DZSP-ZSS-VI.271.19.2022

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

**na dostawę 5 defibrylatorów AED z szafkami do ich przechowywania, oznakowaniem oraz szkoleniem z zakresu udzielania pierwszej pomocy z użyciem defibrylatora AED.**

**I. DANE ZAMAWIAJĄCEGO:**

**Łódź – Miasto na Prawach Powiatu**

**ul. Piotrkowska 104, 90 – 926 Łódź,**

**NIP: 725 002 89 02**

e-mail: wzp@uml.lodz.pl

BIP: www.uml.lodz.pl

Godziny urzędowania: poniedziałek – piątek godz. 8.00 – 16.00, wtorek – godz. 9.00. – 17.00

**II. TRYB UDZIELENIA ZAMÓWIENIA**

1. Postępowanie prowadzone zgodnie z zarządzeniem Nr 1660/2022 Prezydenta Miasta Łodzi z dnia 19 lipca 2022 r. w sprawie wprowadzenia w Urzędzie Miasta Łodzi Regulaminu udzielania zamówień publicznych, których wartość szacunkowa jest mniejsza od kwoty 130 000 PLN.
2. Postępowanie prowadzone jest w trybie zapytania ofertowego z zachowaniem zasady konkurencyjności i równego traktowania wykonawców.
3. Wartość szacunkowa zamówienia nie przekracza 50.000,00 zł.
4. Postępowanie prowadzone jest w języku polskim.

**III. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa 5 defibrylatorów AED z szafkami do ich przechowywania, oznakowaniem oraz szkoleniem z zakresu udzielania pierwszej pomocy z użyciem defibrylatora AED - zgodnie ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia określonym w załączniku nr 1.
2. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert częściowych.
3. Zamawiający nie dopuszcza możliwości powierzenia części lub całości zamówienia podwykonawcom.
4. Przedmiot zamówienia wg Wspólnego Słownika Zamówień (CPV):

Główny kod CPV: 33-18-21-00-0 defibrylatory

Dodatkowe kody CPV:

33-19-20-00-2 meble medyczne

80-50-00-00-9 usługi szkoleniowe

**IV. TERMIN I FORMA WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

1. Przedmiot zamówienia powinien być zrealizowany w terminie 21 dni kalendarzowych od zawarcia umowy z Wykonawcą.
2. Zapłata za wykonane usługi nastąpi na podstawie faktury wystawionej przez Wykonawcę, przelewem na rachunek bankowy Wykonawcy podany na fakturze,   
   w terminie do 30 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury.
3. Faktura zostanie wystawiona na płatnika: Miasto Łódź 90 – 926 Łódź, ul. Piotrkowska 104, NIP 725 002 89 02, a dostarczona do Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Łodzi, Łódź, ul. Zachodnia 47.

**V. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY**

1. Wykonawca powinien stworzyć ofertę zgodnie z warunkami niniejszego zapytania.
2. Oferta powinna:

* być opatrzona pieczątką firmową,
* posiadać datę sporządzenia,
* zawierać adres lub siedzibę oferenta, numer telefonu, numer NIP,
* być podpisana czytelnie przez wykonawcę.

1. Każdy Wykonawca może przedłożyć tylko jedną ofertę.
2. Wszelkie zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez Wykonawcę.
3. Wykonawca zobowiązany jest do złożenia następujących dokumentów stanowiących element oferty:

* formularz ofertowy - załącznik nr 2 do niniejszego zapytania,
* w przypadku Wykonawców będących osobami fizycznymi - oświadczenie o korzystaniu z pełni praw publicznych i o niekaralności za przestępstwa popełnione umyślnie, sporządzone według wzoru stanowiącego załącznik nr 3 do niniejszego zapytania.

1. Wykonawca ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

**VI. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT**

1. Oferta powinna zostać przesłana **do dnia 31 października 2022 r. do godz. 10.00.** pocztą elektroniczną na adresy j.kurzawa@uml.lodz.pl
2. Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.
3. Oferent może przed upływem terminu składania ofert zmienić lub wycofać swoją ofertę.

