

**Dostawa aparatury podtrzymującej funkcje życiowe na potrzeby Centrum Urazowego Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im.J.Strusia w Poznaniu, zadanie realizowane w ramach projektu na Centrum Urazowe przy ul Szwajcarskiej 3 w**



UNIA EUROPEJSKA

Publikacja Suplementu do Dziennika Urzędowego Unii Europejskiej

2, rue Mercier, L-2985 Luksemburg Faks (352) 29 29-42670

E-mail: ojs@publications.europa.eu Informacje i formularze on-line: <http://simap.europa.eu>

## OGŁOSZENIE O ZAMÓWIENIU

### SEKCJA I: INSTYTUCJA ZAMAWIAJĄCA

#### I.1) NAZWA, ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE

**Oficjalna nazwa:** [Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo Leczniczym SP ZOZ](#)

**Adres pocztowy:** [ul.Szwajcarska 3](#)

**Miejscowość:** [Poznań](#)

**Kod pocztowy:** [61-285](#)

**Kraj:** [Polska](#)

**Punkt kontaktowy:** [Dział Zamówień Publicznych](#)

**Tel.:** [+48 618739033](#)

**Osoba do kontaktów:** [Magdalena Głuchowska](#)

**E-mail:** [zamowienia@szpital-strusia.poznan.pl](mailto:zamowienia@szpital-strusia.poznan.pl)

**Faks:** [+48 618739305](#)

**Adres(y) internetowy(e) (jeżeli dotyczy)**

Główny adres instytucji zamawiającej (URL): [www.szpital-strusia.poznan.pl](http://www.szpital-strusia.poznan.pl)

Adres profilu nabywcy (URL):

**Więcej informacji można uzyskać pod adresem:**

- jak podano wyżej dla punktu kontaktowego
- inny: proszę wypełnić załącznik A.I

**Specyfikacje i dokumenty dodatkowe (w tym dokumenty dotyczące dialogu konkurencyjnego oraz Dynamicznego Systemu Zakupów) można uzyskać pod adresem:**

- jak podano wyżej dla punktu kontaktowego
- inny: proszę wypełnić załącznik A.II

**Oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu należy przesyłać na adres:**

- jak podano wyżej dla punktu kontaktowego
- inny: proszę wypełnić załącznik A.III

**Dostawa aparatury podtrzymującej funkcje życiowe na potrzeby Centrum Urazowego Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im.J.Strusia w Poznaniu, zadanie realizowane w ramach projektu na Centrum Urazowo przy ul. Szwaibarskiej 2 w**  
**I.2) RODZAJ INSTYTUCJI ZAMAWIAJĄCEJ I GŁÓWNY PRZEDMIOT LUB PRZEDMIOTY DZIAŁALNOŚCI**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Ministerstwo lub inny organ krajowy lub federalny, w tym jednostki regionalne i lokalne | <input type="radio"/> Ogólne usługi publiczne             |
| <input type="radio"/> Agencja/Urząd krajowy lub federalny   | <input type="radio"/> Obrona                              |
| <input type="radio"/> Organ władzy regionalnej lub lokalnej   | <input type="radio"/> Porządek i bezpieczeństwo publiczne |
| <input type="radio"/> Agencja/Urząd regionalny lub lokalny  | <input type="radio"/> Środowisko                          |
| <input checked="" type="radio"/> Podmiot prawa publicznego  | <input type="radio"/> Sprawy gospodarcze i finansowe      |
| <input type="radio"/> Instytucja/agencja europejska lub organizacja międzynarodowa                            | <input checked="" type="radio"/> Zdrowie                  |
| <input type="radio"/> Inne (proszę określić):   | <input type="radio"/> Budownictwo i obiekty komunalne     |
|   | <input type="radio"/> Ochrona socjalna                    |
|   | <input type="radio"/> Rekreacja, kultura i religia        |
|   | <input type="radio"/> Edukacja                            |
|   | <input type="radio"/> Inne (proszę określić):             |

