



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 3ης ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
(ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ)
Δ/ΝΣΗ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
Πληρ: Βασίλογλου Στέλλα
Τηλ.: 2310 005859
E mail: pedy.paraggelies@3ype.gr

Θεσσαλονίκη, 03/11/2020

Αρ. Πρωτ.: 54115

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

Η Διοίκηση της 3^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας (Μακεδονίας) σύμφωνα με την υπ' αριθμ. - 2136/23-10-2020 (ΑΔΑ: ΩΥΔΨΟΡΕΠ-ΛΟ9) Απόφαση του Διοικητή της 3ης ΥΠΕ Μακεδονίας προκειμένου να προχωρήσει στην προμήθεια δύο (2) συσκευών υπερήχων, στο Φυσιοθεραπευτήριο, στον φορέα ΠΦΥ ΚΥ Θεσσαλονίκης, αρμοδιότητας της 3^{ης} ΥΠΕ (Μακεδονίας), προσκαλεί όσους δραστηριοποιούνται στον χώρο και ενδιαφέρονται να καταθέσουν προσφορά στην Κεντρική Υπηρεσία της 3^{ης} Υ.ΠΕ. (Μακεδονίας), Αριστοτέλους 16, Τ.Κ. 546 23, Θεσσαλονίκη.

Κριτήριο κατακύρωσης είναι η πλέον συμφέρουσα από οικονομική άποψη συνολική προσφορά αποκλειστικά βάσει της τιμής (χαμηλότερη τιμή), για την ανωτέρω προμήθεια.

Η πληρωμή του αναδόχου θα γίνει σύμφωνα με την υπ' αριθμ. πρωτ. 50732/13-10-2020 (ΑΔΑ 6ΑΞΞΟΡΕΠ-Ν5Β, Κ.Α.Ε.7131.01) Απόφαση Ανάληψης Υποχρέωσης όπως εγκρίθηκε η δέσμευση πίστωσης ποσού 3.500,00€(συμπ/νου ΦΠΑ) για την ανωτέρω προμήθεια

Γλώσσα: Ελληνική

Συνολικός προϋπολογισμός: 3.500,00€ συμπεριλαμβανομένου ΦΠΑ

Οι προσφορές θα κατατεθούν εντός κλειστού φακέλου (περιλαμβάνοντας την επισυναπτόμενη Υπεύθυνη δήλωση), με την ένδειξη: ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ για την προμήθεια δύο (2) συσκευών υπερήχων, στο Φυσιοθεραπευτήριο, στον φορέα ΠΦΥ ΚΥ Θεσσαλονίκης, αρμοδιότητας της 3^{ης} ΥΠΕ (Μακεδονίας).

Ημερομηνία λήξης υποβολής προσφορών Δευτέρα 16/11/2020 **και ώρα 14.30 μμ**
στην Κεντρική Υπηρεσία της 3^{ης} Υ.ΠΕ. (Μακεδονίας), Αριστοτέλους 16, Τ.Κ. 546 23, Θεσσαλονίκη .

Εμπρόθεσμες θεωρούνται οι προσφορές που θα έχουν περιέλθει στην Υπηρεσία μέχρι την παραπάνω ημερομηνία και ώρα. Προσφορές που κατατίθενται μετά την παραπάνω ημερομηνία και ώρα είναι εκπρόθεσμες και επιστρέφονται από την Υπηρεσία που διενεργεί το διαγωνισμό χωρίς να αποσφραγιστούν.

Για ό,τι δεν προβλέπεται στην παρούσα πρόσκληση, εφαρμόζονται οι περί προμηθειών του Δημοσίου διατάξεις, όπως ισχύουν κάθε φορά.

Πληροφορίες θα δίνονται όλες τις εργάσιμες ημέρες από 08:00 π.μ. έως 14:00 μ.μ. από τη Διεύθυνση της Τεχνικής υπηρεσίας, της 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας (Μακεδονίας), (Μόδη 9, Τ.Κ. 546 35, Θεσσαλονίκη) ☎ 2310005859.

