

רכישה והתקנה של מערכת הליכה דינמית עבור ביה"ח שיקומי/ פיזיותרפיה

(מכרז מס' 12599491)

1. אנו מבקשים לקבל הצעות מחיר לרכישה והתקנה של מערכת הליכה דינמית עבור ביה"ח שיקומי/ פיזיותרפיה, המרכז הרפואי ע"ש ח. שיבא תל השומר עפ"י הדרישות המופיעות במסמכי המכרז.
2. **ניתן לעיין, להוריד ולהדפיס את מסמכי המכרז מאתר מנהל הרכש הממשלתי ללא עלות**
<https://mr.gov.il/ilgstorefront/he/search/?s=TENDER>
3. יש לשים לב לדרישות נוספות המופיעות בנספח א' במסמכי המכרז.
4. הצעת המחיר תהיה בתוקף לפחות 6 חודשים, מהיום האחרון שנקבע להגשת ההצעה.
5. סיור ספקים באתר (מסדרון בניין השיקום) יערך ב- 14.12.2025 שעה 10:00, באחריות המציע להשתתף בסיור שיתקיים.
6. שאלות הבהרה ניתן להגיש באתר מנהל הרכש הממשלתי דרך מערכת יהלום, לא יאוחר מתאריך **18.12.2025 שעה 16:00**, לאחר מועד זה לא יתקבלו שאלות נוספות.
7. **על המציע לצרף את המסמכים הבאים (סעיפים א'-ו' - דרישות סף):**
 - א. ערבות בנקאית בגובה 30,000 ₪ ותהיה בתוקף עד לתאריך 29.04.2026.
לא יתקבלו תחליפים לערבות הבנקאית כגון: צ'ק, מזומן או "הקפאת כספים".
 - ב. אישורים הנדרשים לפי חוק עסקאות גופים ציבוריים (אכיפת ניהול חשבונות ותשלומים חובת מס) תשנ"ו 1976.
 - ג. אישור אמ"ר בתוקף או פטור ממנו בעת הגשת ההצעה. במידה והוגשה בקשה לחידוש רישום, יש לצרף אישור קודם וטופס אישור קליטת הבקשה באמ"ר.
 - ד. יש לצרף אישורים לעמידות המוצע בתקינה בינלאומית FDA/CE.
 - ה. יש להגיש אישור על עמידות הדגם המוצע בתקן בטיחות חשמלית למכשור רפואי בהתאם לתקן הבינלאומי IEC 60601-1, תקן כללי לבטיחות ציוד רפואי חשמלי.
 - ו. מסמכי המכרז כוללים טיוטת הסכם התקשרות, על מגיש ההצעה למלא ולחתום + חותמת החברה.
 - ז. אישור רו"ח בדבר שיעור המרכיב הישראלי במחיר ההצעה, אם יש.

מחלקת מכרזים
טל': 03-5303558, פקס: 03-5303568

8. המזמין שומר לעצמו את הזכות לנהל מו"מ עם המתמודדים במכרז בהתאם לתקנה 7(א) ואו לקיים הליך תחרותי נוסף בהתאם לתקנה 17ה' לתקנות חובת המכרזים, התשנ"ג 1993 (היה והפער הכספי בין ההצעות הזוכות יהיה קטן מ-10%, או יחרוג מהאומדן שנקבע) וכן שומר המזמין לעצמו את הזכות לפצל את העבודה בין מספר חברות.
9. תינתן העדפה במסגרת אמות המידה של המחיר לרכישת טובין מתוצרת הארץ שמחירם אינו עולה על מחיר ההצעות לרכישת טובין מיובאים בתוספת 15% ובתנאי כי יצורף להצעה אישור ר"ח בדבר שיעור מחיר המרכיב הישראלי במחיר ההצעה.
10. אין אנו מתחייבים לקבל ההצעה הזולה ביותר, או כל חלק ממנה, או כל הצעה שהיא. אנו רשאים לפצל את ההזמנה, וכן אנו רשאים לבטל המכרז או להרחיב או לצמצם את היקפו עקב סיבות תקציביות ו/או מינהליות ו/או אירגוניות.
11. במסגרת ניקוד האיכות ו/או במקרה של שוויון בין מציעים, תינתן העדפה לספקים/ מוצרים ירוקים בעלי תו תקן אקולוגי לדוגמת: Energy Star, EPEAT, Green Seal, EcoLogo, USDA, Cradle to Cradle, וכד'.
12. את הצעות המחיר בצרוף כל המסמכים הנדרשים (למעט הערבות הבנקאית שיש להגישה פיזית לתיבת המכרזים מס' 1 שבמחלקת המכרזים, ביתן 65), יש להגיש באופן דיגיטלי עפ"י הקישור שיצורף למסמכי המכרז שיפורסם באתר מנהל הרכש הממשלתי, לא יאוחר מתאריך: 29.12.2025 שעה 11:00.

