@umed.wroc.pl)
4. **KRYTERIA OCENY OFERT.**

Przy wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający zastosuje następujące kryterium ceny ofert:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | **KRYTERIA** | **WAGA**  **%** | **Ilość**  **pkt.** | **Sposób oceny: wzory, uzyskane**  **informacje mające wpływ na ocenę** |
| **1** | **Cena realizacji przedmiotu zamówienia** | **100** | **100** | Najniższa cena oferty  Ilość pkt. = ---------------------------**x 100**  Cena oferty badanej |

1. Zamawiający udzieli zamówienia Wykonawcy, który:
   * 1. spełni warunki udziału w postępowaniu, opisane w rozdziale II Zaproszenia do składania ofert;
     2. złożył ofertę, której treść odpowiada treści niniejszego Zaproszenia do składania ofert;
     3. uzyska najwyższą ilość punktów.

Z upoważnienia Rektora UMW

Zastępca Kanclerza ds. Zarządzania Administracją

mgr inż. Kamil Jakubowicz

## **FORMULARZ OFERTOWY Załącznik nr 1 do Zaproszenia do składania ofert**

1. Zarejestrowana nazwa Wykonawcy: ..........................................................................................................................................

2. Adres Wykonawcy: ..........................................................................................................................................................

3. Nazwiska osób po stronie Wykonawcy uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy przy sporządzaniu niniejszej oferty: ........................................................................................................................................

NIP.................................... Regon.................................... telefon .......................................

faks ................................... e-mail .................................... www. ........................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot zamówienia | Cena jednostkowa netto PLN badania | Szacowana liczba badań | Wartość netto PLN (cena jednostkowa netto PLN badania x 200) | Stawka VAT  (w %) – *jeżeli dotyczy* | Wartość brutto  *(brana pod uwagę do oceny ofert)* |
| Wykonanie obrazowania głowy metodą rezonansu magnetycznego aparatem o mocy minimum 3 Tesli, zapewniającym wysoką rozdzielczość wykonywanych do celów naukowych badań, na potrzeby Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu |  | 200 |  |  |  |

* + - 1. Oświadczam, że spełniam warunki udziału w Zaproszeniu do składania ofert i jestem związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni.
      2. Oświadczam, że dysponuję lub będę dysponował rezonansem magnetycznym o mocy minimum 3 Tesli oraz radiologami, będącymi pracownikami naukowymi, którzy w ramach wykonanych badań opracują je także w wymiarze naukowym pod kątem przygotowania części opisu radiologicznego w planowanych publikacjach naukowych.
      3. Oświadczam, że wykonam przedmiot zamówienia zgodnie z treścią Zaproszenia do składania ofert.

Data Podpis i pieczęć Wykonawcy