Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
Wybrzeże L. Pasteura 1
50-367 Wrocław

 Wrocław 17.10.2019 r.

Zaproszenie do składania ofert

VIIonę

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu zaprasza Państwa do składania ofert w postępowaniu o wartości netto nie przekraczającej równowartości 30 000,00 euro, którego przedmiotem jest:

**Laser chirurgiczny CO2**

**Zamawiający informuje o wydłużeniu terminu składania ofert**

**do 28.10.2019 r do godz. 13:00**

Warunki realizacji zamówienia

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  1.  | Nazwa przedmiotu zamówienia / parametry lub funkcje przedmiotu umowy | **Laser chirurgiczny CO2**Specyfikacja techniczna zgodnie z załącznikiem |
|  2 | Termin realizacji zamówienia | Do 4 tygodni od daty podpisania umowy |
|  3.  | Warunki gwarancyjne i serwisowe ustalone przez Zamawiającego | 1. Okres gwarancji z bezpłatnym serwisem wynosimin. 24 miesięcy. Równocześnie, Wykonawca zapewnia w okresie pogwarancyjnym dostępność części zamiennych oraz pełny serwis przedmiotu umowy, przez okres 3 lat licząc od daty zakończenia okresu gwarancji . 2. Zgłoszenie serwisanta do naprawy przedmiotu zamówienia nastąpi w ciągu 24godzin od daty otrzymania zgłoszenia o usterce, a naprawa zostanie wykonana w ciągu kolejnych 14 dni a jeżeli wystąpi konieczność importu części zamiennych, naprawa zostanie wykonana w ciągu 21 dni od daty zgłoszenia naprawy. 3. Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego urządzenia do i po naprawie nie obciążają Zamawiającego w okresie gwarancyjnym.4. Każdorazowo zostanie przedłużony okres gwarancji przedmiotu zamówienia zgłoszonego do naprawy o czas jego wyłączenia z eksploatacji trwającego powyżej 24 godzin, a nie spowodowanego złą eksploatacją. 5. Wymiana jakiegokolwiek części należącej do przedmiotu zamówienia na nową równoważną nastąpi na żądanie Zamawiającego, przy drugim jej uszkodzeniu w okresie gwarancyjnym. Uszkodzona część nie podlegająca naprawie zostanie wymieniona na nową równoważną oraz zgodnie z przepisem art. 581 Kodeksu cywilnego, dostarczona będzie z pełnym okresem gwarancji wynoszącym min 24 miesięcy.6. Stała opieka serwisowa w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym zapewniona będzie przez placówkę serwisową w kraju . **Podać adres:** |

3. 2. Oferty wraz z wypełnioną specyfikacja techniczną należy składać:

faksem nr 71 / 784 00 52lub **formie PDF** **e mail marta.nowak@umed.wroc.pl**

w terminie do dnia 28.10.2019 r. do godz. 13.00

**3. Kryteriami oceny ofert są:**

**Cena waga 100%**

4. **Termin udzielania wyjaśnień:**

1. Wykonawca może zwrócić się do Zamawiającego o wyjaśnienie treści Zaproszenia do składania ofert. Zamawiający niezwłocznie udzieli wyjaśnień, pod warunkiem, że wniosek o wyjaśnienie treści Zaproszenia wpłynął do Zamawiającego nie później niż do końca dnia, w którym upływa połowa wyznaczonego terminu składania ofert.
2. Jeżeli wniosek o wyjaśnienie treści Zaproszenia do składania ofert wpłynął po upływie terminu składania wniosku, o którym mowa w pkt. 1, lub dotyczy udzielonych wyjaśnień, Zamawiający może udzielić wyjaśnień albo pozostawić wniosek bez rozpoznania. Przedłużenie terminu składania ofert nie wpływa na bieg terminu składania wniosku, o którym mowa w pkt. 1.