המחלקה להנדסה ביו-רפואית
Bio-Medical Engineering Department

טל. 972-3-5303388/3917

פקס. 972-3-5303387

1

מכרז מס' 12599491 - נ ס פ ח א'

דרישות למכרז לרכישה והתקנה של מערכת הליכה דינמית

1. נדרשת הצעת מחיר לרכישה של המערכת שבנדון עבור מחלקת פיזיותרפיה במרכז הרפואי שיבא.
על ההצעה למכרז לכלול כל שנדרש לשם התקנה והפעלה מלאה ותקינה של המערכות על כלל מרכיביהן, בהתאם למפרט המתואר בסעיפים הבאים. מימוש בהתאם לשיקולי ביה"ח.
2. **הבהרות כלליות להגשת הצעות וחומרים נלווים:**
 - א. כל דרישה במכרז מהווה דרישת סף למעט דרישה המוגדרת כיתרון או עדיפות.
 - ב. כל דרישה במכרז מחייבת התייחסות מפורטת או התחייבות בכתב, במקום המיועד לכך בטבלאות וע"פ ההנחיות. את המסמך הראשי והטבלה יש למלא באופן דיגיטלי בלבד ולהגיש כקובץ בפורמט PDF. מסמכים וחומרים נלווים ניתן להגיש כסריקה. אין להגיש טופס שמולא בכתב יד.
 - ג. קובץ זה ילווה בסימוכין הכוללים חומרי יצרן, הצעות מחיר, הצהרות ופירוט התחייבויות בהתאם לנדרש בכל סעיף.
 - ד. כל חומר יצרן יהיה מקוטלג ומשויד לדרישה המתאימה, תוך ציון מס' הסעיף בנספח זה לצד הנתון הרלוונטי במסמכי היצרן. יש לצרף אך ורק את העמודים הרלוונטיים ולסמן בתוכם את הפסקאות או הנתונים אותם התבקשתם להגיש. אין להגיש ספרים שלמים או חומרים שאינם מסומנים ומקוטלגים לפי סעיפי דרישות.
 - ה. הצעה שלא תוגש בהתאם להנחיות, תיפסל על הסף.
3. **רקע:**
 - א. מדובר במערכת לתמיכת משקל גוף המשמשת לשיקום נוירולוגי ואורתופדי ע"י תליית המטופל באמצעות רתמות תומכות שמתחברות למסילה בתקרה. המערכת תותקן בבניין השיקום במקום ייעודי אשר נמצא מתאים לנשיאת משקלו של המטופל.
 - ב. המרכיבים העיקריים הנדרשים:
 - 1) מערכת מסילות/שלד תומך בתקרה – מבנה עליון שמאפשר ליחידת התלייה לנוע.
 - 2) יחידת תלייה תומכת דינמית – מערכת שמחזיקה את המטופל "באוויר" וכוללת מנועים, בקרים ומנגנוני בולם נפילה.
 - 3) רתמות גוף – רתמות רכות ומרופדות שמחוברות ליחידה העליונה ותומכות במטופל.
 - 4) טאבלט/מסך מגע לניהול אימונים – קביעת רמת תמיכה במשקל, תיעוד נתוני מטופלים וכד'.
 - ג. ההצעה למכרז תכלול התקנה מלאה של המוצע בבניין השיקום, כולל כל עבודות ו/או התאמות התשתית הנדרשות וכן העלויות הנלוות לשם לכך (במידה וקיימות). **המציע יישא בכל תוספת עלות שלא נלקחה על ידו בחשבון בשלב הגשת ההצעות.**
 - ד. באחריות המציע להשתתף בסיור ספקים באתר, לבצע את כל המדידות/הבדיקות הנדרשות, בחינת התשתיות והקונסטרוקציה, על מנת לוודא התאמה אופטימלית בפועל של המערכות המוצעות על כלל מרכיביהן לקיים באתר.
 - ה. המציע יגיש שרטוט מפורט בו יסומנו מיקומים בהם יותקנו כל מרכיבי המכשור לאישור גורמי ביה"ח כולל מהנדס חשמל ויחידת הבינוי.