Instytucja zamawiająca dokonuje zakupu w imieniu innych instytucji zamawiających:

- tak  nie



**Dostawa aparatury podtrzymującej funkcje życiowe na potrzeby Centrum Urazowego Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im.J.Strusia w Poznaniu, zadanie realizowane w ramach projektu na Centrum Urazowe przy ul Szwajcarskiej 3 w II.1.5) Krótki opis zamówienia lub zakupu(ów)**

Przedmiotem zamówienia jest dostawa aparatury medycznej, wspomagającej podtrzymywanie funkcji życiowych, która stanowić będzie wyposażenie Centrum Urazowego Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. J. Strusia w Poznaniu.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia znajduje się w formularzu ofertowym , który jest załącznikiem do specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

Pakiet 1 – Defibrylator – 1 szt

Pakiet 2 – RESPIRATOR TRANSPORTOWY – 2 szt

Pakiet 3 –RESPIRATOR WYSOKIEJ KLASY– 10 szt

Pakiet 4 – WÓZEK REANIMACYJNY – 1 szt

Pakiet 5 – WÓZEK REANIMACYJNY z DEFIBRYLATOREM – 1 szt

**Dostawa aparatury podtrzymującej funkcje życiowe na potrzeby Centrum Urazowego Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im.J.Strusia w Poznaniu, zadanie realizowane w ramach projektu na Centrum Urazowe przy ul Szwajcarskiej 2 w II.1.6) Wspólny Słownik Zamówień (CPV)**

Główny przedmiot	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
		33100000

**II.1.7) Zamówienie jest objęte Porozumieniem w sprawie zamówień rządowych (GPA)**

tak  nie

**II.1.8) Podział na części (w celu podania informacji o częściach zamówienia należy wykorzystać załącznik B w liczbie odpowiadającej liczbie części)**

tak  nie

**Jeżeli tak**, oferty należy składać w odniesieniu do (zaznaczyć tylko jedno pole):

tylko jednej części

jednej lub więcej części

wszystkich części

**II.1.9) Dopuszcza się składanie ofert wariantowych**

tak  nie

**II.2) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES ZAMÓWIENIA**

**II.2.1) Całkowita wielkość lub zakres (w tym wszystkie części i opcje, jeżeli dotyczy)**

Pakiet 1 – Defibrylator – 1 szt

Pakiet 2 – RESPIRATOR TRANSPORTOWY – 2 szt

Pakiet 3 –RESPIRATOR WYSOKIEJ KLASY– 10 szt

Pakiet 4 – WÓZEK REANIMACYJNY – 1 szt

Pakiet 5 – WÓZEK REANIMACYJNY z DEFIBRYLATOREM – 1 szt

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN		
1 200 000,00		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**II.2.2) Opcje (jeżeli dotyczy)**

tak  nie

**Jeżeli tak**, proszę podać opis takich opcji:

Jeżeli jest znany, wstępny harmonogram odwołania się do tych opcji:		
w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)
Liczba możliwych wznowień zamówienia (jeżeli dotyczy):		
lub Zakres: między a		
Jeżeli jest znany, w przypadku odnawialnych zamówień na dostawy lub usługi, szacunkowe ramy czasowe kolejnych zamówień:		
w miesiącach:	lub dniach:	(od udzielenia zamówienia)

**II.3) CZAS TRWANIA ZAMÓWIENIA LUB TERMIN REALIZACJI**

Okres w miesiącach:	lub dniach: 21	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**Dostawa aparatury podtrzymującej funkcje życiowe na potrzeby Centrum Urazowego Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im.J.Strusia w Poznaniu, zadanie realizowane w ramach projektu na Centrum Urazowe przy ul. Szwaibarskiej 2 w SEKCJA III: INFORMACJE O CHARAKTERZE PRAWNYM, EKONOMICZNYM, FINANSOWYM I TECHNICZNYM**