**VII. MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT**

1. Termin otwarcia ofert: 31 października 2022 r. o godz. 12.00.
2. Miejsce otwarcia ofert: Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych w Departamencie Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Łodzi, ul. Zachodnia 47, 91-066 Łódź.
3. W toku badania i oceny ofert Zamawiający może żądać od oferentów wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert.
4. **SPOSÓB OCENY OFERT**
5. **Ocena spełniania warunków wymaganych od Wykonawcy**

Zamawiający dokona oceny spełniania warunków wymaganych od Wykonawcy w niniejszym postępowaniu poprzez analizę złożonych dokumentów i oświadczeń wymienionych w części V zapytania przy zastosowaniu formuły spełnia/nie spełnia.

1. **Kryterium oceny ofert**

Zamawiający dokona oceny ważnych ofert na podstawie następujących kryteriów:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Kryterium | Znaczenie procentowe Kryterium | Maksymalna liczba punktów, jakie może otrzymać oferta za dane kryterium |
| 1. | Cena  (C) | 85% | 85,00 punktów |
| 2. | Gwarancja  (G) | 15 % | 15,00 punktów |

**3. Sposób oceny ofert w kryterium C „cena” – (max 85 pkt)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| P (Ci) = | C min | X 85 pkt |
| Ci |

gdzie:

|  |  |
| --- | --- |
| P(Ci) | liczba punktów, jakie otrzyma oferta "i" za kryterium "Cena" |
| C min | najniższa cena brutto spośród wszystkich ważnych i nieodrzuconych ofert |
| Ci | cena oferty badanej |

* 1. **Sposób oceny ofert w kryterium G „Gwarancja” (max. 15 pkt)**

Dodatkowa gwarancja powinna zostać zaoferowana jako dodatkowe 12/24/36 i więcej miesięcy gwarancji. W przypadku zaoferowania dodatkowej gwarancji o innej długości,   
do oceny zostanie przyjęta długość z niższego progu dodatkowej gwarancji.

W ramach tego kryterium Zamawiający będzie oceniał ofertę Wykonawcy pod względem zapewnienia okresu gwarancji na defibrylator AED dłuższego niż 6 lat (72 miesiące)   
w następujący sposób:

0 pkt – w przypadku braku dodatkowej gwarancji,

5 pkt – w przypadku zaoferowania 12 miesięcy dodatkowej gwarancji,

10 pkt – w przypadku zaoferowania 24 miesięcy dodatkowej gwarancji,

15 pkt w przypadku zaoferowania 36 lub więcej miesięcy dodatkowej gwarancji.

1. **WYBÓR OFERTY I ZAWIADOMIENIE O ROZSZTRZYGNIĘCIU ZAPYTANIA OFERTOWEGO**
2. Przy dokonywaniu wyboru oferty Zamawiający stosował będzie zasady i kryterium określone w niniejszym zapytaniu.
3. Za najkorzystniejszą uznana zostanie ta z ocenianych ofert, która po dokonaniu oceny zgodnie z przyjętym kryterium uzyska maksymalną ocenę punktową.
4. Zamawiający dopuszcza prowadzenie negocjacji, jako formy kolejnego etapu postępowania z wykonawcami, którzy złożyli oferty lub z wykonawcą, który złożył ofertę najkorzystniejszą.
5. W przypadku, gdy Zamawiający nie będzie mógł dokonać wyboru oferty najkorzystniejszej z uwagi na to, że dwie lub więcej ofert otrzyma taką samą ocenę, Zamawiający wezwie Wykonawców, którzy złożyli te oferty, do złożenia w terminie określonym przez Zamawiającego ofert dodatkowych. Wykonawcy składając oferty dodatkowe nie mogą zaoferować cen wyższych niż zaoferowane w złożonych ofertach
6. Zamawiający udzieli zamówienia Wykonawcy, którego oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą.
7. Informacja o wyniku postępowania zostanie zamieszczona na stronie internetowej Zamawiającego oraz wysłana do każdego Wykonawcy, który złożył ofertę.
8. Zamawiający zawrze umowę na realizację zamówienia z wybranym Wykonawcą.