המחלקה להנדסה ביו-רפואית
Bio-Medical Engineering Department

טל. 972-3-5303388/3917

פקס. 972-3-5303387

2

1. בעת התקנת המערכת במלואה יינתן אישור סופי ע"י מהנדס קונסטרוקציה וחשמלאי מוסמכים מטעם הספק בצירוף אישור חתום על ידם המאשר את תקינות ההתקנה – בהתאם לדרישות התקן ולהנחיות המפורטות במסמכי המכרז.
בנוסף ככל שיידרש, על הספק יהיה להגיש כל מסמך נוסף לפי דרישות בית החולים.

2. **חובה – תיאום ההדגמות ייעשה באופן פיזי מול נציגי הצוות הקליני (שני משתמשים) עם קבלת הדרישות למכרז. באחריות המציע לסיים את שלב הדגמת המערכות בהתאם לשביעות רצונם של הגורמים הבדוקים/ים.**

3. במסגרת תקופת האחריות ובתקופת השירות, המציע יהיה האחראי לפעילות התקינה השוטפת של המערכות המוצעות בשלמותן, ושל כל מרכיב ומרכיב בפרט.

4. ההצעה למכרז תכלול את כל המרכיבים והאביזרים הדרושים, גם אם אלה לא פורטו במפורש, לשם התקנה והפעלה של המערכות על פי הדרישות ובאופן מלא. הצעה אשר לא תכלול את כל הציוד הנדרש להפעלה מלאה ותקינה של המערכות, תיפסל. כמו כן, במידה ויתברר לאחר סיום המכרז כי לא הוצע פריט הנדרש להפעלה מלאה, הפריט יסופק על ידי נציג היצרן ללא תוספת עלות.

5. במידה ולאחר סיום המכרז, הזמנה ו/או התקנה של ציוד, יתברר כי עמידה מלאה בנדרש במסגרת מכרז זה אינה אפשרית בפועל ע"י המציע הזוכה, המכרז הרפואי יהיה ראשי להודיע על ביטול זכייה של מציע, ביטול הזמנה ו/או החזרת ציוד בהתאם.

4. תנאי המכרז:

דרישה	התחייבות הספק
א. תקופת ההתקשרות הינה ל-3 שנים. במידה והספק יבקש לעדכן את המחיר במהלך תקופת ההתקשרות, למכרז הרפואי שמורה הזכות לבטל את המכרז ולפתוח בהליך חדש. על הספק לאשר כי התנאים הנוגעים לתקופת ההתקשרות ברורים ומקובלים.	הסכמה בכתב:
ב. בית החולים בלבד אינו מתחייב למימוש המכרז. מימוש יבוצע בהתאם לשיקולי המזמין, הן מבחינת מועד/י המימוש והן מבחינת הכמויות המוזמנות.	הסכמה בכתב:
ג. נא לספק פרטי התקשרות (מספרי טלפון וכתובות דוא"ל) של אנשי קשר רלוונטיים לטובת הבהרות בהתאם לצורך.	איש קשר: נייד: דו"אל:

5. תמיכה ושירות:

דרישה	התחייבות ספק	הערות הנדסה ביו-רפואית (מיועד לשימוש המכרז הרפואי)
א. שרות טכני ותמיכה תפעולית ע"י הסוכן המקומי ו/או היצרן מהווים תנאי הכרחי במסגרת המכרז. נציג היצרן יהיה בעל ניסיון מוכח של לפחות שנתיים בתחום השירות והתמיכה במערכות מורכבות לפיזיותרפיה, וכן יתחייב כי יש לו היכולת המקצועית והצוות הטכני המסוגל לגבות בידע, בשירות וחלפים למערכת המוצעת המכרז, בהתאם לכללי המקצוע הטובים ובלוח זמנים סביר.	התחייבות בכתב: *אסמכתא תצורף כנספח	
ב. המציע יספק פרטי התקשרות של אנשי שירות מטעמו שיהיו זמינים ונכונים לקריאות בין שעות העבודה (8:00-17:00)	פרטי קשר: שעות פעילות:	

