

Kołobrzeg, dnia 05 listopada 2021 r.

**ZAPROSZENIE DO ZŁOŻENIA OFERT W CELU ROZEZNANIA RYNKU
I OSZACOWANIA WARTOŚCI ZAMÓWIENIA NA:**

Zakup rezonansu magnetycznego
dla projektu pn.: „Przebudowa i dostosowanie do aktualnych wymogów Regionalnego
Szpitala w Kołobrzegu wraz z niezbędnym wyposażeniem”

Zadanie realizowane w ramach Projektu pn.: „Przebudowa i dostosowanie do aktualnych
wymogów Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu wraz z niezbędnym wyposażeniem”
współfinansowanego przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego
oraz budżetu państwa w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa
Zachodniopomorskiego 2014-2020, Oś Priorytetowa 9 Infrastruktura publiczna,
Działanie 9.1 Infrastruktura zdrowia

Umowa Nr RPZP.09.01.00-32-0001/18-00 z dnia 19.10.2018 r.

I. Nazwa, adres i dane teleadresowe Zamawiającego

Regionalny Szpital w Kołobrzegu
ul. Łopuskiego 31-33
78-100 Kołobrzeg
Tel. 94 35 30 262
e-mail: Monika.Derwisz@szpital.kolobrzeg.pl

**Regionalny Szpital w Kołobrzegu zwraca się z prośbą o przedłożenie ofert cenowych na
Zakup rezonansu magnetycznego dla projektu pn.: „Przebudowa i dostosowanie do
aktualnych wymogów Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu wraz z niezbędnym
wyposażeniem”**

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia został opisany w załączniku nr 1 – parametry techniczne.

Powyższe rozeznanie rynku będzie elementem do przygotowania postępowania mającego na celu wyłonienie Wykonawcy.

Wymagane dokumenty do oferty szacunkowej:

1. Formularz cenowy – załącznik nr 2.
2. Formularz ofertowy wg załączonego wzoru – załącznik nr 3.
3. Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie, w siedzibie Zamawiającego i oznakować w następujący sposób:

**Regionalny Szpital
ul. Łopuskiego 31-33, 78-100 Kołobrzeg
„Oferta w postępowaniu prowadzonym w celu ustalenia wartości szacunkowej na
Zakup rezonansu magnetycznego dla projektu pn.: „Przebudowa i dostosowanie do
aktualnych wymogów Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu wraz z niezbędnym
wyposażeniem”**

i opatrzyć nazwą i dokładnym adresem Wykonawcy lub przesłać pocztą elektroniczną na dres podany poniżej

Miejsce i termin składania ofert:

1. Oferty należy składać w Regionalnym Szpitalu w Kołobrzegu, pokój nr 11, do dnia 15 listopada 2021 r. do godziny 09⁰⁰. Ofertę można przesłać pocztą elektroniczną na adres: Monika.Derwisz@szpital.kolobrzeg.pl.
2. Do kontaktu z Zamawiającym wyznaczono osobę: Monika Derwisz tel. 94 35 30 262, e-mail: Monika.Derwisz@szpital.kolobrzeg.pl.

Regionalny Szpital w Kołobrzegu
Monika Derwisz
mgr Magdalena Grubacka



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Rzeczpospolita
Polska



Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



Załącznik nr 1 – opis przedmiotu zamówienia

ZESTAWIENIE MINIMALNYCH GRANICZNYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

CENTRUM DIAGNOSTYCZNO-OBRAZOWE REZONANS MAGNETYCZNY

LP	PARAMETR	PARAMETR WYMAGANY
1	Typ/model, producent	Podać
2	Fabrycznie nowy. Nie dopuszcza się egzemplarzy powystawowych, rekondycjonowanych, demonstracyjnych, itp.	TAK
3	Pole magnetyczne o wartości 1,5T	TAK
4	Średnica otworu gantry min. 70 cm	TAK
5	Mobilny stół pacjenta całkowicie odłączany od aparatu	TAK
6	Obciążenie stołu min. 220 kg	TAK
7	Zakres badania bez konieczności repozycjonowania pacjenta min. 200 cm	TAK
8	Maksymalna liczba kanałów min. 128	TAK
9	Maksymalna amplituda gradientów we wszystkich osiach min. 33mT/m	TAK
10	Maksymalna szybkość narastania gradientów we wszystkich osiach min. 125T/m/s	TAK
11	Wartość maksymalnej amplitudy gradientów i maksymalnej szybkości narastania gradientów podana powyżej możliwe do uzyskania jednocześnie. Oprogramowanie umożliwiające przeprowadzenie: • Badań neurologicznych (mózgu, rdzenia kręgowego, funkcjonalne MR, perfuzja) • Badań naczyniowych (bezkontrastowe angiografie) • Badań onkologicznych (pakiet do badań dyfuzyjnych o małym polu widzenia) • Badań ciała (pakiet do badań dynamicznych, cholangiograficznych bezkontrastowych) • Badań kardiologicznych • Badań stawów • Badań piersi • Badań pediatrycznych • Badań całego ciała	TAK
12		TAK
13	Zestaw cewek do powyższych badań: • Cewka ba badań głowy i szyi z funkcją pochylania • Cewka do badań klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy oraz bioder • Cewka nadawczo-odbiorcza do badania stawu kolanowego • Cewka do badań stawu barkowego • Cewka do badań stawu skokowego • Zestaw cewek uniwersalnych do badań małych stawów (dwa rozmiary small i large)	TAK

Regionalny Szpital w Kolobrzegu
ul. Łopuskiego 31-33
78-100 Kolobrzeg

www.szpital.kolobrzeg.pl
sekretariat@szpital.kolobrzeg.pl
tel. (94) 35 30 201, fax (94) 35 23 982

NIP: 671-10-30-263
REGON: 000311496
KRS: 0000006438



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Rzeczpospolita Polska



Unia Europejska
Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego



	• Cewka do badań piersi	
14	Zestaw pozycjonerów do unieruchomiania pacjenta	TAK
15	Pakiet do obrazowania z prawie całkowitą redukcją hałasu	TAK
16	Stanowisko operatora pracujące w systemie DICOM 3.0	TAK
17	Konsole lekarskie (4 szt.) pracujące w DICOM 3.0 z następującymi funkcjami: • DICOM Print • DICOM Storage Commitment • DICOM Sent/Receive • DICOM Query/Retrieve SCU	TAK
18	Zamknięty system chłodzenia magnesu ciekłym helem	TAK
19	Zużycie helu przy typowej pracy poniżej 0,01 l/rok	TAK
20	Dwufazowy wstrzykiwacz kontrastu do pracy w wysokim polu magnetycznym	TAK

WYPOSAŻENIE NIEMEDYCZNE REZONANSU MAGNETYCZNEGO, DOSTAWA, MONTAŻ, SZKOLENIE, INTEGRACJA IT

LP	PARAMETR	PARAMETR WYMAGANY
1	Leżanka do transportu pacjentów leżących przeznaczona do pracy w środowisku rezonansu magnetycznego	TAK
2	Wózek inwalidzki do transportu pacjentów na siedząco przeznaczony do pracy w środowisku rezonansu magnetycznego	TAK
3	Wykrywacz metali	TAK
4	Zestaw mebli do sterowni (stół/biurko i meble na sprzęt komputerowy i monitory, krzesło dla operatora)	TAK
5	Zestaw fantomów do kalibracji	TAK
6	Tablica zasilająca do urządzenia	TAK
7	Monitor poziomu tlenu w pomieszczeniu badań	TAK
8	Zestaw muzyczny (ze słuchawkami) dla pacjenta do słuchania muzyki w trakcie badania i do komunikacji głosowej	TAK
9	Gaśnica niemagnetyczna	TAK
10	Regał na cewki do pomieszczenia badań	TAK
11	Klatka Faradaya z wykończeniem wewnętrznym	TAK
12	2 letnia gwarancja (bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji min. 2 x w roku)	TAK
13	Możliwość przeprowadzania zdalnej diagnostyki aparatu	TAK
14	Integracja systemu MR i systemu do badań z posiadanym systemem PACS/RIS	TAK
15	Wykonanie testów natężenia pola magnetycznego	TAK
16	Podstawowe szkolenie dla techników i lekarzy min. 20 dni	TAK
17	Dostawa, transport, montaż	TAK

Regionalny Szpital w Kołobrzegu
ul. Łopuskiego 31-33
78-100 Kołobrzeg

www.szpital.kolobrzeg.pl
sekretariat@szpital.kolobrzeg.pl
tel. (94) 35 30 201, fax (94) 35 23 982

NIP: 671-10-30-263
REGON: 000311496
KRS: 0000006438

Centrum Diagnostyczno-Obrazowe

Lp.	Nazwa	Ilość	Cena jedn. Netto	VAT	Cena jedn. Brutto	Wartość netto	Wartość VAT	Wartość brutto	Nr katalogowy
1	Rezonans magnetyczny	1		8%					
2	Wyposażenie rezonansu niemedyczne, dostawa, montaż, szkolenie, integracja IT	1		23%					
					RAZEM WARTOŚĆ				

FORMULARZ OFERTOWY

OFERTA

ul. _____

W odpowiedzi na Zaprośzenie do składania szacunkowej oferty cenowej na **Zakup rezonansu magnetycznego dla projektu pn.: „Przebudowa i dostosowanie do aktualnych wymogów Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu wraz z niezbędnym wyposażeniem”**

A. DANE WYKONAWCY:

Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/ów i podpisująca ofertę:.....

Wykonawca/Wykonawcy:.....

.....

Adres:.....

.....

Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym:.....

Dane teleadresowe na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem:
faks.....

e-mail.....

Adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres siedziby):

.....

B. ŁĄCZNA CENA OFERTOWA:

Cena przedmiotu zamówienia za ŁĄCZNĄ CENĘ OFERTOWĄ*

Wg wypełnionego załącznika nr 2 – Formularz cenowy.

* ŁĄCZNA CENA OFERTOWA stanowi całkowite wynagrodzenie Wykonawcy, uwzględniające wszystkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia.

C. OŚWIADCZENIA:

- 1) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich/naszych danych osobowych na potrzeby niniejszego postępowania prowadzonego na podstawie zaproszenia do złożenia ofert w celu rozeznania rynku i szacowania wartości zamówienia.

.....

Data i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy