

Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II  
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego  
w Katowicach  
40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 32 207 18 00, fax. 32 207 15 46  
[www.gczd.katowice.pl](http://www.gczd.katowice.pl) adres e-mail: [sekretariat@gczd.katowice.pl](mailto:sekretariat@gczd.katowice.pl)  
Księga rejestrowa: 000000018596-W-24, KRS: 0000061833  
REGON 001415000, NIP 634-23-46-590

Załącznik nr 1  
Do Protokołu z posiedzenia Komisji / do Umowy

## SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

dotyczące realizacji zamówienia publicznego poniżej 130 000 zł netto  
na usługę  
„TESTY SPECJALISTYCZNE URZĄDZEŃ RADIOLOGICZNYCH I URZĄDZEŃ POMOCNICZYCH -  
MONITORY”

**Zamawiający zastrzega sobie prawo do: zmiany terminów, odwołania konkursu,  
pozostawienia ofert bez rozstrzygnięcia oraz unieważnienia konkursu bez podania  
przyczyny i uzasadnienia.**

### I. Nazwa i adres Zamawiającego

Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny  
Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach  
40-752 Katowice ul. Medyków 16  
Regon 001415000; NIP 634-23-46-590  
email do kontaktu: [tkir@gczd.katowice.pl](mailto:tkir@gczd.katowice.pl)

Ogłoszenie o Konkursie Ofert zostało zamieszczone na stronie internetowej Zamawiającego:  
[www.gczd.katowice.pl](http://www.gczd.katowice.pl)

### II. Określenie przedmiotu i zakresu zamówienia.

#### a. Wykonanie testów specjalistycznych urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych – MONITORY

Nazwa urządzenia	Nazwa dod.	Typ	Nr Seryjny
APARAT RENTGENOWSKI	RTG(stół/statyw)	YSIO Max	27151
Monitor DSHC 1915	---	konsola techników	10000002940

APARAT RENTGENOWSKI grafia/skopia	RTG(stół/statyw)	LUMINOS dRF Max	7165
Monitor DSHC 1915- konsola tech.	---	konsola techników	10000002892



**Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II**  
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego  
w Katowicach

40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 32 207 18 00, fax. 32 207 15 46

[www.gczd.katowice.pl](http://www.gczd.katowice.pl) adres e-mail: [sekretariat@gczd.katowice.pl](mailto:sekretariat@gczd.katowice.pl)

Księga rejestrowa: 000000018596-W-24, KRS: 0000061833

REGON 001415000, NIP 634-23-46-590

MONITOR	---	EIZO RADIFORCE RX 660	21587028
MONITOR	---	EIZO RADIFORCE RX 661	21612028
MONITOR	---	EIZO RADIFORCE RX 662	21369018
MONITOR	---	EIZO RADIFORCE RX 663	21423018

TOMOGRAF KOMPUTEROWY	---	Somatom Definition AS	92137
MONITOR/KONSOLA TECH.	Monitor przeglądowy	DSC1913-D	L-185757, P185753

ANGIOGRAF	---	Artis Q Biplane	121496, LAMPA RTG A-643131876, LAMPA RTG B-623301873
MONITOR stacji akwizycyjnej aparatu RTG	---	EIZO RADIFORCE MX242W	56475068 L, 56315068 P
MONITOR przeglądowy aparatu	---	EIZO DSc 6012-DC	HXDD010094
MONITOR-dodatkowy monitor przeglądowy	---	EIZO CuratOR EX4942	10001004

APARAT RENTGENOWSKI	JEZDNY/RAMIE C	BV Pulsera	13409
APARAT RENTGENOWSKI	JEZDNY RAMIE C	ZIEHM8000	4172
APARAT RENTGENOWSKI	JEZDNY/RAMIE C	OEC Brivo 865	B4SS1700049

APARAT RENTGENOWSKI	JEZDNY/przyłóżkowy	MAC	34209
APARAT RENTGENOWSKI	JEZDNY/przyłóżkowy	DRX	3232
APARAT RENTGENOWSKI	JEZDNY/przyłóżkowy	DRX	3752

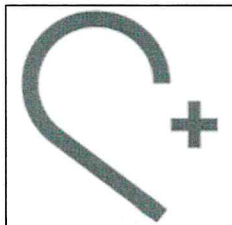
APARAT RENTGENOWSKI	PANARAMA, CEFALOMETRIA, 3D	CS 9300SC Select	GKBL009
MONITOR	---	MDRC-1219	1831152747



Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II  
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego  
w Katowicach  
40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 32 207 18 00, fax. 32 207 15 46  
[www.gczd.katowice.pl](http://www.gczd.katowice.pl) adres e-mail: [sekretariat@gczd.katowice.pl](mailto:sekretariat@gczd.katowice.pl)  
Księga rejestrowa: 000000018596-W-24, KRS: 0000061833  
REGON 001415000, NIP 634-23-46-590