Ο Διοικητής

της 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας

Δρ. Παναγιώτης Μπογιατζίδης

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄
ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :											
Ο – Η Όνομα:					Επώνυμο:						
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:											
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:											
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :											
Τόπος Γέννησης:											
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:					Τηλ:						
Τόπος Κατοικίας:				Οδός				Αριθ:		ΤΚ:	
Αρ. Τηλεομοιότυπου (Fax):					Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):						

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι μέχρι την ημέρα υποβολής – αποστολής της προσφοράς μου:

- 1) Έλαβα γνώση και αποδέχομαι πλήρως και ανεπιφυλάκτως όλους τους όρους της πρόσκλησης ενδιαφέροντος
- 3) Δεν έχω καταδικασθεί με αμετάκλητη απόφαση για κάποιο αδίκημα από τα αναφερόμενα στην παρ. 1 του άρθρου 73 του Ν.4412/2016.
- 4) Είμαι φορολογικά και ασφαλιστικά ενήμερος ως προς τις υποχρεώσεις μου, σύμφωνα με την παρ. 2 του άρθρου 73 του Ν.4412/2016.
- 5) Δεν τελώ σε κάποια από τις αναφερόμενες περιπτώσεις της παρ. 4 του άρθρου 73 του Ν.4412/2016 ή ανάλογες καταστάσεις,
- 6) Δεν υφίστανται νομικοί περιορισμοί στη λειτουργία της επιχείρησης και δεν μου έχει επιβληθεί η ποινή του αποκλεισμού από διαγωνισμούς, με αμετάκλητη Υπουργική απόφαση, η οποία βρίσκεται σε ισχύ.
- 7) Είμαι εγγεγραμμένος στο οικείο Επιμελητήριο, σύμφωνα με τα οριζόμενα στην παρ. 2 του άρθρου 75 του Ν.4412/2016.
- 8) Αναλαμβάνω την υποχρέωση για την έγκαιρη και προσήκουσα προσκόμιση των δικαιολογητικών του άρθρου 80 του Ν.4412/2016, σύμφωνα με τους όρους και τις προϋποθέσεις του άρθρου 103 του ίδιου Νόμου

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Ημερομηνία:

Ο/Η Δηλ.....

(Υπογραφή)

- (1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.
- (2) Αναγράφεται ολογράφως.
- (3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.
- (4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄

Τεχνικές Προδιαγραφές υπερήχου

- Να είναι σύγχρονης τεχνολογίας, εγκεκριμένη από διεθνείς οργανισμούς ασφαλείας κατάλληλη για φορητή ή επιτραπέζια χρήση.
- Να λειτουργεί με ρεύμα πόλεως 220V/50Hz και με επαναφορτιζόμενη μπαταρία η οποία να ενσωματώνεται στη συσκευή.
- Να διαθέτει έγχρωμη οθόνη touch screen για να μπορεί ο θεραπευτής να ελέγχει ανά πάσα στιγμή τις παραμέτρους της εκάστοτε θεραπείας.
- Να έχει δυνατότητα αναβάθμισης μέσω usb
- Να διαθέτει κενές θέσεις μνήμης για δυνατότητα καταχώρησης προγραμμάτων.
- Να διαθέτει ελληνικό μενού
- Να διαθέτει έτοιμα πρωτόκολλα με απεικόνιση άτλαντα για την ακριβή περιοχή θεραπείας.
- Να διαθέτει μία κεφαλή υπερήχου διαμέτρου 5cm², η οποία θα λειτουργεί με 2 συχνότητες 1&3 MHz, καθώς και σε συνεχή-παλμική εκπομπή. Να υπάρχει η δυνατότητα σύνδεσης σταθερής κεφαλής υπερήχου για θεραπεία free hand θεραπεία.
- Η κεφαλή των υπερήχων να έχει φωτεινή ένδειξη για τον έλεγχο της επαφής με τον ασθενή .
- Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, το εμφανιζόμενο εύρος ενέργειας να μπορεί να ποικίλει γύρω από την οριζόμενη τιμή, ανάλογα με την ακουστική ζεύξη με τον ασθενή.
- Να διαθέτει δυνατότητα ταυτόχρονης θεραπείας με 2^η προαιρετική κεφαλή μέσω των 2 ανεξάρτητων καναλιών υπερήχου που διαθέτει.
- Να διαθέτει πιστοποιητικό CE Mark