**X. DODATKOWE INFORMACJE**

Osobą upoważnioną przez Zamawiającego do kontaktowania się z Wykonawcami jest Juliusz Kurzawa – gł. spec. w Wydziale Zdrowia i Spraw Społecznych UMŁ, tel. (42) 638-47-38, e-mail: j.kurzawa@uml.lodz.pl

1. **ZASTRZEŻENIA** 
   1. Zamawiający zastrzega możliwość odwołania lub zmiany warunków postępowania oraz zamknięcia postępowania bez wyboru oferty w każdym czasie.
   2. Założenie niniejszego zapytania ofertowego nie stanowi oferty w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego i otrzymanie w jego konsekwencji oferty nie jest równorzędne ze złożeniem zamówienia przez Łódź – Miasto na prawach powiatu i nie stanowi podstawy do roszczenia praw ze strony Wykonawcy do zawarcia umowy.

**XII. ZAŁĄCZNIKI:**

1. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia.
2. Wzór formularza ofertowego.
3. Oświadczenie Wykonawcy o korzystaniu z pełni praw publicznych i o niekaralności (dla Wykonawców będących osobami fizycznymi).

**Zastępca Dyrektora**

**Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych UMŁ**

**/-/ dr Iwona Iwanicka**

*/dokument podpisany elektronicznie/*

**Załącznik nr 1 – Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dot. dostawy 5 defibrylatorów AED z szafkami do ich przechowywania, oznakowaniem oraz szkoleniem z zakresu udzielania pierwszej pomocy z użyciem defibrylatora AED.**

1. **Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia**

Przedmiotem zamówienia jest:

1. dostawa 5 defibrylatorów AED o następujących parametrach:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Opis i wymagania minimalne** |
|  | Rodzaj urządzenia | Przenośny defibrylator wewnętrzny AED z funkcją analizy rytmu serca. |
|  | Stan defibrylatora | Fabrycznie nowy, rok produkcji 2022 |
|  | Tryb pracy defibrylatora | Automatyczny tryb pracy. |
|  | Język komunikatów głosowych i wizualnych | Komunikaty głosowe i wizualne (wyświetlane na ekranie lub panelu graficznym) w języku polskim. |
|  | Gwarancja i serwis pogwarancyjny | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Minimalny 6-letni okres gwarancji producenta i bezpłatny serwis wraz z gwarancją udostępnienia na czas serwisu defibrylatora zastępczego. |
|  | Przeglądy | Urządzenie nie może wymagać przeglądu po każdorazowym użyciu. Jeżeli producent tego wymaga, to w okresie obowiązywania gwarancji urządzenia, przegląd urządzenia dokonywany jest na koszt Wykonawcy.  W przypadku gdy urządzenie poddawane jest (w okresie gwarancji) przeglądowi, naprawie gwarancyjnej lub wgraniu nowego oprogramowania Wykonawca zapewnie na czas serwisowania urządzenie zastępcze. |

1. dostawa 5 szafek wewnętrznych do przechowywania defibrylatorów AED   
   z oznakowaniem:

Szafki fabrycznie nowe, wykonana z metalu/tworzyw sztucznych. Część frontowa przeźroczysta albo zawiera okienko inspekcyjne wykonane z materiału przeźroczystego (szkło, plexi, poliwęglan) w części odsłaniające defibrylator   
i umożliwiającej wizualną kontrolę stanu i sprawności urządzenia.

Szafki oznakowane symbolem AED (zgodnie z przyjętym międzynarodowym oznakowaniem defibrylatorów).

Do każdej szafki oznakowanie w postaci instrukcji udzielania pierwszej pomocy   
z użyciem defibrylatora oraz oznakowaniem dot. projektów zrealizowanych w ramach budżetu obywatelskiego, zgodnie z przekazanym przez Zamawiającego wzorem oznakowania.

1. przeprowadzenie 5 szkoleń z zakresu udzielania pierwszej pomocy w nagłych przypadkach zatrzymania krążenia z użyciem defibrylatora AED w lokalizacjach wskazanych przez Zamawiającego

Szkolenie powinno obejmować tematykę udzielania pierwszej pomocy w nagłych przypadkach zatrzymania krążenia z użyciem defibrylatora AED.