APARAT RENTGENOWSKI	PUNKTOWY	CS2100	GHXQ220
------------------------	----------	--------	---------

Sprzęt	Model	Nr seryjny
1. Monitor- STACJA POGLĄDOWA	EIZO RADIFORCE MX 242W	54599028
2. Monitor- STACJA POGLĄDOWA	EIZO RADIFORCE MX 242W	54685028
3. Monitor- STACJA POGLĄDOWA	EIZO RADIFORCE MX 242W	54597028
4. Monitor- STACJA POGLĄDOWA	EIZO RADIFORCE MX 242W	54631028
5. Monitor- STACJA POGLĄDOWA	EIZO RADIFORCE MX 242W	54679028
6. Monitor- STACJA POGLĄDOWA	EIZO RADIFORCE MX 242W	54673028
7. Monitor- STACJA POGLĄDOWA	EIZO RADIFORCE MX 242W	54663028
8. Monitor- STACJA POGLĄDOWA	EIZO RADIFORCE MX 242W	54601028
9. Monitor- STACJA POGLĄDOWA	EIZO RADIFORCE MX 242W	54684028
10. Monitor- STACJA POGLĄDOWA	EIZO RADIFORCE MX 242W	54756028
11. Monitor- STACJA POGLĄDOWA	EIZO RADIFORCE MX 242W	54708028
12. Monitor- STACJA POGLĄDOWA	EIZO RADIFORCE MX 242W	54752028
13. Monitor- STACJA POGLĄDOWA	EIZO RADIFORCE MX 242W	54594028
14. Monitor- STACJA POGLĄDOWA	EIZO RADIFORCE MX 242W	54605028
15. Monitor- STACJA POGLĄDOWA	EIZO RADIFORCE MX 242W	54652028
16. Monitor- STACJA POGLĄDOWA	EIZO RADIFORCE MX 242W	54642028
17. Monitor- STACJA POGLĄDOWA	EIZO RADIFORCE MX 242W	54604028
18. Monitor- STACJA POGLĄDOWA	EIZO RADIFORCE MX 242W	54692028
19. Monitor- STACJA POGLĄDOWA	EIZO RADIFORCE MX 242W	54603028
20. Monitor- STACJA POGLĄDOWA	EIZO RADIFORCE MX 242W	54697028
21. Monitor- STACJA POGLĄDOWA	EIZO RADIFORCE MX 242W	83228041



**Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II**  
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego  
w Katowicach  
40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 32 207 18 00, fax. 32 207 15 46  
[www.gczd.katowice.pl](http://www.gczd.katowice.pl) adres e-mail: [sekretariat@gczd.katowice.pl](mailto:sekretariat@gczd.katowice.pl)  
Księga rejestrowa: 000000018596-W-24, KRS: 0000061833  
REGON 001415000, NIP 634-23-46-590

Zakres testów dla danego urządzenia zgodny z załącznikiem nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022r. w sprawie testów eksploatacyjnych urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych (Dz. U. 2022 poz. 2759)

### III. Termin wykonania zamówienia.

Zgodny z dołączonym harmonogramem (zał. 3.1, 3.2)

### IV. Opis warunków udziału Wykonawców w postępowaniu oraz opis sposobu dokonywania oceny spełnienia tych warunków.

1. Dostarczenie dokumentów zawartych w pkt. V.
2. Ocena spełnienia warunków udziału w postępowaniu, nastąpi na podstawie złożonych przez Wykonawców dokumentów metodą warunku granicznego – spełnia lub nie spełnia.

### V. Informacje o oświadczeniach lub dokumentach, jakie mają dostarczyć Wykonawcy w celu potwierdzenia spełnienia warunków udziału w postępowaniu.

1. Wypełniony formularz Oferty- załącznik 1.
2. Zaakceptowany wzór umowy- załącznik 2.  
(akceptacja wzoru oznacza jego zaparafowanie przez Wykonawcę).
3. Dokumenty potwierdzające uprawnienie osób podpisujących ofertę, o ile nie wynikają z przepisów prawa lub innych dokumentów rejestrowych (oryginał pełnomocnictwa).
4. Aktualny odpis właściwego rejestru lub zaświadczenie o prowadzeniu działalności gospodarczej **wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy od terminu składania ofert.**
5. Min. 3 referencje lub 1x referencje + 2x obustronnie podpisany protokół zdawczo-odbiorczy. Referencje oraz protokoły muszą być z ostatnich 2-óch lat z wykonania usługi o n/w zakresie :