**III.1) WARUNKI DOTYCZĄCE ZAMÓWIENIA**

**III.1.1) Wymagane wadia i gwarancje (jeżeli dotyczy)**

Warunkiem udziału w postępowaniu przetargowym jest wniesienie wadium w wysokości 6.000,00,- zł. Wadium wnoszone jest tylko na pakiety, w których wykonawca przystąpi do postępowania. Dla poszczególnych pakietów wadium wynosi:

Pakiet Wadium

- 1 . 200,00,-PLN
2. 400,- PLN
- 3 . 4.590,00,-PLN
4. 405,00,- PLN
5. 405,00,0 PLN

**III.1.2) Główne warunki finansowania i uzgodnienia płatnicze oraz/lub odniesienie do odpowiednich przepisów je regulujących**

**III.1.3) Forma prawna, jaką musi przyjąć grupa wykonawców, której zostanie udzielone zamówienie (jeżeli dotyczy)**

**III.1.4) Inne szczególne warunki, którym podlega realizacja zamówienia (jeżeli dotyczy)**

tak  nie

**Jeżeli tak,** opis szczególnych warunków

W celu potwierdzenia, że oferowane dostawy odpowiadają wymaganiom określonym przez Zamawiającego Wykonawca składa:

- 1)Certyfikaty dopuszczające wprowadzenie do obrotu i stosowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oferowanego przedmiotu zamówienia, wydane zgodnie z obowiązującymi przepisami (ustawa z dnia 20.04.2004r. o wyrobach medycznych) tj; certyfikaty zgodności z odpowiednimi dyrektywami Unii Europejskiej lub dokumenty równorzędne zgłoszenie lub wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych.
- 2)Certyfikat ISO dla Wytwórcy (producenta) oferowanej aparatury.
- 3)Próbki, opisy lub fotografie - odpowiednie karty katalogowe producenta lub wydruki parametrów technicznych ze strony internetowej producenta zawierających w pełnym zakresie potwierdzenie wymaganych parametrów technicznych oferowanej aparatury.

**III.2) WARUNKI UDZIAŁU**

**III.2.1) Sytuacja podmiotowa wykonawców, w tym wymogi dotyczące wpisu do rejestru zawodowego lub handlowego**

Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów:

Wykonawcy winni posiadać uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności jeżeli ustawynakładają obowiązek posiadania takich uprawnień

**III.2.2) Zdolność ekonomiczna i finansowa**

Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów:

Posiadają wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonania zamówienia; dysponują odpowiednim potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia; znajdują się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia, na potwierdzenie czego przedłożą oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu, o których mowa w SIWZ, zgodnie z art. 22 ust. 1 ustawy Pzp oraz oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy Pzp.

Minimalny poziom ewentualnie wymaganych standardów

(jeżeli dotyczy):

## Dostawa aparatury podtrzymującej funkcje życiowe na potrzeby Centrum Urazowego Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im.J.Strusia w Poznaniu, zadanie

realizowane w ramach projektu na Centrum Urazowe przy ul. Szwajcarskiej 3 w

— aktualny odpis z właściwego rejestru, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru, w celu wykazania braku podstaw do wykluczenia w oparciu o art. 24 ust. 1 pkt 2 ustawy, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert (UWAGA: Wykonawcy będący osobami fizycznymi są zobowiązani złożyć zamiast tego dokumentu oświadczenie w zakresie art. 24 ust. 1 pkt 2 ustawy), Państwowe zaświadczenie właściwego naczelnika urzędu skarbowego potwierdzające, że wykonawca nie zalega z opłacaniem podatków lub Zaświadczenie, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu -wystawione nie 3 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,

— aktualne zaświadczenie właściwego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego potwierdzające, że wykonawca nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne, lub potwierdzenie, że uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu -wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert,

— aktualna informacja Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 4-8 ustawy, wystawiona nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo składania ofert,

— aktualna informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy, wystawiona nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo składania ofert.

