



## Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ

ul. Podróżnicza 26/28,  
53-208 Wrocław  
tel. 71 363 12 23  
REGON 000313331  
NIP 894-24-60-800

Znak sprawy: DIN.0420.4.2019

Znak pisma: DIN.0420.4.2019.3.MDZ

### ZAPYTANIE OFERTOWE

Zapraszamy do udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie zapytania ofertowego na **Dostawa kości pamięci RAM do serwerów Lenovo Wrocławskiego Centrum Zdrowia SPZOZ.**

*Postępowanie prowadzone na podstawie art. 4 pkt 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych – wartość zamówienia nie przekracza wyrażonej w złotych kwoty 30 000 Euro*

#### 1. Zamawiający:

Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ

ul. Podróżnicza 26/28,

53-208 Wrocław

Wrocław, dnia 19.04.2019

Zatwierdził:

*Dyrektor* .....

*Wojciech Skiba*

## 2. Opis przedmiotu zamówienia oraz zakres zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest:

Klasyfikacja zamówienia wg CPV: 30236110-6 – Pamięć o dostępie swobodnym (RAM)

Dostawa 3 zestawów po 4 fabrycznie nowe kości pamięci RAM do serwerów Lenovo o następujących parametrach:

Typ: DDR4  
Rozmiar pojedynczej kości: 16 GB  
Obsługiwana prędkość: 18285 MB/s  
Częstotliwość zegara: 2400 MHz  
Ecc Bits: 8  
Napięcie nominalne: 1,2V

Kości pamięci muszą być w pełni kompatybilne z już zainstalowanymi podzespołami:

Part Number: HMA42GR7AFR4N-UH  
Manufacturer: Hynix Semiconductor  
Manufacture Date: 2017-01-16  
Type: DDR4  
Size: 16 GB  
Speed: 18285 MB/s  
Configured Memory Clock Speed: 2400 MHz  
Ecc Bits: 8  
Nominal Voltage of 1.2 V: Operable

W następujących serwerach:

1. Lenovo System x3550 M5 MT: 8869AC1, SN: S40D4TG
2. Lenovo System x3550 M5 MT: 8869AC1, SN: S40D4TC
3. Lenovo System x3550 M5 MT: 8869AC1, SN: S40D4T9

**3. Opis kryteriów, którymi Zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty wraz z podaniem znaczenia kryteriów i sposobu oceny ofert oraz opis sposobu obliczenia ceny.**

Przy wyborze ofert Zamawiający będzie stosował następujące kryteria:

Zamawiający dokona wyboru najkorzystniejszej oferty spośród ofert niepodlegających odrzuceniu przy zastosowaniu poniższych kryteriów:

3.1. cena „C” – 70%,

3.2. czas dostawy „T” – 30 %, gdzie:

dostawa do 7 dni od daty podpisania umowy – 100 pkt;

dostawa w terminie od 8 do 14 dni od podpisania umowy – 50 pkt;

dostawa w terminie powyżej 14 dni, jednak nie dłuższym niż do 20.05.2019r. – 0 pkt.

**4. Termin i miejsce realizacji zamówienia.**

Miejsce: Wrocławskie Centrum Zdrowia SPZOZ, ul. Podróżnicza 26/28

Maksymalny termin realizacji zamówienia: 20.05.2019r.

**5. Rozstrzygnięcie postępowania i zlecenie realizacji zamówienia:**

Wybór najkorzystniejszej oferty zostanie dokonany niezwłocznie.

Po wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający zawiadomi Oferentów, którzy złożyli oferty o wyborze najkorzystniejszej oferty, podając nazwę i adres Oferenta, którego ofertę wybrano.

W przypadku odmowy wykonania umowy przez wyłonionego Wykonawcę, dopuszcza się możliwość zawarcia przez Zamawiającego umowy z oferentem, którego oferta została porównana i oceniona jako kolejna najbardziej korzystna.

Zamawiający ma prawo do wezwań o wyjaśnienia zaoferowanej ceny oraz zamknięcia postępowania bez podawania przyczyny i wybrania którejkolwiek z ofert.

**6. Sposób przygotowania ofert, miejsce i termin ich składania:**

Oferty należy składać w formie pisemnej **do dnia 26.04.2019r. do godz. 12:00** w sekretariacie **Wrocławskiego Centrum Zdrowia SP ZOZ, ul. Podróżnicza 26/28.**

Dokumenty będą przyjmowane w dni powszednie w godzinach 9:00-14:30

Zamawiający **dopuszcza również** składanie e-mailem na adres [infor@spzoz.wroc.pl](mailto:infor@spzoz.wroc.pl).

**7. Opis warunków udziału w postępowaniu:**

Zamawiający wymaga w stosunku do Wykonawców przedstawienia w ofercie:

- wypełnionego formularza ofertowego zgodnie z załącznikiem nr 1,

Oferta musi być podpisana przez uprawnionych do reprezentacji przedstawicieli Wykonawców wymienionych w rejestrze firmy lub działających na podstawie pełnomocnictwa.

Termin związania z ofertą: 30 dni od upływu terminu do składania ofert.

Wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty ponosi Wykonawca składający ofertę, niezależnie od wyniku postępowania.

**8. Sposób prowadzenia korespondencji w sprawie niniejszego zamówienia:**

pisemnie na adres: **Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ**

ul. Podróżnicza 26/28, 53-208 Wrocław

a) e-mailem [infor@spzoz.wroc.pl](mailto:infor@spzoz.wroc.pl)

b) osoby uprawnione do kontaktu z Oferentami:

– Arkadiusz Strzałkowski, tel. (71) 39-11-762

– Marek Dziarski, tel. (71) 39-11-762

**9. Warunki płatności za przedmiot zamówienia:** Zapłata wynagrodzenia na rzecz Wykonawcy z tytułu uruchomienia usługi dokonana będzie po odbiorze końcowym i rozliczeniu dostawy, na podstawie prawidłowo wystawionej faktury VAT, w terminie **14 dni** od daty ich doręczenia Zamawiającemu.

Załączniki do zapytania ofertowego:

- załącznik nr 1 – formularz ofertowy

- załącznik nr 2 – wzór umowy