- Wykonywanie testów specjalistycznych urządzeń do radiografii ogólnej analogowej,
- Wykonywanie testów specjalistycznych urządzeń do stomatologii (wewnątrzustnej, pantomografii, cefalometrii),
- Wykonywanie testów specjalistycznych urządzeń do tomografii komputerowej,
- Wykonywanie testów specjalistycznych urządzeń do radiografii ogólnej cyfrowej,
- Wykonywanie testów specjalistycznych urządzeń do fluoroskopii i angiografii,
- Monitory stosowane do prezentacji obrazów medycznych,
- Wykonywanie testów specjalistycznych urządzeń do stomatologicznej tomografii komputerowej wiązki stożkowej,



**Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II**  
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego  
w Katowicach  
40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 32 207 18 00, fax. 32 207 15 46  
[www.gczd.katowice.pl](http://www.gczd.katowice.pl) adres e-mail: [sekretariat@gczd.katowice.pl](mailto:sekretariat@gczd.katowice.pl)  
Księga rejestrowa: 000000018596-W-24, KRS: 0000061833  
REGON 001415000, NIP 634-23-46-590

## VI. Informacja o sposobie porozumiewania się Zamawiającego z Wykonawcami.

1. Oświadczenia, zawiadomienia, wnioski i inne informacje oraz pytania kierowane do Zamawiającego przekazywane **z zachowaniem formy pisemnej i elektronicznej** należy kierować **na adres Zamawiającego** podany w pkt. I Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert, **( za wyjątkiem oferty)**.
2. Zamawiający wyznacza do bezpośredniego kontaktowania się z oferentami następującą osobę:  
Tomasz Kir – [tkir@gczd.katowice.pl](mailto:tkir@gczd.katowice.pl)

## VII. Opis przygotowania oferty.

1. Oferta i wszystkie wymagane dokumenty, winny być sporządzone w języku polskim oraz podpisane i opieczątowane (**pieczętką firmową i imienną**) przez osobę uprawnioną/osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy na zewnątrz – w sposób zapewniający ich czytelność.
2. Oferta winna być przygotowana na Formularzu Oferty stanowiącym załącznik nr 1 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.
3. Wszystkie dokumenty Wykonawcy składają w formie oryginału lub kopii poświadczonej **za zgodność z oryginałem** przez Wykonawcę.
4. Poprawki w ofercie muszą być naniesione czytelnie i opatrzone podpisem osoby podpisującej ofertę.
5. Zamawiający nie dopuszcza składania elektronicznych kopii dokumentów.
6. **Wszystkie strony oferty powinny być opieczątowane, podpisane, ponumerowane i zszyte.**
7. Ofertę w formie oryginału należy złożyć w nieprzezroczystej kopercie, zamkniętej w sposób gwarantujący zachowanie poufności jej treści oraz zabezpieczającej jej nienaruszalność do terminu otwarcia ofert.

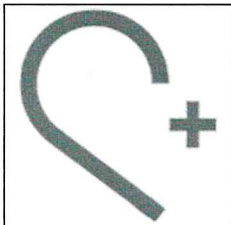
Koperta winna być opisana następująco:

**Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach ul. Medyków 16, 40-752 Katowice**

Oferta na

**„Wykonanie testów specjalistycznych urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych - MONITORY”**

nie otwierać przed ~~16.08~~ 2023 godz. 10<sup>00</sup>



**Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II**  
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego  
w Katowicach  
40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 32 207 18 00, fax. 32 207 15 46  
[www.gczd.katowice.pl](http://www.gczd.katowice.pl) adres e-mail: [sekretariat@gczd.katowice.pl](mailto:sekretariat@gczd.katowice.pl)  
Księga rejestrowa: 000000018596-W-24, KRS: 0000061833  
REGON 001415000, NIP 634-23-46-590

8. Wykonawca ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i dostarczeniem oferty.
9. Wykonawców obowiązuje wykorzystanie załączonych wzorów dokumentów – załączników. Wszystkie pola i pozycje tych wzorów winny być wypełnione, a w szczególności muszą zawierać wszystkie wymagane informacje i dane oraz odpowiedzi na wszystkie pytania. Nie dopuszcza się składania alternatywnych, co do treści i formy dokumentów.
10. Cenę ofertową na realizację przedmiotu zamówienia należy przedstawić w Formularzu oferty stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszych Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.
11. Cena oferty winna uwzględniać wszystkie zobowiązania Wykonawcy, musi być podana w złotych polskich cyfrowo i słownie, z wyodrębnieniem podatku VAT, do dwóch miejsc po przecinku.
12. Cena podana w ofercie powinna obejmować wszystkie koszty związane z wykonaniem przedmiotu zamówienia oraz warunkami i wytycznymi stawianymi przez Zamawiającego.