-Jeżeli Wykonawca, wykazując spełnianie warunku, o którym mowa w punkcie X.1.3) SIWZ, polega na zasobach innych podmiotów na zasadach określonych w art. 26 ust. 2b ustawy, a podmioty te będą brały udział w realizacji części zamówienia, w odniesieniu do tych podmiotów do oferty należy załączyć dokumenty wymienione powyżej w punktach XI.2.2), XI.2.3), XI.2.4), XI.2.5) i XI.2.6) SIWZ i powyżej oraz oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia.

-Do postępowania mogą przystąpić podmioty występujące wspólnie. W takim przypadku Wykonawcy występujący wspólnie ustanawiają pełnomocnika do reprezentowania ich w tym postępowaniu albo do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy. Jeśli oferta wykonawców występujących wspólnie zostanie wybrana, przed zawarciem umowy Wykonawcy ci przedłożą zamawiającemu umowę regulującą ich współpracę w zakresie realizacji niniejszego zamówienia.

**Dostawa aparatury podtrzymującej funkcje życiowe na potrzeby Centrum Urazowego Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im.J.Strusia w Poznaniu, zadanie****realizowane w ramach projektu na Centrum Urazowe przy ul. Szwajcarskiej 3 w**

Wykaz podmiotów występujących wspólnie w niniejszym postępowaniu należy załączyć do oferty. Każdy z podmiotów występujących wspólnie zobowiązany jest spełnić warunki, o których mowa w pkt. X.1 SIWZ oraz przedłożyć dokumenty na potwierdzenie spełniania tych warunków, z zastrzeżeniem pkt. XI.1.2) SIWZ (wykonawcy składający ofertę wspólną mogą łącznie spełnić warunek posiadania odpowiedniego doświadczenia).

**III.2.3) Zdolność techniczna**

Informacje i formalności konieczne do dokonania oceny spełniania wymogów:

[Oświadczenia jak w pkt 2.2.](#)

Minimalny poziom ewentualnie wymaganych standardów

*(jeżeli dotyczy):*

**III.2.4) Zamówienia zastrzeżone (jeżeli dotyczy)**

tak  nie

Zamówienie jest zastrzeżone dla zakładów pracy chronionej

Realizacja zamówienia jest zastrzeżona w ramach programów pracy chronionej



**Dostawa aparatury podtrzymującej funkcje życiowe na potrzeby Centrum Urazowego Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im.J.Strusia w Poznaniu, zadanie realizowane w ramach projektu na Centrum Urazowe przy ul. Szwajcarskiej 2 w**  
**III.3) SPECYFICZNE WARUNKI DOTYCZĄCE ZAMOWIEN NA USŁUGI**

**III.3.1) Świadczenie usługi zastrzeżone jest dla określonego zawodu**

tak  nie

**Jeżeli tak,**odniesienie do odpowiednich przepisów ustawowych, wykonawczych lub administracyjnych:

**III.3.2) Osoby prawne powinny wskazać nazwiska oraz kwalifikacje zawodowe pracowników odpowiedzialnych za wykonanie usługi**

tak  nie

**Dostawa aparatury podtrzymującej funkcje życiowe na potrzeby Centrum Urazowego Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im.J.Strusia w Poznaniu, zadanie realizowane w ramach projektu na Centrum Urazowe przy ul. Szwajcarskiej 2 w SEKCJA IV: PROCEDURA**

**IV.1) RODZAJ PROCEDURY**

**IV.1.1) Rodzaj procedury**

<input checked="" type="radio"/> Otwarta	
<input type="radio"/> Ograniczona	
<input type="radio"/> Ograniczona przyspieszona	Uzasadnienie wyboru procedury przyspieszonej:
<input type="radio"/> Negocjacyjna	Kandydaci zostali już zakwalifikowani <input type="radio"/> tak <input type="radio"/> nie <b>Jeżeli tak, należy podać w pkt VI.3) nazwy i adresy zakwalifikowanych już wykonawców Informacje Dodatkowe</b>
<input type="radio"/> Negocjacyjna przyspieszona	Uzasadnienie wyboru procedury przyspieszonej:
<input type="radio"/> Dialog konkurencyjny	

**IV.1.2) Ograniczenie liczby wykonawców, którzy zostaną zaproszeni do składania ofert lub do udziału (procedura ograniczona i negocjacyjna, dialog konkurencyjny)**

Przewidywana liczba wykonawców
LUB Przewidywana minimalna liczba            a , jeżeli właściwe, maksymalna liczba
Obiektywne kryteria wyboru ograniczonej liczby kandydatów:

**IV.1.3) Zmniejszenie liczby wykonawców podczas negocjacji lub dialogu (procedura negocjacyjna, dialog konkurencyjny)**

Zastosowanie procedury etapowej w celu stopniowego zmniejszania liczby omawianych rozwiązań lub negocjowanych ofert

tak  nie

**Dostawa aparatury podtrzymującej funkcje życiowe na potrzeby Centrum Urazowego Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im.J.Strusia w Poznaniu, zadanie realizowane w ramach projektu na Centrum Urazowe przy ul Szwajcarskiej 2 w IV.2) KRYTERIA UDZIELENIA ZAMÓWIENIA**

**IV.2.1) Kryteria udzielenia zamówienia (proszę zaznaczyć odpowiednie pole(a))**

Najniższa cena

LUB

Oferta najkorzystniejsza ekonomicznie z uwzględnieniem kryteriów

kryteria określone poniżej (kryteria udzielenia zamówienia powinny zostać podane wraz z wagą lub w kolejności od najważniejszego do najmniej ważnego, w przypadku gdy przedstawienie wag nie jest możliwe z oczywistych przyczyn)

kryteria określone w specyfikacji, w zaproszeniu do składania ofert lub negocjacji lub w dokumencie opisowym

Kryteria	Waga	Kryteria	Waga
1.		6.	
2.		7.	
3.		8.	
4.		9.	
5.		10.	

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

tak  nie

**Jeżeli tak,** proszę podać dodatkowe informacje na temat aukcji elektronicznej (jeżeli dotyczy)

**IV.3) INFORMACJE ADMINISTRACYJNE**

**IV.3.1) Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą (jeżeli dotyczy)**  
[WSM/DZP/381-8554/N/2011](#)

**IV.3.2) Poprzednie publikacje dotyczące tego samego zamówienia**

tak  nie

**Jeżeli tak,**

<input type="radio"/> Wstępne ogłoszenie informacyjne	<input type="radio"/> Ogłoszenie o profilu nabywcy
Numer ogłoszenia w Dz.U.:	z dnia (dd/mm/rrrr)
<input type="radio"/> Inne wcześniejsze publikacje (jeżeli dotyczy)	

**IV.3.3) Warunki uzyskania specyfikacji i dokumentów dodatkowych (z wyjątkiem dynamicznego systemu zakupów) lub dokumentu opisowego (w przypadku dialogu konkurencyjnego)**

Termin składania wniosków dotyczących uzyskania dokumentów lub dostępu do dokumentów Data: 11/09/2011 (dd/mm/rrrr) Godzina: 14:30
Dokumenty odpłatne <input type="radio"/> tak <input checked="" type="radio"/> nie <b>Jeżeli tak,</b> Cena (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: Warunki i sposób płatności:

**Dostawa aparatury podtrzymującej funkcje życiowe na potrzeby Centrum Urazowego Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im.J.Strusia w Poznaniu, zadanie realizowane w ramach projektu na Centrum Urazowe przy ul Szwajcarskiej 3 w**  
**IV.3.4) Termin składania ofert lub wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu**

Data: 12/09/2011 (dd/mm/rrrr) Godzina: 09:00

**IV.3.5) Data wysłania zaproszeń do składania ofert lub do udziału zakwalifikowanym kandydatom (jeżeli możliwe do określenia): (w przypadku procedur ograniczonej i negocjacyjnej oraz dialogu konkurencyjnego)**