המחלקה להנדסה ביו-רפואית
Bio-Medical Engineering Department

טל. 972-3-5303388/3917
פקס. 972-3-5303387

3

דרישה	התייחסות ספק	הערות הנדסה ביו-רפואית (מיועד לשימוש המרכז הרפואי)
ג. זמני תגובה לקריאות שירות – המציע יתחייב כי פרק הזמן שבין קבלת קריאת שירות ובין התייבבות איש שרות באתר לא יעלה על 12 שעות במקרה של תקלה שאינה משביתה ו-6 שעות במקרה של תקלה משביתה.	זמן תגובה:	
א. הספק יתחייב להחזיק אצלו מלאי חלקי חילוף ופריטי גיבוי זמינים באופן שיאפשר אספקתם המידית עם קבלת הזמנה, בהתאם לשביעות רצון הגורם המשתמש ולדרישות מפרט זה. ב. יש לספק רשימה של פירטי הגיבוי וחלקי החילוף הזמינים במלאי מקומי.	התחייבות בכתב:	
ג. תספק ספרות מקצועית במדיה דיגיטלית עד למועד האספקה כמפורט להלן: (1) ספרות הפעלה לכל מרכיבי המערכת המוצעת. (2) ספרות שרות מסוג SERVICE MANUAL לכל מרכיבי המערכת המוצעת.	התחייבות בכתב:	
ד. על היצרן באמצעות נציגו להתחייב למתן הדרכה מלאה לצוות הרפואי, על מנת להבטיח הטמעה ושימוש נכונים בדגם המוצע. לא תהא הגבלה על כמות המשתתפים בהדרכות ו/או על כמות הסבבים. תקופת ההטמעה תכלול השתתפות בפועל בהפעלות ככל שיידרש על מנת להבטיח שימוש אופטימלי במערכת המוצעת. מעבר לנדרש לעיל, תינתן תמיכה טלפונית שוטפת לשאלות משתמשים. המציע יספק פרטי התקשרות של אנשי אפליקציה מטעמו שיהיו זמינים בין שעות העבודה (8:00-17:00).	התחייבות בכתב:	
ה. המציע יפרט פריסה בארץ ובעולם של המערכות המוצעות למכרז, תוך ציון שמות המוסדות הרפואיים בהם מצוי המכשור, דגמי המערכות ותקופת השימוש בהם. יש לצרף פרטי התקשרות עם ממליצים.	*ייוגש כנספח	
ו. יש לציין תקופת אחריות מרבית אשר תכלול כיסוי מלא של חלפים, עבודה, נסיעות וכיו"ב. תקופת האחריות המינימלית לא תפחת מ-36 חודשים עבור כל פירטי המכשור המוצעים. האחריות מיום התקנת הציוד בביה"ח ותחילת השימוש בפועל.	התחייבות בכתב לתנאי האחריות: אורך תקופת האחריות:	

המחלקה להנדסה ביו-רפואית
Bio-Medical Engineering Department

טל. 972-3-5303388/3917

פקס. 972-3-5303387

4

דרישה	התייחסות ספק	הערות הנדסה ביו-רפואית (מיועד לשימוש המרכז הרפואי)
ז. בתום תקופת האחריות יוכל המזמין להאריך את התקשרותו עם הספק באמצעות הסכם שירות ("תקופת השירות"). יש להציע חוזה שירות במתכונת זהה לאחריות, אשר יכלול תמחור שנתי. מימוש יבוצע לפי שיקולי ביה"ח.	הצעת מחיר חוזה שירות:	
ח. היצרן באמצעות נציגו, יתחייב לבצע את כל הטיפולים המונעים התקופתיים, כולל כיולים והחלפת חלפים אם נדרש להחליפם ללא עלות נוספת, בתקופת האחריות/שירות בהתאם להנחיות היצרן ובתדירות הנדרשת. אי ביצוע טיפול מונע כלשהו בזמן, יגרום להארכת תקופת האחריות/שירות בפרק הזמן האקוויולנטי. <u>הבהרה</u> : טיפול תקופתי שנתי יינתן בסמוך לתום כל שנת אחריות/שירות.	התחייבות בכתב:	
ט. המציע יפרט התחזוקה המונעת המוגדרת לדגם המוצע עלפי הוראות היצרן ותוך הפנייה להוראות היצרן. ההצעה תכלול רשימת חלפים וסוללות הנדרשים לטיפול תקופתי אם נדרשים, כולל עלויות ותדירות החלפתם בהתאם להמלצת היצרן (שעות עבודה/פרק זמן).	*יוגש כנספח. יש לסכם את הוראות היצרן בכתב ולספק רשימת חלפים ועלויות בהתאם למפורט בסעיף.	
י. המציע מתחייב לעדכן את בית החולים בכל הודעת EOL/EOS מטעם היצרן ובכל הודעת Recall או אזהרה מטעם היצרן או מכון אובייקטיבי. יש לצרף במידה והיו הודעות Recall שהיו בעבר.	התחייבות בכתב: *פירוט התראות recall קודמות יצורף כנספח	
יא. המציע יספק הצהרה מטעם היצרן לגבי משך הזמן הצפוי למתן תמיכה ושירות בדגמי המערכות המוצעות למכרז, כולל אספקה סדירה של חלקי חילוף. יש להתייחס לכל פריטי המכשור המוצעים במסגרת המכרז.	*יוגש כנספח	

