



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
3^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ)
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΜΑΘΙΑΣ
(Υ.Μ. ΒΕΡΟΙΑΣ)

ΒΕΡΟΙΑ 7.08.2017
Αριθμ. Πρωτ : 8991

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Ασωμάτων
Τ.Κ.: 591 00
ΤΜΗΜΑ: Οικονομικού
ΓΡΑΦΕΙΟ: Προμηθειών
ΤΗΛΕΦΩΝΟ: 23313-51295
FAX: 23313-51313
e-mail: prom5@verhospi.gr

Προς:
ΥΠΟΨΗΦΙΟΥΣ ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΕΣ

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

ΘΕΜΑ :	Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος με την διαδικασία συλλογής προσφορών για την προμήθεια Υγειονομικού Υλικού για τις ανάγκες της ΜΕΘ του Γ.Ν. Ημαθίας – Μονάδα Βέροιας.
ΣΧΕΤ :	α. Ν.4412/16 και τις λοιπές διατάξεις κείμενης νομοθεσίας
	β. Αρ.Πρωτ. 8899/3-8-2017 απόφαση 582 ^η , σχετικά με την έγκριση σκοπιμότητας της προμήθειας
	γ. ημερ αιτήματος 27/4/2017 της ΜΕΘ

Προκειμένου το Νοσοκομείο μας να προβεί στην προμήθεια είδους , με συλλογή προσφορών και κριτήριο κατακύρωσης την πλέον συμφέρουσα από οικονομική άποψη προσφορά, αποκλειστικά βάσει της τιμής (χαμηλότερη τιμή) άνευ ΦΠΑ σύμφωνα με τα παραπάνω σχετικά, του είδους του παρακάτω πίνακα, άκρως απαραίτητο για την καθημερινή λειτουργία της ΜΕΘ του Γ.Ν. Ημαθίας – Μονάδα Βέροιας.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ : Υγειονομικού Υλικού

Α/Α	ΕΙΔΟΣ ΠΡΟΜΗΘΕΙΑΣ	ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	ΠΟΣΟ ΤΗΤΑ	CPV:	ΤΙΜΗ ΜΟΝΑΔΑ	ΔΑΠΑΝΗ
1	ΚΟΥΒΕΡΤΕΣ ΨΥΞΗΣ-ΘΕΡΜΑΝΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΗΧΑΝΗΜΑ GAYMAR Medi-Therm II REF MTA 6012 CE του τμήματος της ΜΕΘ.	ΤΕΜΑΧΙΑ	10ΤΜΧ	33140000-3	46,00€	460,00 χωρίς ΦΠΑ

- Οι προσφορές να αποστέλλονται μέχρι και 14/08/2017, ημέρα Τρίτη και ώρα 12.00 στο e mail prom5@verhospi.gr.
- Η τιμή προσφοράς να μην υπερβαίνει αυτή του Παρατηρητηρίου Τιμών της ΕΠΥ και υποχρεωτικά να αναγράφεται ο αύξων αριθμός του για κάθε είδος καθώς και η τιμή του.

- Αν το υλικό δεν υπάρχει στο Παρατηρητήριο Τιμών να δηλώνεται υποχρεωτικά στην προσφορά.
- Στην προσφορά να αναγράφεται ο αριθμός και η ημερομηνία πρόσκλησης, ο ΦΠΑ και ο χρόνος παράδοσης καθώς επίσης να αναφέρεται εάν τα υλικά είναι ετοιμοπαράδοτα .
- Τα προσφερόμενα είδη πρέπει να φέρουν την προβλεπόμενη σήμανση CE, και να συμμορφώνονται με τις απαιτήσεις των Διεθνών και Ευρωπαϊκών προτύπων.
- Στην προσφορά να αναγράφεται η πλήρη περιγραφή του προσφερόμενου είδους, η ποσότητα ανά συσκευασία, η τιμή ανά τεμάχιο καθώς και η κατηγορία ΦΠΑ. Η τιμή να είναι σύμφωνη με το παρατηρητήριο τιμών , να αναγράφεται ο κωδικός εμπορίου και κωδικός ΕΚΑΠΤΥ και CPV του είδους.
- Η ισχύς της προσφοράς σας να είναι για έξι (6) μήνες.
- Αν κριθεί απαραίτητο, το Νοσοκομείο διατηρεί το δικαίωμα να ζητήσει προσκόμιση πιστοποιητικών και δειγμάτων των ζητούμενων ειδών.
- Η Εταιρία που θα μειοδοτήσει θα πρέπει να υποβάλει :

Προς απόδειξη της μη συνδρομής των λόγων αποκλεισμού από διαδικασίες σύναψης δημοσίων συμβάσεων των παρ.1 και 2 του άρθρου 73 του Ν.4412/2016, παρακαλούμε μαζί με την προσφορά σας, να μας αποστείλετε τα παρακάτω δικαιολογητικά **A). Απόσπασμα ποινικού μητρώου** Η υποχρέωση αφορά ιδίως: 1) στις περιπτώσεις εταιρειών περιορισμένης ευθύνης (Ε.Π.Ε.) και προσωπικών εταιρειών (Ο.Ε. και Ε.Ε.), τους διαχειριστές, 2) στις περιπτώσεις ανωνύμων εταιρειών (Α.Ε.), τον Διευθύνοντα Σύμβουλο, καθώς και όλα τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου. **Β) Φορολογική Ενημερότητα** , **Γ) Ασφαλιστική Ενημερότητα** (άρθρο 80 παρ .2 του Ν.4412/2016).

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