Data: (dd/mm/rrrr)

**IV.3.6) Język(i), w których można sporządzać oferty lub wnioski o dopuszczenie do udziału w postępowaniu**

ES CS DA DE ET EL EN FR IT LV LT HU MT NL PL PT SK SL FI SV BG GA RO

inny:

**IV.3.7) Minimalny okres, w którym oferent będzie związany ofertą (procedura otwarta)**

Do: (dd/mm/rrrr)

LUB Okres w miesiącach:

LUB dniach: 60 (od ustalonej daty składania ofert)

**IV.3.8) Warunki otwarcia ofert**

Data: 12/09/2011 (dd/mm/rrrr) Godzina: 12:00

Miejsce (jeżeli dotyczy): siedziba Zamawiającego: ul.Szwajcarska 3 Poznań - Dział Zamówień Publicznych, pok. 123, I PTR,Budynek D

Osoby upoważnione do obecności podczas otwarcia ofert (jeżeli dotyczy)

tak  nie

**Dostawa aparatury podtrzymującej funkcje życiowe na potrzeby Centrum Urazowego Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im.J.Strusia w Poznaniu, zadanie realizowane w ramach projektu pn Centrum Urazowe przy ul Szwajcarskiej 3 w SEKCJA VI: INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

**VI.1) JEST TO ZAMÓWIENIE O CHARAKTERZE POWTARZAJĄCYM SIĘ** (jeżeli dotyczy)

tak  nie

Jeżeli tak, przewidywany czas publikacji kolejnych ogłoszeń:

**VI.2) ZAMÓWIENIE DOTYCZY PROJEKTU/PROGRAMU FINANSOWANEGO ZE ŚRODKÓW WSPÓLNOTOWYCH**

tak  nie

Jeżeli tak, odniesienie do projektów i/lub programów: dostawa APARATURY PODTRZYMUJĄCEJ FUNKCJE ŻYCIOWE

na potrzeby Centrum Urazowego Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. J.Strusia w Poznaniu zadanie realizowane w ramach projektu pn. Centrum Urazowe przy ul. Szwajcarskiej 3 w Poznaniu – adaptacja pomieszczeń, zakup wyposażenia, budowa niezbędnej infrastruktury, w tym lądowiska dla śmigłowców współfinansowane ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Infrastruktura i Środowisko POLiŚ 12.1-15

**VI.3) INFORMACJE DODATKOWE** (jeżeli dotyczy)

**VI.4) PROCEDURY ODWOŁAWCZE**

**VI.4.1) Organ odpowiedzialny za procedury odwoławcze**

Oficjalna nazwa: (KIO) Krajowa Izba Odwoławcza

Adres pocztowy: ul.Postępu 17A

Miejscowość: Warszawa

Kod pocztowy: 02-676

Kraj: Polska

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

**Organ odpowiedzialny za procedury mediacyjne** (jeżeli dotyczy)

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod pocztowy:

Kraj:

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

**VI.4.2) Składanie odwołań** (proszę wypełnić pkt VI.4.2 LUB, jeżeli jest to niezbędne, pkt VI.4.3)

Dokładne informacje na temat terminów składania odwołań:

Odwołanie wnosi się do Prezesa Krajowej Izby Odwoławczej w terminie 10 dni od dnia, w który, powzięto lub przy zachowaniu należytej staranności można by powziąć wiadomość o okolicznościach stanowiących podstawę jego wniesienia.

**Dostawa aparatury podtrzymującej funkcje życiowe na potrzeby Centrum Urazowego Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im.J.Strusia w Poznaniu, zadanie realizowane w ramach projektu na Centrum Urazowe przy ul. Szweicarskiej 3 w VI.4.3) Źródło, gdzie można uzyskać informacje na temat składania odwołań**

Oficjalna nazwa: [Urząd Zamówień Publicznych](#)

Adres pocztowy: [ul. Postępu 17 A](#)

Miejscowość: [Warszawa](#)

Kod pocztowy: [02-676](#)

Kraj: [Polska](#)

Tel.:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

**VI.5) DATA WYSŁANIA NINIEJSZEGO OGŁOSZENIA:**

[03/08/2011](#) (dd/mm/rrrr)

**Dostawa aparatury podtrzymującej funkcje życiowe na potrzeby Centrum Urazowego Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im.J.Strusia w Poznaniu, zadanie realizowane w ramach projektu na Centrum Urazowe przy ul Szwajcarskiej 3 w**  
**ZAŁĄCZNIK A**

**DODATKOWE ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE**

**I) ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE, GDZIE MOŻNA UZYSKAĆ DALSZE INFORMACJE**

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod

pocztowy:

Kraj:

**Punkt kontaktowy:**

Tel.:

Osoba do kontaktów:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

**II) ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE, GDZIE MOŻNA UZYSKAĆ SPECYFIKACJE I DOKUMENTY DODATKOWE (W TYM DOKUMENTY DOTYCZĄCE DIALOGU KONKURENCYJNEGO I DYNAMICZNEGO SYSTEMU ZAKUPÓW)**

Oficjalna nazwa:

Adres pocztowy:

Miejscowość:

Kod

pocztowy:

Kraj:

**Punkt kontaktowy:**

Tel.:

Osoba do kontaktów:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

**III) ADRESY I PUNKTY KONTAKTOWE, GDZIE NALEŻY PRZESYŁAĆ OFERTY/WNIOSKI O DOPUSZCZENIE DO UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Oficjalna nazwa:

[KANCELARIA Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo Lecznicznym SP ZOZ](#)

Adres pocztowy:

[ul. Szwajcarska 3](#)

Miejscowość:

[Poznań](#)

Kod

pocztowy:

[61-285](#)

Kraj:

[Polska](#)

**Punkt kontaktowy:**

Tel.:

Osoba do kontaktów:

E-mail:

Faks:

Adres internetowy (URL):

<http://www.szpital-strusia.poznan.pl>

**Dostawa aparatury podtrzymującej funkcje życiowe na potrzeby Centrum Urazowego Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im.J.Strusia w Poznaniu, zadanie ZAŁĄCZNIK B (1)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 1 NAZWA Pakiet 1**

**1) KRÓTKI OPIS**

Pakiet 1 – Defibrylator – 1 szt

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIENI (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33100000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

Defibrylator – 1 szt

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 40 000,00		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach:	lub dniach: 21	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

Wymagany termin wykonania zamówienia: 21 dni od dnia wezwania Wykonawcy do podjęcia czynności związanych z wykonaniem tego zamówienia; wezwanie zostanie przekazane Wykonawcy pisemnie (w sposób określony w pkt. XII SIWZ).

Zamawiający zastrzega sobie realizację zamówienia nie później niż do dnia 15 listopada 2011 r.



**Dostawa aparatury podtrzymującej funkcje życiowe na potrzeby Centrum Urazowego Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im.J.Strusia w Poznaniu, zadanie realizowane w ramach projektu na Centrum Urazowe przy ul. Szwajcarskiej 3 w ZAŁĄCZNIK B (2)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 2 NAZWA Pakiet 2**

**1) KRÓTKI OPIS**

Pakiet 2 – RESPIRATOR TRANSPORTOWY – 2 szt

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33100000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

RESPIRATOR TRANSPORTOWY – 2 szt

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN		
80 000,00		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach:	lub dniach: 21	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

Wymagany termin wykonania zamówienia: 21 dni od dnia wezwania Wykonawcy do podjęcia czynności związanych z wykonaniem tego zamówienia; wezwanie zostanie przekazane Wykonawcy pisemnie (w sposób określony w pkt. XII SIWZ).

Zamawiający zastrzega sobie realizację zamówienia nie później niż do dnia 15 listopada 2011 r.