המחלקה להנדסה ביו-רפואית
Bio-Medical Engineering Department

טל. 972-3-5303388/3917
פקס. 972-3-5303387

5

5. דרישות כלליות:

דרישה	התייחסות ספק
א. ההצעות למכרז תכלולנה את כל המרכיבים הדרושים (לרבות חומרה ותוכנה, אביזרים, כבלים, מחברים, מתאמים וכיו"ב), גם אם אלה לא פורטו במפורש, להפעלת המערכות במלואן על פי הדרישות.	התחייבות בכתב כי ההצעות כוללות את כל האמור וכי ברורים התנאים במידה ואינן:
ב. במידה ובמודל הרכישה קיימים מרכיבים תלויי זמן שימוש (רישיונות תוכנה, חבילות תוכנה וכל מרכיב רלוונטי אחר בעל תוקף), ההצעה תכלול את כל הנדרש לשימוש ותפעול למשך כל תקופת האחריות. בנוסף לכך, יש להגיש עלות תוכנות/רישיונות אלו עבור כל שנת שימוש נוספת (מעבר לאחריות).	
ג. הצעה אשר לא תכלול את כל הציוד הנדרש להפעלה מלאה ותקינה, תיפסל. כמו כן, במידה ויתברר לאחר סיום המכרז כי לא הוצע פריט הנדרש להפעלה מלאה, הפריט יסופק על ידי נציג היצרן ללא תוספת עלות.	
ד. יש להגיש אישור על עמידות הדגם המוצע בתקן בטיחות חשמלית למכשור רפואי בהתאם לתקן הבינלאומי IEC 60601-1, תקן כללי לבטיחות ציוד רפואי חשמלי.	*יצורף כנספח
ה. מתח הזינה חד פאזי 230V/50Hz לכל מכלולי המערכת הרלוונטיים. המערכת תסופק עם כבל זינה בעל תקע יצוק העומד בתקינה ישראלית.	התחייבות בכתב:
ו. המערכת תסופק לבית החולים בליווי טופס בדיקת בטיחות חשמלית עדכני ואישור תקינות מטעם היצרן.	התחייבות בכתב:
ז. על הספק להציג אישור אמ"ר או פטור ממנו בעת הגשת ההצעה. במידה והוגשה בקשה לחידוש רישום, יש לצרף אישור קודם וטופס אישור קליטת הבקשה באמ"ר.	*יצורף כנספח
ח. יש לספק אישורים לעמידות המוצע בתקינה בינלאומית FDA/CE.	*יצורף כנספח

המחלקה להנדסה ביו-רפואית
Bio-Medical Engineering Department

טל. 972-3-5303388/3917
פקס. 972-3-5303387

6

6. דרישות המפרט:

הנחיות למילוי:

- יש לתת התייחסות מסוכמת כתובה לכל שורה בעמודה המיועדת להתייחסות הספק אלא אם כן נאמר אחרת.
- מילוי דיגיטלי בלבד והגשה כקובץ בפורמט PDF. לא יתקבל טופס שמולא בכתב יד. במקרה כזה הצעת הספק תיפסל.
- בנוסף להתייחסות הכתובה במקומות המתאימים בטבלה, יש לצרף נספחים ומסמכים רלוונטיים לגיבוי, בהתאם לנדרש בכל סעיף. כל נספח יהיה מקוטלג ומשויד לסעיף ספציפי ותוך ציון מס' הסעיף המתאים.
- אין להגיש ספרים שלמים או חומרים שאינם מסומנים ומקוטלגים לפי סעיפי דרישות. יש לצרף אך ורק את העמודים הרלוונטיים ולסמן בתוכם את הפסקאות או הנתונים הרלוונטיים אותם התבקשתם להגיש.