Szkolenia zostaną przeprowadzone w lokalizacjach wskazanych przez Zamawiającego, dla osób przez niego wskazanych. W każdym szkoleniu będzie mogło uczestniczyć 10-20 osób. Przeszkolone osoby otrzymają zaświadczenie o ukończenia szkolenia z udzielania pierwszej pomocy w nagłych przypadkach zatrzymania krążenia z użyciem defibrylatora AED

1. **Dodatkowe warunki zamówienia:**
2. szacunkowe koszty powinny uwzględniać wykonanie wszystkich czynności oraz zawierać wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia,
3. Wykonawca zapewni dostawę defibrylatorów do wskazanych przez Zamawiającego lokalizacji na terenie miasta Łodzi, w których zostaną one instalowane,
4. Zamawiający wymaga, aby w ramach całości zamówienia oferowane defibrylatory AED, szafki oraz oznakowanie były jednorodne (ten sam model urządzeń, szafek   
   i wygląd oznakowania),
5. Wykonawca zapewni koordynatora odpowiedzialnego za koordynację dostawy   
   i szkoleń oraz kontakt z Zamawiającym
6. **Przedmiot zamówienia wg Wspólnego Słownika Zamówień (CPV):**

Główny kod CPV: 33-18-21-00-0 defibrylatory

Dodatkowe kody CPV: 33-19-20-00-2 meble medyczne, 80-50-00-00-9 usługi szkoleniowe

**Załącznik Nr 2 - wzór formularza oferty**

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Łódź – Miasto na Prawach Powiatu**

**ul. Piotrkowska 104, 90 – 926 Łódź,**

**NIP: 725 002 89 02**

**Nazwa i adres Wykonawcy:** ...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Adres do korespondencji:** ....................................................................................................................

**Telefon, e-mail:** .....................................................................................................................................

**NIP:**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Osoba do kontaktu z Zamawiającym:** ..................................................................................................

* + - 1. Niniejszym, w imieniu wymienionego powyżej Wykonawcy oferuję na rzecz Zamawiającego dostawę 5 defibrylatorów AED z szafkami do ich przechowywania, oznakowaniem oraz szkoleniem z zakresu udzielania pierwszej pomocy z użyciem defibrylatora AED, określonych   
         w Opisie Przedmiotu Zamówienia, za następującą cenę ofertową (netto / brutto):

|  |  |
| --- | --- |
| Kwota netto za wykonanie zamówienia: ………………………….…….. PLN.  (słownie: ……………………………………  …………………………………… złotych). | Do powyższej kwoty zostanie\*/nie zostanie\* doliczony podatek VAT…… %, w związku z czym oferowana kwota wyniesie ………………..………. PLN brutto (słownie: ………………….….……………………... złotych brutto). |

2. Na objęte dostawą defibrylatory oferuję ............. miesięcy gwarancji.

Przystępując do postępowania w sprawie udzielenia zamówienia na dostawę 5 defibrylatorów AED z szafkami do ich przechowywania, oznakowaniem oraz szkoleniem z zakresu udzielania pierwszej pomocy z użyciem defibrylatora AED

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

1. spełniam warunki określone w zapytaniu ofertowym, posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, dysponuję odpowiednim zapleczem technicznym do wykonania zamówienia, a także posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do jego wykonania,
2. zawarte w zapytaniu ofertowym dotyczącym zamówienia, o które się ubiegam, warunki współpracy akceptuję. Zobowiązuję się w przypadku przyjęcia mojej oferty do zawarcia umowy na realizację przedmiotowego zamówienia,
3. nie występują wobec mnie podstawy do wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych.

............................................................... , ......................................................

*Miejscowość i data Podpis Wykonawcy*

**Załącznik nr 3 - wzór oświadczenia o niekaralności**

**OŚWIADCZENIE O NIEKARALNOŚCI**

Ja niżej podpisany/a

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

*(imię i nazwisko)*

Zamieszkały/a

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

*( adres zamieszkania)*

legitymujący/a się dowodem osobistym ..........................................................................................

wydanym przez ................................................................................................................................

świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań

**oświadczam, iż**

korzystam z pełni praw publicznych i nie byłem/am karany/a za przestępstwo popełnione umyślnie   
(w tym przestępstwo skarbowe).

............................................................... , ......................................................

*Miejscowość i data Podpis Wykonawcy*