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………………….pieczęć wykonawcy lub wykonawcówubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia | ……………………………………..miejsce i data |

nr tel./ fax

REGON NIP

http e-mail

# O F E R T A

Nawiązując do zaproszenia z dnia …………… na: ……………………………

……………………………………………………………………………………

( nazwa zadania )

Oferujemy wykonanie wyżej wymienionych dostaw/usług/robót budowlanych
(niewłaściwe skreślić)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  1.  | Nazwa przedmiotu zamówienia, model, producent | **Cena Netto PLN** | **VAT %** | **Cena Brutto PLN** |
|  |  |  |  |
| Słownie brutto PLN |  |
|  2 | Termin dostawy i uruchomienia | Do 4 tygodni od daty podpisania umowy |
|  3.  | Warunki gwarancyjne i serwisowe ustalone przez Zamawiającego | 1. Okres gwarancji z bezpłatnym serwisem wynosi min.24 miesięcy**.** Równocześnie, Wykonawca zapewnia w okresie pogwarancyjnym dostępność części zamiennych oraz pełny serwis przedmiotu umowy, przez okres 3 lat licząc od daty zakończenia okresu gwarancji . 2. Zgłoszenie serwisanta do naprawy przedmiotu zamówienia nastąpi w ciągu 24 godzin od daty otrzymania zgłoszenia o usterce, a naprawa zostanie wykonana w ciągu kolejnych 14 dni a jeżeli wystąpi konieczność importu części zamiennych, naprawa zostanie wykonana w ciągu 21 dni od daty zgłoszenia naprawy. 3. Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego urządzenia do i po naprawie nie obciążają Zamawiającego w okresie gwarancyjnym.4. Każdorazowo zostanie przedłużony okres gwarancji przedmiotu zamówienia zgłoszonego do naprawy o czas jego wyłączenia z eksploatacji trwającego powyżej 24 godzin, a nie spowodowanego złą eksploatacją 5. Wymiana jakiegokolwiek modułu należącego do przedmiotu zamówienia na nowy równoważny nastąpi na żądanie Zamawiającego, przy drugim jego uszkodzeniu w okresie gwarancyjnym. Uszkodzony moduł nie podlegający naprawie zostanie wymieniony na nowy równoważny oraz zgodnie z przepisem art. 581 Kodeksu cywilnego, dostarczony będzie z pełnym okresem gwarancji wynoszącym min**.** 24 miesięcy.. 6 Stała opieka serwisowa w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym zapewniona będzie przez placówkę serwisową w kraju Lokalizacja serwisu **(nazwa, adres, telefon całodobowy, e mail, proszę podać )** |

Podpisy osób uprawnionych do składania

Data oświadczeń woli w imieniu wykonawcy

**Laser chirurgiczny CO2**

|  |  |
| --- | --- |
| **Funkcje lub parametry graniczne ustalone przez Zamawiającego** | **Odpowiedź Wykonawcy: tak/nie, opis oferowanego parametru/funkcji** |
| 1. Laser chirurgiczny CO2 |  |
| 2. Tryb pracy : praca ciągła, praca impulsowa, superpulse |  |
| 3. Długość fali promieniowania: 10600nm  |  |
| 4. Wiązka pilotująca regulowana od 1mW do 5mW |  |
| 5. Moc max. dla pracy w trybie ciągłym ( CW ) 15W Moc max. dla pracy w trybie impulsowym 45W |  |
| 6. Częstotliwość pracy regulowana z dokładnością 1Hz |  |
| 7. Max. częstotliwość 5000 Hz |  |
| 8. System prowadzenia światła – prowadnica 7 -zwierciadlana z rękojeścią zabiegową  |  |
| 9. Zasilanie i pobór mocy (90 - 260) VAC +-10%, (50-60)Hz /<600W/ 10A |  |
| 10. Podstawowe zalety użytkowe:* Bezkontaktowe, bezkrwawe zabiegi z czystym polem operacyjnym

• Precyzyjna kontrola operacji • Minimalny obrzęk pooperacyjny • Duży komfort dla pacjenta i lekarza • Prosta wymiana sond i aplikatorów zabiegowych • Bogate wyposażenie zabiegowe • Najwyższa jakość i niezawodność • Łatwy w stosowaniu, intuicyjny interfejs • Załączanie generacji promieniowania włącznikiem nożnym • Zewnętrzny, własny miernik mocy • Nowoczesna stylistyka  |  |
| 11. Gwarancja minimum 24 miesiące |  |
| 12. W cenie koszt urządzenia, 2 par okularów zabiegowych oraz dostawa, uruchomienie, szkolenie |  |

1. Nie spełnienie wszystkich parametrów lub funkcji, podanych w rubryce „Funkcje lub parametry graniczne ustalone przez Zamawiającego” spowoduje odrzucenie oferty.

2. Wykonawca oświadcza, że oferowane powyżej urządzenie jest kompletne i po uruchomieniu będzie gotowe do pracy, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

 Data

 pieczęć i podpis Wykonawcy

 Nazwa i adres Wykonawcy: