



י"ח באלול, התש"פ
07 ספטמבר 2020
סימוכין : 340761820

קול קורא – להגשת הצעות לרכישת מחוללי חמצן ביתיים

❖ משרד הבריאות פונה בזאת לגופים/מוסדות ציבור העוסקים בהשאלה, בלא תמורה או תנאים מוקדמים, של ציוד רפואי ופארה רפואי, לכלל הציבור בישראל באופן שוויוני וללא אפליה על רקע דת, מוצא, מגדר וכיוצא ב, בהצעה לרכוש מחוללי חמצן ביתיים עפ"י מפרט טכני המפורט בנספח א', במחיר סמלי לצרכי השאלה לציבור.

הליך זה מבוצע בהתאם להוראת תכ"ס מס' 9.1.0.1 ניהול עודפי טובין ובלאי. להלן תנאים מקדימים להגשת בקשה לרכישה, התנאים הם מצטברים ויש לראותם כמשלימים זה את זה. בקשה שלא תעמוד בכל תנאי הסף- תיפסל ולא תובא לדיון בפני ועדת המכרזים :

- גוף הפועל ללא מטרת רווח
- לגוף יהיו לפחות 15 נקודות חלוקה בפריסה ארצית
- הגוף פועל ובעל ניסיון בהפעלת מערך השאלת ציוד רפואי ב 5 השנים האחרונות בהיקף של לפחות 6,000 מקבלי שירותי השאלה בכל אחת מהשנים.
- קיומם של כל התנאים הנדרשים לפי חוק עסקאות גופים ציבוריים (אכיפת ניהול חשבונות ותשלום חובות מס), תשל"ו-1976 והתנאים הבאים לו, לרבות האישורים הבאים :
 - המציע מנהל ספרים כדין ועומד בתנאים הקבועים בחוק עסקאות גופים ציבוריים, התשל"ו – 1976.
 - המציע אינו בעל הרשעות לפי חוק עובדים זרים וחוק שכר מינימום.
 - המציע הינו מלכ"ר לעניין חוק מס ערך מוסף בעל אישור ניהול תקין מטעם רשם העמותות בתוקף.
 - ככל שהמגיש הינו תאגיד - אינו בעל חובות אגרה שנתית ברשות התאגידים בשנים שקדמו לשנה הנוכחית. החברה/שותפות אינה חברה מפרת חוק או בהתראה לפני רישום כחברה מפרת חוק.

❖ הגוף הרוכש מתחייב שלא למכור את הציוד למשך 5 שנים לכל הפחות. במהלך שנים אלו יאפשר הרוכש את השאלת הציוד לכלל הציבור בישראל.

❖ המחוללים נרכשו ע"י משרד הביטחון עבור משרד הבריאות ונמצאים באריזה סגורה. לא קיים כל סימן מזהה של המשרד על טובין. למחוללים קיים אישור אמ"ר מצורף בנספח א'. האחראיות על בדיקת התקינות של המחוללים הינה באחריות הקונה ובהתאם ליתר תנאי המכירה המפורטים מטה ובנספח ב'. יובהר כי לא קיימת אחריות יצרן על המוצר.



❖ אופן חלוקת המכשירים בין המבקשים לרכוש את המוצר במסגרת קול קורא זה תעשה ל 5 הגופים/העמותות בעלי מס' רב ביותר של נקודות הפצה בפריסה ארצית. ככל וההיענות לקול קורא זה תפחת מ 5 מגישים העונים על כל התנאים, למשרד שמורה הזכות לבצע חלוקה באופן לינארי בהתאם לבקשות המציעים עפ"י שיקולי פריסה ארצית, היקף פעילות וכדו' ולפי עקרונות סבירות ושוויון ובכל מקרה, עפ"י שיקול דעתה הבלעדי של וועדת המכרזים לשירותים וטובין בלבד. לא יתקבלו כל טענות, דרישות ו/או תביעות בגין כל החלטה בנדון.

