

מחלקת רכש ציוד וחומרים

בקשה להצעת מחיר לאספקת תיקי עזרה ראשונה + תכולה לרופאים עצמאיים 2022 (להלן – "הבקשה")

1. כללי
- 1.1 מכבי שירותי בריאות (להלן – "מכבי") מעוניינת לקבל הצעות לאספקת תיקי עזרה ראשונה + תכולה לרופאים עצמאיים (להלן – "המוצרים"), כמפורט בבקשה.
- 1.2 את ההצעות יש למלא על גבי טופס ההצעה המצורף ושלוח אל ימית יחזקאל לדואר אלקטרוני yamit_y@mac.org.il עד יום 02.06.2022.
- 1.3 הציוד מיועד עבור הרופאים העצמאיים של מכבי. אספקת הציוד תהא ישירות לרופאים העצמאיים של מכבי, בפריסה ארצית, לפי דרישה.
- 1.4 ההצעה תכלול את עלות התיק וכל הציוד שבתוכו, כולל מתכלים ותרופות. אין אפשרות להציע הצעה עבור חלק מהפריטים.
- 1.5 התשלום עבור התיק הינה על חשבון הרופאים העצמאיים ובאחריותם.
- 1.6 פגות תוקף לפריטי הציוד המתכלה בתוך התיק: לפחות 36 חודשים.
- 1.7 תוקף אחריות לציוד המוגדר כמורחב – לפחות 12 חודשים.
- 1.8 הצעות שלא עומדות בסף איכותי נדרש יפסלו.
- 1.9 במידה הצורך, הספק מתחייב לספק למחלקת הרכש של מכבי, ללא חיוב, דוגמא של תיק אחד כולל תכולה, עבור בדיקת איכות המוצרים.
- 1.10 המחיר יהיה תקף למשך שנה לפחות.
- 1.11 ספק אשר ישלח הצעה וימצא כמתאים, יידרש לחתום על נספח א' בתוך שלושה ימים מהודעת מכבי.
- 1.12 מכבי תעביר את פרטי הספקים המתאימים ואת המחירים שיוצגו, לכלל הרופאים העצמאיים עימם היא עובדת. רופא שעל פי שיקול דעתו הבלעדי יחליט להזמין את הציוד, יבצע הזמנה (באמצעות הטופס המצורף, נספח ב') מהספק שיבחר מתוך רשימת הספקים וישלם בגינה. מכבי אינה מתחייבת לכמות כלשהי או לחלוקה בין הספקים. כל ההתנהלות בנוגע לנושא זה, תיעשה ישירות בין הרופאים העצמאיים לבין הספקים.
- 1.13 המפרט המבוקש- תיק כולל תכולה (ציוד רפואי, מתכלים ותרופות), כמפורט להלן, בהתאם להוראת משרד הבריאות.

תכולת ציוד חובה

שם הפריט	כמות	
אמבו + שקית העשרה	1	כמות
מסיכת הנשמה למבוגר מידות 4 + 5	1 מכל מידה	
צינור חמצן	1	
בלון חמצן נייד 3 ליטר	1	
מסנן ויראלי למבוגר	1	
מנתב אויר (AIRWAY) מידות 3-4	1 מכל מידה	
קטטר לשאיבה (סקשן) מידה 14 ו- 16	1 מכל מידה	
מכשיר סקשן ידני	1	
פדים סטריליים	חבילה	
כפפות L, M	10 זוגות	
sol nacl 0.9% 500 ml	1	
ונפלונים בגדלים שונים - 17/18, 20, 22	3 מכל גודל	
מזרק 5 סמ"ק	5	
סט לעירוי ללא מסנן	2	
מחטים בגדלים שונים		
חוסם ורידים	2	
קיבוע לעירוי	3	
ספוגיות/ פדים בלתי סטריליים	1 חבילה	
פלסטר	2 גלילים	
מספריים מלע"כ	1	
תחבושת אישית	2	
שפופרת גלוקוג'ל	2	
AMP NACL 0.9%	5 אמפולות	
AMP MIDAZOLAM 5 MG/5ML	5 אמפולות	
5 AMP ADRENALINE 1MG/1ML	5 אמפולות	
אמבו לילדים	1	
מסיכות הנשמה לילד מידות 2, 3	1 מכל גודל	
מסנן ויראלי לילד	1	
מנתב אויר (AIRWAY) מידות 0, 1, 2	1 מכל גודל	
ונפלונים בגדלים שונים - 22G, 24G	2 מכל גודל	
קטטר לשאיבה (סקשן) מידה 8, 10, 12	1 מכל גודל	
5 AMP ADRENALINE 1MG/1ML	5 אמפולות	
פד סטרילי 10X10 סמ, 7.5X7.5 ס"מ, 5X5 ס"מ	5 מכל גודל	
פדים לא סטריליים 7.5X7.5 ס"מ	1 חבילה	
FLAC GLUCOSE 50%	1	
פד אלכוהול לחיטוי	10 יחידות	
חוסם עורקים	1	

