

**המרכז הרפואי ע"ש ח. שיבא**

**תל- השומר**

משרד:	הבריאות
יחידה מזמינה:	מרפאת שיקום
תאריך:	09.12.2024

\_\_\_\_\_ **X** מדינת ישראל קרן מחקרים

(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.

<b>תיאור מהות ההתקשרות (רקע ופירוט התכונות של הטובין / השירות / העבודה)</b>
משאבה SYNCHROMED המתוכננת בעזרת פרוגרמר חיצוני מסוג N'VISION, המגיע עם מדפסת אינפרא-אדום ישנה אפשרות גם להדפיס דרך המחשב הרגיל.
אחת 3-6 חודשים, בהתאם לצורך, ממלאים את התרופה במשאבה בעזרת קיט ייעודי למילוי המשאבה.
מילוי משאבה הינו פשוט ומתבצע במרפאה בשדה סטרילי.

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:	מדטרוניק טריידינג בע"מ
מספר הספק	92941
(ח.פ. / ח.צ. / ע.מ. / מספר עמותה)	512833336
ספק זה הינו:	_____ √ ספק יחיד      _____ ספק חוץ
אומדן / שווי ההתקשרות:	1,500,000 ₪
תקופת ההתקשרות	36 חודשים + אופציה אחד

**נימוקים כי הספק הוא ספק יחיד או כי הטובין הם טובי חוץ**

(במקרה הצורך ניתן לצרף עמודים נוספים וכל מסמך רלוונטי נוסף)

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. פירוט הבדיקות שבוצעו לאיתור ספקים נוספים ונימוקים והערות נוספים:

מדטרוניק היא חברה היחידה בעולם המייצרת משאבה מסוג המתואר , כמו כן מייצרת את הערכה לתחזוקת המשאבה

לאור הנימוקים שמניתי לעיל, הנני מצהיר כי לפי מיטב בדיקתי וידיעתי הספק המבוקש הינו ספק יחיד ואנו מבקשים לערוך ההתקשרות בהליך פטור ממכרז.  
 חוות דעתי ניתנת מתוקף היותי הסמכות המקצועית לנושא זה.

בכבוד רב,

<p><b>ד"ר בורשטיין אפרת</b>                  המח' לשיקום גניורולוגי                  המרכז הרפואי וניו-סיבית                  תל אביב 141804                  48706</p>	<p style="text-align: center;"><i>אפרת בורשטיין</i></p> <p style="text-align: center;"><b>תפקיד בעל הסמכות המקצועית</b></p>	<p style="text-align: center;"><i>ד"ר גרין</i></p> <p style="text-align: center;"><b>שם בעל הסמכות המקצועית</b></p>
---	---	---