המחלקה להנדסה ביו-רפואית
Bio-Medical Engineering Department

טל. 972-3-5303388/3917
פקס. 972-3-5303387

7

דרישה	התייחסות ספק	הערות הנדסה ביו-רפואית (מיועד לשימוש המרכז הרפואי)
א. מכשיר זה יאפשר למטופלים לבצע תרגול קימה, ישיבה, הליכה, שיווי משקל ותנועות פונקציונאליות.	הפניה לנספח הרלוונטי:	
א. המערכת תאפשר תנועה לאורך מסלול הליכה הכולל תנועה קדימה, אחורה וסטייה צדית.	הפניה לנספח הרלוונטי:	
ב. המערכת תאפשר טווח תמיכה דינמי – 10-90 Kg.	הפניה לנספח הרלוונטי:	
ג. המערכת תספק תמיכה דינמית במשקל גוף המטופל עם סטייה מרבית של $\pm 3\%$ מהעומס שנבחר, לכל אורך טווח הפעולה.	הפניה לנספח הרלוונטי:	
ד. המערכת תספק יכולת נשיאת מטופלים במשקל גוף בטווח של 20-200 Kg לפחות במצב דינמי.	הפניה לנספח הרלוונטי:	
ה. המערכת תאפשר הפחתת אחוז התמיכה במשקל הגוף באופן הדרגתי ומדויק בהתאם להתקדמות המטופל עם שליטה מלאה בעומס הנתמך במהלך האימון.	הפניה לנספח הרלוונטי:	
ו. בעל ממשק דיגיטלי/מסך מגע/טאבלט קשיח) לניהול תרגול הכולל: 1) בחירת רמת תמיכה במשקל 2) שליטה במהירות תנועה 3) הצגת נתוני תרגול בזמן אמת (מרחק, זמן, עומס ומהירות) 4) שמירת נתוני מטופלים והיסטוריית אימונים.	הפניה לנספח הרלוונטי:	
ז. המערכת תכלול מנגנון אוטומטי לזיהוי נפילות בזמן אמת והפעלה מיידית של בלימת חירום וכן כפתור עצירת חירום ידני הנגיש למטפל בכל עת.	הפניה לנספח הרלוונטי:	
ח. המערכת תאפשר הרמת המטופל באופן פאסיבי ממצב ריצפה/ישיבה למצב עמידה.	הפניה לנספח הרלוונטי:	
ט. המערכת תכלול רתמות בטיחות מרופדות ומתכוונות במידות שונות (לילדים ומבוגרים).	הפניה לנספח הרלוונטי:	
י. המערכת תאפשר הגבלת תנועה מוגדרת מראש למניעת תנועה לא רצויה עפ"י החלטת המטפל.	הפניה לנספח הרלוונטי:	
יא. אורך מסלול הליכה נתמך של לפחות 20 מטר.	הפניה לנספח הרלוונטי:	
יב. המערכת תאפשר תמיכה דינמית במטופל במהירות הליכה מרבית של 7 Km/h לפחות.	הפניה לנספח הרלוונטי:	
יג. <u>יתרון</u> – המערכת תאפשר תנועה דו ממדית (2D) חופשית במישור האופקי, כולל סיבוב 360° , ללא תנועה חופשית בציר האנכי.	הפניה לנספח הרלוונטי:	
יד. <u>יתרון</u> – המערכת תכלול קונסטרוקציה מינימלית, אשר תחסוך במקום ובמשקל, תצמצם את השימוש בחומרי גלם ותפחית את ההשפעה הסביבתית, ללא פגיעה בתפקוד המערכת.		

המחלקה להנדסה ביו-רפואית
Bio-Medical Engineering Department

טל. 972-3-5303388/3917

פקס. 972-3-5303387

8

7. אבטחת סייבר ומערכות מידע:

- א. יש להגיש נספח ד', דרישות מחשוב ואבטחת מידע, מלא וחתום בהתאם להוראות, לצורך בדיקה של היחידה למערכות מידע וקבלת אישורה. ימולאו כל הפרטים הרלוונטיים עבור אפשרות לחיבור קווי ו/או WIFI לרשת שיבא. אישור של לפחות אחת מתצורת התממשקות (קווי / WIFI) ע"י יחידת מערכות מידע, מהווה חלק בלתי נפרד מדרישות הסף במכרז.
- ב. את נספח אבטחת המידע יש למלא באופן שישקף את הדרישות המופיעות במפרט הטכני. באם הופיעו דרישות המחייבות קישוריות, התממשקות למערכות מידע, שידור אלחוטי או כל אלמנט אחר – אופן מילוי הנספח יתאים לנדרש.
- ג. ההצעה למכרז תכלול כל העלויות הנלוות על מנת לאפשר בפועל את יכולות התממשקות והקישוריות הנדרשות באופן מלא ולפי המתואר בסעיפי פרק זה ובמפרט הטכני. המציע יישא בכל תוספת עלות שלא נלקחה על ידו בחשבון בשלב הגשת ההצעה למכרז.