ציוד חובה למבוגרים בערכת החייאה בסיסית ניידת

ציוד חובה לילדים בערכת החייאה בסיסית ניידת

ציוד מתכלה

תכולה - מורחב (תוספת אופציונלית לציוד חובה)

שם הפריט	כמות	תקופת אחריות מינימלית
מד סוכר כולל 2 דוקרנים + 4 סטיקים + סטיק מכייל	1	שנה
מד לחץ דם	1	שנה
סטטוסקופ	1	שנה
מכשיר אינהלציה חשמלי או ספייסר	1	שנה
מזרקי אפיפן (ילד ומבוגר)	1	
בודמוזיד בנוזל לאינהלציה (בודיקורט)	1	
טרבולין בנוזל לאינהלציה	1	
סליין לאינהלציה	2	
משאף ונטולין ומשאף פליקסוטייד (125/250)	1	
סד מתקפל מסוג SAM SPLINT	1	

1.14. יסופק ציוד בעל רישום בפנקס האמ"ר. באחריות הספק לדאוג לאישורי אמ"ר תקפים לפריטים, במשך כל תקופת ההתקשרות.

1.15. הספק הזוכה יקבל הודעה ממכבי בדבר זכייתו.
עם קבלת ההודעה ממכבי הספק יחתום על נספח א' כמפורט בסעיף 1.12.
זמן היערכות לתחילת אספקות- שבוע.
לו"ז לאספקה- שבוע מיום הזמנת הציוד על ידי הרופא.

2. טופס ההצעה

2.1. שם הספק המציע: _____

שם איש הקשר: _____ ניד:

2.2. מחיר המוצר –

מוצר	מחיר בש"ח לא כולל מע"מ
תיק עזרה ראשונה כולל תכולת ציוד חובה	
תכולה - מורחב (תוספת אופציונלית לציוד חובה)	
מזרק אפיפן ילד, 1 יחידה	
מזרק אפיפן מבוגר, 1 יחידה	

המחירים כוללים עלות אספקה למרפאות רופאים עצמאיים של מכבי בפריסה ארצית.

חומר ממנו עשוי בלון החמצן (יש להקיף בעיגול) – **פלדה** או **אלומיניום**

2.3. מסמכים שיש לצרף להצעה:

- אישורי אמ"ר
- אישור הספק בדבר אספקת והובלת תרופות
- הצעת מחיר
- דף הסבר והזהרות לשימוש בבלון חמצן- **חובה לצרף לבלון וגם לשלוח את המסמך בנוסף להצעת המחיר.**

חתימת המציע _____ חותמת המציע _____

תאריך _____

נספח א' –
התחייבות הספק הזוכה

לכבוד הספק :

הנדון : הצעה לרופאים העצמאיים לרכישת תיק עזרה ראשונה כולל תכולה

1. מכבי מעוניינת לאפשר לך להציע לרופאים העצמאיים של מכבי, רכישה ישירה של תיק עזרה ראשונה כולל ציוד רפואי, מתכלים ותרופות.

