

| | |
|----------------------|---------------|
| מרכז רפואי אסף הרופא | משרד: |
| מבין כנסת | יחידה מזמינה: |
| 2012/8 | תאריך: |

אל: ועדת המכרזים

הנדון: חוות דעת מקצועית במסגרת כוונה להתקשר עם ספק יחיד/ ספק חוץ

הבקשה מסתמכת על תקנה 3(29) / 3(31) (סמן את התקנה המתאימה) לתקנות חובת מכרזים ועל הוראות תכ"מ מס' 7.8.1 ו-7.8.2.

| |
|------------------------------------------------------------------|
| תיאור מהות ההתקשרות (רקע ופירוט התכונות של הטובין/השירות/העבודה) |
| הספק סיבת שלם למערכת צילום ושירותי ביטחון |
| מגמת סלולר. |
| 1. Axion luminex drf |
| 2. ysi 2 detector system |
| ההספק כולל גם שירותי הלא-עבודה |

האם קיים בנושא זה מכרז מרכזי של החשב הכללי או גורם ממשלתי מוסמך אחר? כן לא

סוג ההתקשרות: (סמן X במקום המתאים)

טובין שירותים ביצוע עבודה

| | |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| שם הספק: | סלולר ישראל |
| מספר הספק (ח.פ.ח.צ.ע.מ/מספר עמותה) | 511769101 |
| ספק זה הנו: | <input checked="" type="checkbox"/> ספק יחיד <input type="checkbox"/> ספק חוץ |
| אומדן / שווי ההתקשרות: | ~ 54,700 € שלם |
| תקופת ההתקשרות: | אוגוסט 2012 עד אוגוסט 2013 |

נימוקים כי הספק הוא ספק יחיד או כי הטובין הם טובי חוץ (במקרה הצורך ניתן לצרף עמודים נוספים וכל מסמך רלוונטי נוסף)

נא להתייחס לסעיפים הבאים:

1. האמצעים שבהם נערכו בדיקות לאיתור ספקים נוספים והכנת חוות דעת כולל פירוט מקורות מידע ופעולות שנגקטו (לדוגמה חיפוש באינטרנט, התכתבות עם ספקים, פגישה או שיחה עם ספקים וכדומה).
2. ממצאי הבדיקה (אם ישנם ספקים נוספים בתחום ההתקשרות, יש לפרט את הסיבות לאי התאמתם לביצוע ההתקשרות עימם ואת הסיבות להיות הספק שלגביו נכתבה חוות הדעת ספק יחיד/ספק חוץ)

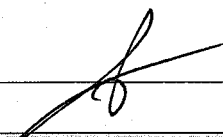
הכנס שיבת שבת לעבודה כולל ושיקול ייחסי לתוכנית האספקה
 1. Axiom Lumines DRF
 2. x-ray detector system
 הכנס הוא על מנת להעביר את המידע הדרוש.
 אלקים, שמונה, חלקים, שאל ציודים נוספים, דקלונים.

לאור הנימוקים שמניתי לעיל אנו מבקשים לערוך ההתקשרות בהליך פטור ממכרז.

חוות דעתי זו ניתנת מתוקף היותי הסמכות המקצועית לנושא זה.

בכבוד רב,

מרכז רפואי אסף הרופא
 ישראל פרישמן-מנהל מדור
 הנדסה ביו-רפואית

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------|
|  | | |
| חתימה | תפקיד בעל הסמכות המקצועית | שם בעל הסמכות המקצועית |