❖ הליך העברת הבעלות על הטובין:

- קונה אשר בקשתו, כולה או חלקה, זכתה, ישלם תוך 10 ימים מיום מסירת הודעת המשרד על זכייתו, את מלוא המחיר עבור הטובין.
- התשלום ייעשה באמצעות העברה בנקאית למשרד הבריאות: בנק הדואר 09, סניף 001, חשבון 0-073079
- המסירה לקונה תתבצע ממחסני משרד הבריאות הנמצאים מרכז הארץ, בנוכחות נציג מטעם ועדת המכרזים ונציג מטעם יחידת נכסים, רכש ולוגיסטיקה. בכל מקרה, הטובין יועברו לידי הקונה רק לאחר ששילם את מלוא התמורה עבור הטובין.
- במקרים שבהם לא שילם הקונה את מלוא המחיר עבור הטובין תוך 10 ימי עבודה מיום קבלת ההודעה בדבר זכייתו, תהיה רשאית וועדת המכרזים למכור את הטובין למציע אחר עפ"י שיקול דעתה.

❖ **סה"כ כמות מיועדת למכירה ע"י המשרד: 1,000 יחידות**

❖ **כמות מינימלית לבקשת רכישה: 200 יחידות**

❖ **רכישת הטובין בעלות סמלית: 200 ₪ (מחיר סופי, ללא מע"מ)**

❖ **מובהר בזאת כי הענות לקול קורא זה והגשת בקשה לרכישת המוצר בעלות סמלית, מהווה הסכמה וקבלה של כל התנאים האמורים.**

❖ **הוועדה תהיה רשאית לשלול מגוף/עמותה, שלא עמדה בהצהרותיה, את האפשרות לקבל בעתיד טובין עודפים ממשרדי הממשלה. כמו כן, במידה וגוף/ עמותה יפר את הצהרתו בדבר אי מכירת הטובין בטרם יחלפו 5 שנים, תדרוש וועדת המכרזים את מלוא מחיר הסבסוד למשרד.**

❖ אופן הגשת בקשות לרכישה:

הגשת הבקשות תעשינה באמצעות משלוח פניה בדוא"ל לכתובת: PPLD@MOH.GOV.IL

בפניה יש לכלול את כל הפרטים הבאים:

- שם העמותה/ הגוף
- שם איש קשר
- טלפון נייד ונייד
- כתובת דוא"ל
- כמות מבוקשת לרכישה (מינימום 200)



- תעודת רישום כתאגיד או אישור מעו"ד אודות מעמדו המשפטי
- פירוט מטרות העמותה/הגוף
- פירוט על אודות השימוש בטובין המבוקשים
- הצהרה כי אין בכוונת הגוף למכור את הטובין לגוף שלישי
- הצהרה בדבר הטובין שקיבל הגורם המבקש מהממשלה במהלך 3 השנים האחרונות (ככל שקיבל), תוך פירוט מטרות השימוש בו
- נספח ג'- תצהיר חתום ע"י עו"ד

ההצעות תוגשנה לא יאוחר מיום 24/9/2020 בשעה 13:00. הצעות שתוגשנה שלא במועד, לא תבחנה.

נספח א'

מפרט כללי ואישור אמ"ר

Oxygen concentrators – 5 LPM

P/N: Oxytec-5S

Country of manufacturing: China

Technical specification:

Voltage	220V AC $\pm 22v$ 50 Hz
Average power consumption	<320 (VA)
Ambient operating temperature	5°C to 40°C
Flow rate	0.1 to 5.0LPM
Oxygen concentrating	93% $\pm 3\%$
Outlet pressure	58.6 \pm 6 KPa
Weight	35lbs (15.9 Kg)
Dimensions (LxWxH)	43cm x 32cm x 62cm
Sound level	< 45dB (A)
Electromagnetic compatibility EMC	According EN 60601-1-2
Protection class according to EN	Class II; Type B
Classification in according with EC Directive 93/42/EEC Annex IX	Class II a





Ministry of Health
Medical Technology, Information and Research Division
Medical Devices Department



מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

משרד הבריאות
חטיבת טכנולוגיות רפואיות, מידע ומחקר
אגף ציוד רפואי

אישור רישום בפנקס הציוד הרפואי

ניתן בזאת אישור, כי בהתאם לבקשת רישום מס : 27810004
הציוד הרפואי (אביזרים / מכשירים רפואיים (אמ"ר)) הבא :