2. **ההתקשרות תהא בתנאים הבאים :**

2.1 **הזמנה ואספקה-**

- 2.1.1 הזמנת הציוד נעשית על פי שיקול דעתו הבלעדי של הרופא באחריותו ועל חשבונו.
- 2.1.2 כל הזמנה תבוצע באמצעות טופס הזמנה בנוסח המצ"ב (נספח א').
- 2.1.3 אספקת הציוד תעשה על ידי הספק ועל חשבונו ישירות לרופאים העצמאיים בפריסה ארצית.
- 2.1.4 אספקת הציוד תעשה בהתאם לפרטים שנמסרו לספק על ידי הרופא ובמועד כפי שנתבקש על ידי הרופא בהזמנתו.
- 2.1.5 הספק מתחייב לספק את הציוד המתכלה עם תוקף של לפחות 36 חודשים.
- 2.1.6 תקופת אחריות למכשירים : 12 חודשים לפחות.
- 2.1.7 הספק מתחייב לדאוג לאישור אמ"ר תקיפים לכל הפריטים, במשך כל תקופת ההתקשרות.

2.2 **מחיר וגבייה**

- 2.2.1 המחיר ותנאי הרכישה המופיעים בהצעה, יהיו תקפים למשך 12 חודשים לפחות.
- 2.2.2 הספק לא יהיה רשאי לגבות מהרופא סכום גבוה מהסכום המופיע בהצעתו.
- 2.2.3 הספק מצהיר כי ידוע לו שהגבייה מתבצעת ישירות למול הרופאים העצמאיים והינה באחריותו הבלעדית. לספק לא יהיו כל דרישות כלפי מכבי בקשר לרכישה ו/או הגבייה.
- 2.2.4 תנאי תשלום כרטיסי אשראי (ניתן לחלק לתשלומים) או העברה בנקאית.

2.3 **כללי**

- 2.3.1 הספק מצהיר ומתחייב כי לא יהיו לו כל טענות ו/או דרישות כלפי מכבי בקשר עם פעילות זו.
- 2.3.2 הספק מודע לכך כי הצעתו תועבר על ידי מכבי לרופאים העצמאיים בכל דרך שתבחר ובהתאם לשיקול דעתה הבלעדי.
- 2.3.3 הספק מתחייב כי יפעל בהתאם להצעתו.
- 2.3.4 הספק מודע לכך כי ייתכן שאינו הספק הבלעדי להתקשרות זו.

מחירון הפריטים, בש"ח לפני מע"מ

מוצר	מחיר בש"ח לא כולל מע"מ
תיק עזרה ראשונה כולל תכולת ציוד חובה	
מזרק אפיפן ילד, 1 יחידה	
מזרק אפיפן מבוגר, 1 יחידה	
תכולה - מורחב (תוספת אופציונלית לציוד חובה)	

המחירים כוללים אספקה ישירה לרופאים העצמיים ואינם כוללים מע"מ.

אישור הספק

קראתי והנני מסכים לאמור במכתב זה ונספחיו ומתחייב למלא אחר הוראותיו ולפעול בהתאם.

תאריך _____

שם הספק: _____

שם מלא של החותם: _____

חתימה + חותמת: _____

נספח ב' –

טופס הזמנת תיק עזרה ראשונה, כולל ציוד ותרופות

לכבוד הספק: _____
שם הרופא המזמין: _____
מספר טלפון נייד: _____
כתובת לאספקה: _____
כתובת למשלוח חשבונית: _____
מועד אספקה מבוקש: _____

פרטי ההזמנה:

שם הפריט המוזמן: _____
כמות מוזמנת: _____
עלות המוזמן: _____ מטבע _____ , בתוספת מע"מ כחוק.
אמצעי תשלום: _____

הערות:

1. הזמנת הציוד ותשלום בגינו, באחריות הרופא המזמין בלבד.
2. בהתאם לתנאים המוצעים על ידי הספק לרופאים העצמאיים של מכבי