#### **VIII. Kryteria oceny ofert.**

Przy wyborze oferty Zamawiający będzie się kierował kryterium:

- 100% cena

#### **IX. Miejsce i termin składania ofert.**

Oferty należy składać do dnia: 16.08 2023 do godz. 9<sup>30</sup> osobiście w siedzibie Zamawiającego w pokoju nr 2 – Kancelaria, lub za pośrednictwem poczty/kuriera z zastrzeżeniem, że rozpatrywane będą wyłącznie oferty, które wpłyną do dnia: 16.08 2023 do godz. 9<sup>30</sup> do Kancelarii Szpitala.

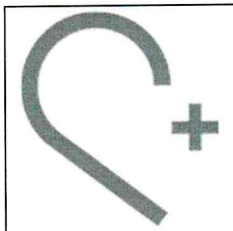
#### **X. Miejsce i termin otwarcia ofert: siedziba Zamawiającego**

Oferty zostaną otwarte dnia: 16.08 2023 o godz. 10<sup>00</sup>  
**W Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach ul. Medyków 16, 40-752 Katowice, Dział Infrastruktury poziom 0, pokój 24**

#### **XI. Zasady i tryb wyboru najkorzystniejszej oferty.**

Zamawiający uzna oferty za spełniające wymagania i przyjmie do szczegółowego rozpatrywania, jeżeli:

1. oferta odpowiada wszystkim wymaganiom określonym w niniejszych Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert,



**Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II**  
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego  
w Katowicach  
40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 32 207 18 00, fax. 32 207 15 46  
[www.gczd.katowice.pl](http://www.gczd.katowice.pl) adres e-mail: [sekretariat@gczd.katowice.pl](mailto:sekretariat@gczd.katowice.pl)  
Księga rejestrowa: 000000018596-W-24, KRS: 0000061833  
REGON 001415000, NIP 634-23-46-590

- z liczby i treści złożonych dokumentów wynika, że Wykonawca spełnia warunki formalne,
  - złożone oświadczenia są aktualne i podpisane przez osoby uprawnione,
  - oferta została złożona w określonym przez Zamawiającego terminie.
- Wybór oferty zostanie dokonany w oparciu o przyjęte w niniejszym postępowaniu kryteria.

## **XII. Zawiadomienie o wyborze oferty.**

Niezwłocznie po wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający jednocześnie zawiadamia wszystkich Wykonawców, którzy złożyli oferty o wynikach postępowania. Informacja ta zostanie również umieszczona na stronie internetowej Zamawiającego: [www.gczd.katowice.pl](http://www.gczd.katowice.pl)

## **XIII. Postanowienia końcowe.**

- Jeżeli Zamawiający dokona wyboru oferty, umowa w sprawie realizacji zamówienia zostanie zawarta z Wykonawcą, który spełnia wszystkie postanowienia i wymagania zawarte w warunkach konkursu ofert.
- Umowa w sprawie realizacji zamówienia zawarta zostanie z uwzględnieniem postanowień wynikających z treści niniejszego konkursu ofert oraz danych zawartych w ofercie.
- Podpisanie umowy nastąpi w terminie do 7 dni od dnia otrzymania przez Oferenta zawiadomienia o wyborze najkorzystniejszej oferty, wysłanego drogą elektroniczną.
- Rozliczenia między Zamawiającym i Wykonawcą będą prowadzone w polskich złotych.
- Zamawiający nie zwraca Oferentom dokumentów przedłożonych w ramach niniejszego Konkursu.
- Oferta niespełniająca warunków wymaganych w SWKO zostanie odrzucona.
- Oferentowi z tytułu odrzucenia oferty nie przysługują żadne roszczenia ani środki odwoławcze.
- Zamawiający zastrzega sobie, że nie będzie udzielał Oferentom szczegółowych, innych niż ogólnie dostępne, informacji związanych z funkcjonowaniem i działalnością Zamawiającego.
- Ogłoszenie o wyniku Konkursu zostanie zamieszczone na stronie internetowej Zamawiającego: <http://gczd.katowice.pl>.

## **XIV. Załączniki do zapytania ofertowego**

- Formularz oferty – załącznik nr 1
- Wzór umowy - załącznik nr 2
- Harmonogram wykonania testów specjalistycznych – załącznik nr 3.1, 3.2

KIEROWNIK  
Działu Infrastruktury

inż. Robert Szega

RADCA PRAWNY

Wojciech...

Z-ca DYREKTORA  
ds. Inwestycyjno-Eksploatacyjnych

Bartosz Grzybowski MBA

KOORDYNATOR  
Aleksandra Brodowska

Dział Infrastruktury

DYREKTOR

Marian Kreis

27.07.2023