המחלקה להנדסה ביו-רפואית
Bio-Medical Engineering Department

טל. 972-3-5303388/3917
פקס. 972-3-5303387

9

מכרז מס' 12599491- נ ס פ ח ב'

אמות המידה לבחירת ההצעה יהיו כדלקמן:

70%	1. משקל כמותי (עלות)
30%	2. משקל איכותי (חוו"ד משתמש קצה)
100%	סה"כ

*ציון איכותי של מתחת ל-10 (בסולם 0-30) יוביל לפסילת הטכנולוגיה המוצעת מהשתתפות במכרז.

המחלקה להנדסה ביו-רפואית
Bio-Medical Engineering Department

טל. 972-3-5303388/3917

פקס. 972-3-5303387

1

מכרז מס' 12599491

רכישה והתקנה של מערכת הליכה דינמית עבור ביה"ח שיקומי/ פיזיותרפיה

תוקף ההצעות

ההצעות למכרז יישארו בתוקף עד לבחירת זוכה. במידה ובתקופה זו, לא נתקבלה החלטה סופית בדבר בחירת הזוכה על ידי ועדת המכרזים, רשאי יהיה המזמין לדרוש מהמציעים להאריך את תוקף הצעותיהם.

11. קבלת הבהרות או פרטים :

המציע רשאי לפנות לנציג שיבא לקבלת הבהרות ו/או פרטים, הקשורים למסמך זה **אך ורק** באמצעות מערכת יהלום.

(שאלות שיופנו בעל פה, במייל או בטלפון לא יענו ולא יחייבו את המזמין).

מועד אחרון להגשת שאלות/הבהרות עד תאריך 18.12.2025 בשעה 16:00

תשובות לשאלות יפורסמו באופן מרוכז באתר מנהל הרכש הממשלתי.

א. מובהר, כי בכל מקרה של סתירה או אי התאמה בין מסמכי המכרז לתשובות לשאלות ההבהרה, תגברנה התשובות לשאלות ההבהרה.

ב. כמו כן, מובהר כי בכל מקרה של פגם או חסר במכרז או מסמכיו, חובה על המציע ליתן למזמין הודעה בכתב בדבר האמור מיד עם גילוייה על ידו ועל פי המפורט לעיל, שאם לא כן יהא מושתק מלטעון כל טענה בהקשר זה.

12. אופן הגשת ההצעות :

אופן הגשת הצעות המכרז הינו באמצעות תיבה דיגיטאלית בלבד. המכרז יוגש באמצעות תיבה דיגיטאלית שתיפתח באתר מנהל הרכש הממשלתי, כאשר המציע יקבל מסרון לנייד וכן מייל עם קישור להגשת ההצעה באתר.

המועד האחרון להגשת הצעות המכרז לא יאוחר מתאריך: **29.12.2025, שעה 11:00**. יודגש, הגשת ההצעה החתומה מהווה ראייה חלוטה לכך שהמציע קרא את כלל האמור במסמכי המכרז, הבין את האמור במסמכים אלה ונתן לכך את הסכמתו הבלתי מסויגת.

הגשת ההצעה במועד המצוין לעיל היא על אחריות המציע לבדו. הצעה שתוגש במועד מאוחר יותר לא תיבחן על-ידי ועדת המכרזים ותוחזר לשולחה.

הצעה שתוגש בכל דרך אחרת, לרבות פקס / דוא"ל, לא תתקבל.

13. שינויים והסתייגויות :

לגבי כל שינוי, תוספת או הסתייגות שיעשו על ידי המציע ביחס למסמכי המכרז, בין בגוף המסמכים בין במסמך לוואי ובין בדרך אחרת, תהיה ועדת המכרזים רשאית, בהתאם לשיקול דעתה המוחלט בנדון, לפעול באחת או יותר מהדרכים הבאות:

- א. לפסול או לדחות את הצעתו של המציע;
- ב. לראות את הצעת המציע כאילו לא נעשו בה השינויים כלל.
- ג. לדרוש הבהרות מן המציע בעניין השינוי.

14. הרחבת או צמצום היקף ההתקשרות :

המזמין שומר לעצמו את הזכות לדרוש מן הספק להרחיב או לצמצם את היקף ההתקשרות והספק מתחייב לפעול בהתאם לנדרש תוך 7 ימים מעת שקיבל לכך דרישה בכתב מהמזמין.

