

1. המרכז הרפואי ע"ש ח. שיבא

תל- השומר

משרד:	הבריאות
יחידה מזמינה:	הנדסה רפואית
תאריך:	31/5/21 26/04/21

קָרן מחקרים \_\_\_\_\_ מדינת ישראל  (יש לסמן X במקום המתאים)

אל: ועדת המכרזים

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

הבקשה מסתכמת על תקנה \_\_\_\_\_ (29)3 לתקנות חובת המכרזים ועל הוראות תכ"ם מס' 7.8.1 ו-7.8.2.

תיקונים וחלפים של מכשור רפואי חברת נבו מדיקל בע"מ

האם קיים הנושא 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:	נבו מדיקל בע"מ
מספר הספק (ח.פ./ ח.צ./ ע.מ./ מספר עמותה)	514508712 45000
ספק זה הינו:	_____ ספק יחיד <input checked="" type="checkbox"/> _____ ספק חוץ
אומדן / שווי ההתקשרות:	150,000 ₪ כולל מע"מ
תקופת ההתקשרות	12 חודשים

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

**גא להתייחס לסעיפים הבאים:**

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

1. חב' נבו מדיקל בע"מ נציגה בלעדית של היצרן : SIEMNES
2. לצורך תיקון /אחזקת מכשור של היצרן הנ"ל , נדרשת רכישת חלפים מקוריים. חלפים מקוריים אלה, ניתן לרכוש אך ורק מהנציגה הבלעדית של היצרן – חברת נבו מדיקל בע"מ .
3. לצורך תיקון/אחזקה של מכשור רפואי , נדרש לעיתים להזמין טכנאי אשר הוסמך על ידי היצרן . לא ניתן לבצע עבודות תיקון/אחזקה אלה, ע"י טכנאי שלא הוסמך ע"י היצרן . רק לחב' נבו מדיקל בע"מ יש אישור מהיצרנים והסמכה לטכנאים לצורך ביצוע העבודות הנ"ל.
4. בין היתר מדובר במכשור הבא : ניידות צילום רנטגן , ניידות שיקוף רנטגן , מכשירי אולטרסאונד ומתמרי אולטרסאונד .

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

חוות דעתי ניתנת מתוקף היותי הסמכות המקצועית לנושא זה.

בכבוד רב,

מנהל המחלקה  
להנדסה רפואית

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