

**Zgierz: Dostawa sprzętu rehabilitacyjnego dla Miejskiego  
Zespołu Przychodni Rejonowych w Zgierzu w ramach  
realizacji obszaru A programu PFRON pn. Wyrównywanie  
różnic między regionami.**

**OGŁOSZENIE O ZAMÓWIENIU - dostawy**

**Zamieszczanie ogłoszenia:** obowiązkowe.

**Ogłoszenie dotyczy:** zamówienia publicznego.

**SEKCJA I: ZAMAWIAJĄCY**

**I. 1) NAZWA I ADRES:** Miejski Zespół Przychodni Rejonowych w Zgierzu, ul. Łęczycka 24a, 95-100 Zgierz, woj. łódzkie, tel. 0-42 7164161, 7174129, fax. 0-42 7174129.

**I. 2) RODZAJ ZAMAWIAJĄCEGO:** Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.

**SEKCJA II: PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

**II.1) OPIS**

**II.1.1) Nazwa nadana zamówieniu przez zamawiającego:** Dostawa sprzętu rehabilitacyjnego dla Miejskiego Zespołu Przychodni Rejonowych w Zgierzu w ramach realizacji obszaru A programu PFRON pn. Wyrównywanie różnic między regionami..

**II.1.2) Rodzaj zamówienia:** dostawy.

**II.1.3) Określenie przedmiotu oraz wielkości lub zakresu zamówienia:** Przedmiotem zamówienia jest dostawa sprzętu rehabilitacyjnego dla Miejskiego Zespołu Przychodni Rejonowych w Zgierzu w ramach realizacji obszaru A programu PFRON pn. Wyrównywanie różnic między regionami, zgodnie z parametrami technicznymi określonymi w załączniku nr 1, w następujących rodzajach i ilościach: 1.Aparat do laseroterapii - szt. 1 2.Lampa do terapii światłem spolaryzowanym - szt. 1 3.Lampa solux - szt. 2 4.Diatermia krótkofalowa - szt. 1 5.Aparat do elektroterapii - szt. 2 6.Osprzęt do UGUL-a - szt. 1 Sprzęt winien być dostarczony do Pracowni Fizjoterapii mieszczącej się w Przychodni Rejonowej Nr 1 w Zgierzu przy ul. Fijałkowskiego 2. Dostarczone aparaty posiadają dokumenty dopuszczające je do obrotu i używania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej: Certyfikat CE lub deklaracja zgodności na poszczególne aparaty. Sprzęt winien być dostarczony do Pracowni Fizjoterapii na koszt Wykonawcy zamówienia. Wykonawca zobowiązany jest do przeszkolenia osób obsługujących aparaty w zakresie ich prawidłowej i bezpiecznej obsługi i konserwacji bieżącej. WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE APARATÓW 1.Aparat do laseroterapii: a/ zasilanie sieciowe i akumulatorowe (wbudowany akumulator) b/sonda laserowa: punktowa + skaner c/ praca ciągła i impulsowa 0-5000Hz d/ Bank programów terapeutycznych zapisanych w pamięci aparatu dla różnych specjalizacji lekarskich (gotowe diagnozy), e/ Wbudowane gotowe

programy numeryczne f/ Wbudowana encyklopedia terapii w języku polskim, g/ Możliwość tworzenia i zapisywania własnych programów terapeutycznych (minimum 50), h/ 2 dodatkowe ekrany terapii typu LED odmierzające czas i podające wykorzystywaną moc sondy (widoczne z dalszej odległości), i/ menu w języku polskim, j/ 2 pary uniwersalnych okularów ochronnych chroniących przed falami o długości 632-1400nm

2.Lampa do terapii światłem spolaryzowanym a/ długość fali 480 -3400nm b/ stopień polaryzacji >95% (590-1550nm) c/ jednostka gęstości mocy średnio 40mW/cm<sup>2</sup> d/ energia światła na minutę średnio 2,4J/cm<sup>2</sup> e/ statyw

3.Lampa solux a/ moc 375W b/ min. 10 programów, c/ 4 sekwencje zabiegowe, d/ wbudowany zegar zabiegowy.

4.Diatermia krótkofalowa a/ tryb pracy ciągły i impulsowy (efekt termiczny i atermiczny) b/ prowadzenie terapii metodą kondensatorową, c/ bank gotowych programów terapeutycznych, d/ 2 ramiona krótkofalowe, e/ 2 kable krótkofalowe, f/ 2 elektrody dyskowe 150mm g/ instrukcja obsługi w języku polskim

5.Aparat do elektroterapii a/ dostępne prądy: galwaniczny, diadynamiczne, Traberta, Faradaya, neofaradyczny, Kotza, Tens, impulsy stymulacyjne, impulsy prostokątne, 2-polowa i 4-polowa interferencja, impulsy trójkątne. b/ 2 kanały elektroterapii do niezależnej terapii 2 pacjentów różnymi rodzajami prądów, c/ zasilanie sieciowe i akumulatorowe, wbudowany akumulator. d/ płynna modyfikacja parametrów prądów, e/ możliwość programowania sekwencji (zestawów prądów) i zapisywania w pamięci aparatu, f/ bank programów terapeutycznych zapisanych w pamięci aparatu (gotowe diagnozy), g/ wbudowane gotowe programy numeryczne, h/ wbudowana encyklopedia terapii w języku polskim, i/ możliwość tworzenia i zapisywania własnych programów terapeutycznych, j/ kontrola jakości elektrod, k/ kontrola kontaktu elektrod ze skórą, l/ instrukcja obsługi w języku polskim.

