



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΑΣΥΝΔΕΟΜΕΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΑΧΕΠΑ  
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ  
ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ  
ΓΡΑΦΕΙΟ: ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΥΛΙΚΟΥ  
ΠΛΗΡΟΦ.: Μ.Ρόλλη  
ΤΗΛ.: 2313 303072  
FAX : 2313 303070  
E-MAIL: rolli.marina@n3.syzefxis.gov.gr

Θεσσαλονίκη, 17-07-2017

ΕΡΕΥΝΑ ΑΓΟΡΑΣ ΓΙΑ ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ  
ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΗΡΙΩΝ ΜΕ ΣΥΝΟΔΟ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟ

(Αριθμός Αιτήματος: M 83/2017-αφορά Πήξη)

Για την κάλυψη επιτακτικών και έκτακτων αναγκών το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ πρόκειται να προβεί στην προμήθεια των ειδών που παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα, με τη διαδικασία της δημοσίευσης στο διαδίκτυο και τη συλλογή προσφορών, με κριτήριο τη χαμηλότερη τιμή, η οποία δεν μπορεί να είναι υψηλότερη αυτής του Παρατηρητηρίου Τιμών της Ε.Π.Υ.

Τα προσφερόμενα είδη πρέπει να συμμορφώνονται με τις απαιτήσεις των Διεθνών και Ευρωπαϊκών προτύπων και να φέρουν την προβλεπόμενη σήμανση CE.

Δεκτές, θα γίνουν όσες προσφορές υποβληθούν έως την Τρίτη 25/7/2017 και ώρα 12:00μμ στο γραφείο Πρωτοκόλλου του Νοσοκομείου σε κλειστό φάκελο, στον οποίο θα αναγράφεται ο αριθμός του αιτήματος. Η έντυπη προσφορά θα πρέπει απαραίτητως να φέρει **ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΦΗ** του νόμιμου εκπροσώπου της συμμετέχουσας εταιρείας και να συνοδεύεται από **CD** με το **αρχείο excel** που επισυνάπτεται στην παρούσα έρευνα ως **ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΟ 1**, με όλα τα πεδία συμπληρωμένα. Η αποσφράγιση των φακέλων των προσφορών θα πραγματοποιηθεί την Τετάρτη 26/7/2017 και ώρα 11:00πμ από τον αρμόδιο υπάλληλο του γραφείου Διαχείρισης Υλικού του Νοσοκομείου, παρουσία των εκπροσώπων των συμμετεχουσών εταιρειών εφόσον το επιθυμούν και οι οποίοι δύνανται να λάβουν γνώση του περιεχομένου των άλλων προσφορών, κατά την ίδια ημέρα (αποσφράγισης των προσφορών).

Στην προσφορά, θα πρέπει να αναφέρεται εάν τα είδη είναι ετοιμοπαράδοτα ή το ελάχιστο χρονικό διάστημα παράδοσής τους από την ημέρα λήψης παραγγελίας.

Πιστοποιητικά CE και τυποποιητικά έγγραφα (π.χ. πρότυπα EN ISO) θα ζητούνται κατά περίπτωση.

**Σε περίπτωση μείωσης της τιμής στο Παρατηρητήριο Τιμών της Ε.Π.Υ. κατά τη χρονική στιγμή της αποστολής του Δελτίου Παραγγελίας, η τιμή του μειοδότη δεν μπορεί να είναι υψηλότερη αυτής.**

Η παραγγελία των ειδών, θα πραγματοποιείται από το αρμόδιο γραφείο Διαχείρισης Υλικού, μετά από αίτημα του αντίστοιχου Τμήματος.



Η εταιρεία που θα προσφέρει τα αντιδραστήρια θα πρέπει να παρέχει τον αναλυτή ως συνοδό εξοπλισμό για όλο το χρονικό διάστημα ισχύος της προσφοράς, καλύπτοντας τις δαπάνες εκπαίδευσης του προσωπικού, συντήρησης/αναβάθμισης, επισκευών, καθώς και διασύνδεσης με το υπάρχον πληροφοριακό σύστημα του Νοσοκομείου, εφόσον απαιτείται. Το Νοσοκομείο δεν θα επιβαρυνθεί με οιοδήποτε κόστος για τη λειτουργία του αναλυτή.

Η προσφορά θα πρέπει να συνοδεύεται με βεβαίωση συμβατότητας των αντιδραστηρίων και βεβαίωση για τεχνική και επισκευαστική υποστήριξη του αναλυτή, αμφότερα από τον κατασκευαστή οίκο του αναλυτή.

Το εργαστήριο διατηρεί το δικαίωμα να ζητήσει τη συγκριτική ανάλυση δειγμάτων από τις προσφέρουσες εταιρείες, προκειμένου να εξασφαλίσει την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων του.

**Μειοδότηρα αναδεικνύεται η εταιρεία που προσφέρει τη μικρότερη τιμή προσφοράς αθροιστικά για το σύνολο των ειδών και για όλους τους α/α.**

Οι προσφορές αφορούν το τρίτο (3<sup>ο</sup>) τετράμηνο του 2017 και θα πρέπει να έχουν ισχύ έως 31-12-2017.

### ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΙΤΟΥΜΕΝΩΝ ΕΙΔΩΝ

Α/Α	ΚΩΔΙΚΟΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΙΔΟΥΣ	ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ
1	208200910000	HEMOSIL RECOMBIPLASTIN	10 TEM/ΜΗΝΑ
2	208200920000	HEMOSIL APT TSP	12 TEM/ΜΗΝΑ
3	208200930000	HEMOSIL FIBRINOGEN-CLAUSS	6 TEM/ΜΗΝΑ
4	208200940000	HEMOSIL D.DIMER	22 TEM/ΜΗΝΑ
5	208200950000	HEMOSIL NORMAL CONTROL	2 TEM/ΜΗΝΑ
6	208200960000	HEMOSIL CALIBRATION PLASMA	1/2 KIT/ΜΗΝΑ
7	208200970000	HEMOSIL D.DIMER CONTROL	4 TEM/ΜΗΝΑ
8	208200980000	HEMOSIL ANTITHROMBIN	6 TEM/ΜΗΝΑ
9	208200990000	HEMOSIL LAC SCREEN	1 TEM/ΜΗΝΑ
10	208201000000	HEMOSIL LAC CONFIRM	1 TEM/ΜΗΝΑ
11	208201010000	HEMOSIL VWF ACTIVITY	1 TEM/ΜΗΝΑ
12	208201020000	HEMOSIL FACTOR V LEIDEN(APC-R V)	1 & 1/2 KIT/ΜΗΝΑ
13	208201050000	HEMOSIL FREE PROTEIN S	2 TEM/ΜΗΝΑ
14	208201070000	HEMOSIL PROTEIN C	6 TEM/ΜΗΝΑ
15	208201080000	HEMOSIL VON WILLEBRAND FACTOR ANTIGEN	1 TEM/ΜΗΝΑ
16	208201090000	HEMOSIL PLASMINOGEN	1/3 ΤΟΥ KIT/ΜΗΝΑ
17	208201100000	HEMOSIL PLASMIN INHIBITOR(A2 ANTIPLASMIN)	1/3 ΤΟΥ KIT/ΜΗΝΑ
18	208201110000	HEMOSIL FACTOR II DEFICIENT PLASMA	1/2 KIT/ΜΗΝΑ
19	208201120000	HEMOSIL FACTOR V DEFICIENT PLASMA	1/2 KIT/ΜΗΝΑ
20	208201130000	HEMOSIL FACTOR VII DEFICIENT PLASMA	1/2 KIT/ΜΗΝΑ
21	208201140000	HEMOSIL FACTOR VIII DEFICIENT PLASMA	1/2 KIT/ΜΗΝΑ
22	208201400000	HEMOSIL FACTOR IX DEFICIENT PLASMA	1/2 KIT/ΜΗΝΑ
23	208201410000	HEMOSIL FACTOR X DEFICIENT PLASMA	1/2 KIT/ΜΗΝΑ
24	208201150000	HEMOSIL FACTOR XI DEFICIENT PLASMA	1/2 KIT/ΜΗΝΑ
25	208201160000	HEMOSIL FACTOR XII DEFICIENT PLASMA	1/2 KIT/ΜΗΝΑ
26	208201170000	HEMOSIL FACTOR XIII ANTIGEN	1/2 KIT/ΜΗΝΑ
27	208201310000	HEMOSIL LIQUID HEPARIN KIT	1/3 ΤΟΥ KIT/ΜΗΝΑ
28	208201320000	HEMOSIL HEPARIN CALIBRATOR	1/3 ΤΟΥ KIT/ΜΗΝΑ
29	208201330000	HEMOSIL HEPARIN CONTROL LMW KIT	1/3 ΤΟΥ KIT/ΜΗΝΑ
30	208201960000	HEMOSIL THROBIN	1TEM/ΕΤΟΣ
31	208201970000	HEMOSIL ANTITHROMBIN LIQUID	1TEM/3ΜΗΝΟ
32	208201980000	HEMOSIL HOMOCYSTEINE	1TEM/ΕΤΟΣ
33	208201990000	HEMOSIL SILICA CLITTING TIME	1TEM/ΕΤΟΣ
34	201000280020	ΚΙΟΥΒΕΤΕΣ ACL TOP 29400100	12 TEM/ΜΗΝΑ
35	201000630139	ΔΙΑΛΥΜΑΤΑ ΑΡΙΩΣΗΣ FACTOR 9757600	8 TEM/ΜΗΝΑ
36	201000630140	ΔΙΑΛΥΜΑΤΑ HEMOSIL RINCE SOLUTION	25 TEM/ΜΗΝΑ

		20009700	
37	201000630142	ΔΙΑΛΥΜΑΤΑ CLEANNING SOLUTION 9831700	5 ΤΕΜ/ΜΗΝΑ
38	201000630143	ΔΙΑΛΥΜΑΤΑ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΥ AGEANT 9832700	16 ΤΕΜ/ΜΗΝΑ
39	201026000000	ΚΑΨΑΚΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΩΝ sample cups 0006799200	1/3 ΤΟΥ ΚΙΤ/ΜΗΝΑ

Η διαδικασία κατάθεσης των προσφορών ξεκινά από τη δημοσίευση του παρόντος.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ- ΠΡΟΕΔΡΟΣ Δ.Σ.

  
Αναστάσιος Σπανός