שם הציוד הרפואי	מעשיר חמצן	OXYGEN CONCENTRATOR
קבוצות	1. DO2-5EM	
יעוד הציוד הרפואי	אספקת חמצן בסביבה ביתית לחולי ריאה / לשימוש וטרינרים	
התניה	1. הרדמה - מערכת לאספקת חמצן במהלך הרדמה בהליכים וטרינרים 2. כללית - מערכת לאספקת חמצן עבור חולים במחלות ריאה חסימתית	
שם בעל הרישום וכתובתו	צבאן מדיקל בע"מ ; הנפח 27 כרמיאל ; ישראל	
שם היצרן וכתובתו	Kunshan Dynmed Medical Technology Co.,Ltd ; No.66, Shunxing Road, Lujia Town, Kunshan, Suzhou City, Jiangsu Province, 215331, China ; CHINA	
שם אתר היצור וכתובתו	1. Kunshan Dynmed Medical Technology Co.,Ltd - No.66, Shunxing Road, Lujia Town, Kunshan, Suzhou City, Jiangsu Province, 215331, China - CHINA 2. צבאן מדיקל בע"מ - הנפח 27 כרמיאל - ISRAEL	
התניות		
<p>הנחיות</p> <ul style="list-style-type: none"> - לפי הוראות היצרן שאושרו ע"י גוף המאשר: TUV SUD - אישור בהתאם לאישור CE ומערכת איכות בתוקף. - מאושר לשימוש בהתאם להוראות היצרן, כפי שאושרו ע"י הגוף המאשר. ע"פ הוראת רופא בלבד - הערות נוספות: הפרמטרים של המכשיר ייקבעו על ידי רופא ו"ינעלו" בידי גורם מוסמך - המטופל לא יוכל לשנותם על דעת עצמו - יש לעמוד בהנחיות לסימון ציוד רפואי המיועד למשתמש הביתי. 		

נרשם בפנקס הציוד הרפואי (האמ"ר) במשרד הבריאות.
תוקף האישור לשיווק הציוד הרפואי (האמ"ר) הינו ליעודים ולהתוויות המתוארים לעיל בלבד.
האישור בתוקף עד : 31/08/2022



חתימה

28/05/2020

תאריך חתימת האישור

ד"ר נדב שפר
מנהל אגף ציוד רפואי

שם ותפקיד המאשר



נספח ב

תנאי המכירה

תעודת מכירה שנערכה ונחתמה ב _____ ביום _____ חודש _____, שנת 2020

בין

ממשלת ישראל בשם מדינת ישראל המיוצגת לצורך הסכם זה ע"י המנהל הכללי של משרד הבריאות ו/או סמנכ"ל למינהל במשרד הבריאות יחד עם חשב משרד הבריאות או סגנו המוסמכים לחתום בשמה עפ"י הרשאות שפורסמו בילקוט הפרסומים.

(להלן: "המשרד")
מצד אחד

לבין

(להלן: "הקונה")
מצד שני

מובהר על ידי המשרד כדלקמן:

1. הקונה מתחייב לרכוש מהמשרד את הטובין כמו שהם במצב בו הם נמצאים ואין המשרד ערב ו/או אחראי בקשר עם הטובין. לא ניתנת כל הבטחה ו/או מצג, במישרין ו/או בעקיפין, בקשר לטובין, לתיאור ו/או האיכות ו/או הבטיחות של הטובין או בקשר עם כל תכונה אחרת של הטובין.
2. המשרד אינו נושא כל אחריות, מכל סוג שהוא, לגבי הטובין והם נמכרים במצב, בטיב, במקורות ובאיכות בהם הם נמצאים ואלו נמכרים As Is, כמו שהם, ללא כל אחריות.
3. פגמים בטובין, ככל שישנם, לא יהוו עילת תביעה (חוזית, נויקית או אחרת) בידי הקונה כלפי המשרד ולא יהוו עילה לביטול המכר.
4. המכירה הינה בלתי חוזרת; והשימוש בטובין הינו על אחריותו הבלעדית של הקונה. הקונה ישפה ויפצה את המשרד בגין כל נזק ו/או הוצאה, אם וככל שיגרמו למשרד, על ידי תביעה ו/או דרישה שניתן כנגד המשרד בגין השימוש של הקונה או מי מטעמו בטובין.
5. הקונה מתחייב להעביר את התמורה כפי שהתבקשה בגין כל הטובין המוצעים בהתאם לאמור בתעודת המכירה לחשבון הבנק של המשרד. עותק מהעברת התמורה ישלח לנציג אגף רכש נכסים ולוגיסטיקה