6.Osprzęt do UGUL-a Oferent winien wymienić w ofercie osprzęt..

**II.1.4) Wspólny Słownik Zamówień (CPV):** 33.15.50.00-1.

**II.1.5) Czy dopuszcza się złożenie oferty częściowej:** Tak, liczba części: 6.

**II.1.6) Czy dopuszcza się złożenie oferty wariantowej:** Nie.

**II.2) CZAS TRWANIA ZAMÓWIENIA LUB TERMIN WYKONANIA:** Okres w dniach: 30.

### **SEKCJA III: INFORMACJE O CHARAKTERZE PRAWNYM, EKONOMICZNYM, FINANSOWYM I TECHNICZNYM**

#### **III.1) WARUNKI DOTYCZĄCE ZAMÓWIENIA**

#### **III.2) WARUNKI UDZIAŁU**

**Opis warunków udziału w postępowaniu oraz opis sposobu dokonywania oceny spełniania tych warunków:** Oudzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy spełniają następujące warunki: 1. spełniają warunki udziału w postępowaniu o których mowa w art. 22 ust.1 pkt. 1-4 prawa zamówień publicznych, 2. nie podlegają wykluczeniu z ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego na podstawie art. 24 prawa zamówień publicznych; 3. posiadają wymagane uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień; 4. wykonali w okresie ostatnich 3 lat przed dniem wszczęcia postępowania o udzielenie zamówienia co najmniej 1 dostawę

odpowiadającą swoim rodzajem i wartością dostawom stanowiącym przedmiot zamówienia; 5. zobowiązali się do wykonania zamówienia w wymaganym terminie; 6. zaakceptowali bez zastrzeżeń wszystkie postanowienia wzoru umowy; 7. udzielili gwarancji na okres 2 lat licząc od daty odbioru końcowego.

**Informacja o oświadczeniach i dokumentach, jakie mają dostarczyć wykonawcy w celu**

**potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu:** Wykonawcy winni złożyć następujące oświadczenia i dokumenty: 1. Ofertę wg załączonego do siwz druku WZP-2; 2. Oświadczenie Wykonawcy o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu wg załączonego do siwz druku WZP-3; 3. Oświadczenie Podmiotu Składowego o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu, wg załączonego druku WZP-3w, podpisane odrębnie przez każdy podmiot składowy; 4. Aktualny odpis z właściwego rejestru albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej, wystawione nie wcześniej, niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo składania ofert; 5. Wykaz dostaw, wykonanych, a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych w okresie ostatnich 3 lat przed dniem wszczęcia postępowania o udzielenie zamówienia, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, odpowiadających swoim rodzajem i wartością dostawom stanowiącym przedmiot zamówienia z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i odbiorców oraz załączeniem dokumentów potwierdzających, że te dostawy zostały wykonane należycie - - Doświadczenie zawodowe - wg załączonego do siwz druku WZP-11b; 6. wzór umowy; 7. Pełnomocnictwo do reprezentowania w postępowaniu o udzielenie zamówienia - w szczególności - do podpisania oferty wraz z załącznikami - o ile nie wynika ono z innych dokumentów załączonych przez Wykonawcę; 8. szczegółowe parametry techniczne aparatów; 9. certyfikat CE lub deklaracja zgodności na aparaty.

## **SEKCJA IV: PROCEDURA**

### **IV.1) TRYB UDZIELENIA ZAMÓWIENIA**

**IV.1.1) Tryb udzielenia zamówienia:** przetarg nieograniczony.

### **IV.2) KRYTERIA OCENY OFERT**

**IV.2.1) Kryteria oceny ofert:** najniższa cena.

**IV.2.2) Wykorzystana będzie aukcja elektroniczna:** Nie.

### **IV.3) INFORMACJE ADMINISTRACYJNE**

**IV.3.1) Adres strony internetowej, na której dostępna jest specyfikacja istotnych warunków zamówienia:** [www.umz.zgierz.pl/przetargi..](http://www.umz.zgierz.pl/przetargi..)

**Specyfikację istotnych warunków zamówienia można uzyskać pod adresem:** Miejski Zespół Przychodni Rejonowych w Zgierzu ; 95-100 Zgierz ul. Łęczycka 24a pok. nr 33.

**IV.3.4) Termin składania wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu lub ofert:** 26.09.2008

godzina 12:00, miejsce: Miejski Zespół Przychodni Rejonowych w Zgierzu ; 95-100 Zgierz ul. Łęczycka 24a pok. nr 34.

**IV.3.5) Termin związania ofertą:** do 25.10.2008.