**Dostawa aparatury podtrzymującej funkcje życiowe na potrzeby Centrum Urazowego Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im.J.Strusia w Poznaniu, zadanie realizowane w ramach projektu na Centrum Urazowe przy ul. Szwajcarskiej 2 w ZAŁĄCZNIK B (3)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 3 NAZWA Pakiet 3**

**1) KRÓTKI OPIS**

Pakiet 3 –RESPIRATOR WYSOKIEJ KLASY– 10 szt

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33100000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

RESPIRATOR WYSOKIEJ KLASY– 10 szt

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN 918 000,00		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach:	lub dniach: 21	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

Wymagany termin wykonania zamówienia: 21 dni od dnia wezwania Wykonawcy do podjęcia czynności związanych z wykonaniem tego zamówienia; wezwanie zostanie przekazane Wykonawcy pisemnie (w sposób określony w pkt. XII SIWZ).

Zamawiający zastrzega sobie realizację zamówienia nie później niż do dnia 15 listopada 2011 r.

**Dostawa aparatury podtrzymującej funkcje życiowe na potrzeby Centrum Urazowego Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im.J.Strusia w Poznaniu, zadanie realizowane w ramach projektu na Centrum Urazowe przy ul. Szwajcarskiej 3 w ZAŁĄCZNIK B (4)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 4 NAZWA Pakiet 4**

**1) KRÓTKI OPIS**

Pakiet 4 – WÓZEK REANIMACYJNY – 1 szt

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33100000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

WÓZEK REANIMACYJNY – 1 szt

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN		
81 000,00		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA I/LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach:	lub dniach: 21	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

Wymagany termin wykonania zamówienia: 21 dni od dnia wezwania Wykonawcy do podjęcia czynności związanych z wykonaniem tego zamówienia; wezwanie zostanie przekazane Wykonawcy pisemnie (w sposób określony w pkt. XII SIWZ).

Zamawiający zastrzega sobie realizację zamówienia nie później niż do dnia 15 listopada 2011 r.

**Dostawa aparatury podtrzymującej funkcje życiowe na potrzeby Centrum Urazowego Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im.J.Strusia w Poznaniu, zadanie realizowane w ramach projektu na Centrum Urazowe przy ul. Szwajcarskiej 3 w ZAŁĄCZNIK B (5)**

INFORMACJE O CZĘŚCIACH ZAMÓWIENIA

**CZĘŚĆ nr 5 NAZWA Pakiet 5**

**1) KRÓTKI OPIS**

Pakiet 5 – WÓZEK REANIMACYJNY z DEFIBRYLATOREM – 1 szt

**2) WSPÓLNY SŁOWNIK ZAMÓWIEŃ (CPV)**

	Słownik główny	Słownik uzupełniający (jeżeli dotyczy)
Główny przedmiot	33100000	

**3) WIELKOŚĆ LUB ZAKRES**

WÓZEK REANIMACYJNY z DEFIBRYLATOREM – 1 szt

Jeżeli jest znana, szacunkowa wartość bez VAT (podać wyłącznie dane liczbowe): Waluta: PLN		
81 000,00		
LUB Zakres: między	a	Waluta:

**4) WSKAZANIE INNEJ DATY ROZPOCZĘCIA PROCEDURY UDZIELANIA ZAMÓWIENIA //LUB CZASU TRWANIA ZAMÓWIENIA (jeżeli dotyczy)**

Okres w miesiącach:	lub dniach: 21	(od udzielenia zamówienia)
LUB	(dd/mm/rrrr)	
Rozpoczęcie		
Zakończenie	(dd/mm/rrrr)	

**5) INFORMACJE DODATKOWE NA TEMAT CZĘŚCI ZAMÓWIENIA**

Wymagany termin wykonania zamówienia: 21 dni od dnia wezwania Wykonawcy do podjęcia czynności związanych z wykonaniem tego zamówienia; wezwanie zostanie przekazane Wykonawcy pisemnie (w sposób określony w pkt. XII SIWZ).

Zamawiający zastrzega sobie realizację zamówienia nie później niż do dnia 15 listopada 2011 r.