Oxygen concentrators - 5 LPM	הטובין הנרכש
	כמות
	עלות ליחידה
	סה"כ לתשלום
	מועד התשלום
	מועד המסירה

ולראיה באו הצדדים על החתום

הספק

משרד הבריאות

שם + חתימת מורשה החתימה (2)

שם + חתימת מורשה החתימה (1)

שם + חתימת מורשה החתימה (2)

שם + חתימת מורשה החתימה (1)

תפקיד (2)

תפקיד (1)

תפקיד (2)

תפקיד (1)

/ /

/ /

תאריך

תאריך

כתובת ספק השירותים

ירמיהו 39 ירושלים

כתובת המשרד הראשי



נספח ג'

תצהיר

הנני _____ (שם מלא) בעל ת.ז. _____ מצהיר בשם המציע כי המציע הינו גוף/ מוסד ציבור העוסק בהשאלה, בלא תמורה או תנאים מוקדמים, של ציוד רפואי ופארה רפואי, לכלל הציבור בישראל באופן שיוויוני וללא אפליה על רקע דת, מוצא, מגדר וכיוצ"ב,

עומד בתנאי הסף כמפורט בקול קורא לקול קורא – לרכישת מחוללי חמצן ביתיים :

- גוף הפועל ללא מטרת רווח
- לגוף _____ (לכל הפחות 15 נקודות חלוקה בפריסה ארצית
- הגוף פועל ובעל ניסיון בהפעלת מערך השאלת ציוד רפואי ב 5 השנים האחרונות בהיקף של _____ (לכל הפחות 6,000) מקבלי שירותי השאלת ציוד רפואי בכל אחת מהשנים.
- לגוף קיימים כל התנאים הנדרשים לפי חוק עסקאות גופים ציבוריים (אכיפת ניהול חשבונות ותשלום חובות מס), תשל"ו-1976 והתנאים הבאים לו, לרבות האישורים הבאים :
 - המציע מנהל ספרים כדין ועומד בתנאים הקבועים בחוק עסקאות גופים ציבוריים, התשל"ו – 1976.
 - המציע אינו בעל הרשעות לפי חוק עובדים זרים וחוק שכר מינימום.
 - המציע הינו מלכ"ר לעניין חוק מס ערך מוסף בעל אישור ניהול תקין מטעם רשם העמותות בתוקף.
 - או-
 - המציע הינו תאגיד - אינו בעל חובות אגרה שנתית ברשות התאגידים בשנים שקדמו לשנה הנוכחית. החברה/שותפות אינה חברה מפרת חוק או בהתראה לפני רישום כחברה מפרת חוק.

כמו כן, אין בכוונת המציע למכור את הטובין לגוף שלישי במשך 5 שנים לכל הפחות.

המשרד יבחן את כל הנתונים הנדרשים לצורך בדיקת תנאי הסף לפי הנתונים המופיעים לעיל. הצהרת המציע להגשת הצעתו :

הגשת ההצעה פירושה, כי המציע מצהיר בזאת כי הוא עומד בתנאים המקדימים האמורים לעיל.

הגשת הצעה מטעם המציע מהווה הסכמה מראש לכל תנאי רכישת הטובין

הנני מצהיר ומאשר שקראתי והבנתי את כל התנאים המפורטים והנדרשים במסמכי ההליך שבנדון, ומתחייב בזה למלא אחר כל התנאים והדרישות לשביעות רצונכם המלאה.

זה שמי, להלן חתימתי ותוכן תצהירי דלעיל אמת.