המחלקה להנדסה ביו-רפואית
Bio-Medical Engineering Department

טל. 972-3-5303388/3917
פקס. 972-3-5303387

2

15. התחייבות ואישורים שידרשו מהמציע שיוכרז כזוכה :

- א. לאחר החלטה על זוכה יחתום הזוכה על הסכם ההתקשרות בנוסח המצורף בנספחי המכרז בטרם חלוף 30 (שלושים) יום ממועד ההודעה על הזכייה, או במועד אחר שיקבע המזמין.
- ב. המציע מתחייב לחתום על ההסכם המצורף כמות שהוא. הצעה ללא חתימה על המסמכים ע"י בעלי זכויות החתימה עלולה להיפסל (יש לצרף אשור עו"ד לגבי בעלי זכות החתימה הרשאים לחייב את המציע).

17. עיון בהצעה הזוכה :

- א. בהתאם לתקנה 21(ה) לתקנות חובת המכרזים, התשנ"ג-1993, עומדת למציעים הזכות לעיין בהצעה הזוכה.
- ב. במידה והמציע סבור כי פרטים בהצעתו מהווים סודות מקצועיים או מסחריים שלגביהם הוא מבקש שיהיו חסויים בפני הצגה למציעים אחרים, עליו לפרט במפורש אלו פרטים בהצעתו הוא מבקש שיהיו חסויים ואת הנימוקים לכך. מציע שלא יציין פרטים שכאלה, ייראה כמי שהסכים לחשיפת הצעתו כולה. ההחלטה הסופית על חיסיון סעיפים תהא בשיקול דעת וועדת המכרזים של המזמין בלבד. בהגשת הצעתו מסכים ומאשר המציע מראש כי אין ולא יהיו לו כל טענות, דרישות או תביעות כנגד המזמין בגין כל החלטה בנדון.
- ג. סימון חלקים בהצעה כסודיים מהווה הודאה בכך שחלקים אלה בהצעה סודיים גם בהצעותיהם של המציעים האחרים, ומכאן שהמציע מוותר מראש על זכות העיון בחלקים אלה של הצעות המציעים האחרים.
- ד. יובהר כי בכל מקרה הצעת המחיר של המציע תהיה גלויה למציעים האחרים, ובמסגרת הליך העיון בהצעות ניתן יהיה להציגה כאמור.
- ה. עיון במסמכי המכרז יעשה בהתאם לחוק חובת המכרזים, ולאחר תאום מראש עם וועדת המכרזים.

18. שוויון בהצעות :

- א. במקרה של שוויון בהצעות תינתן עדיפות ל"עסק בשליטת אישה", רק במידה שהוגש תצהיר רלבנטי מטעם המציע.
- ב. עסק בשליטת אישה" להצעה אשר מתקיים בה האמור בסעיף 2 ב' לחוק חובת המכרזים, כלומר שהוגשה ע"י עסק – בשליטת אישה, יצורפו אישור רואה חשבון ותצהיר כנדרש עפ"י חוק.
- ג. במקרה ולא תוגש הצעה מטעם "עסק בשליטת אישה", נתון שיקול הדעת המוחלט והבלעדי למזמין, לקבוע, במקרה של שוויון בהצעות, האם לערוך הליך התמחרות נוסף (Best & Final) או האם לנקוט באופן אחר על מנת להשיג את מירב היתרונות למזמין.

19. התקשרות בעקבות זכייה :

- א. ההתקשרות עם הזוכה בהליך תהיה התקשרות בהסכם אשר במסגרתו יספק מענה בהתאם לדרישות המזמין המופיעות במכרז זה.
- ב. יודגש, כי אין בהעסקת קבלני משנה על-ידי הזוכה, במידה ויועסקו, בכדי לפטור את הזוכה מהתחייבויותיו שעל פי הליך זה וההסכם שעל פיו, וכי הזוכה יהיה אחראי כלפי המזמין וכלפי כל צד ג' באשר לפעולותיו, מעשיו ומחדליו של קבלן המשנה, לכל דבר, צורך ועניין.
- ג. אם בכל עת במהלך ההתקשרות ידרוש המזמין או נציג מטעמו את החלפתו של עובד הקבלן מסיבות הקשורות בתפקוד לקוי, רשלנות, אי-כשירות, התנהגות בלתי הולמת, היווצרות של בעיה

המחלקה להנדסה ביו-רפואית
Bio-Medical Engineering Department

טל. 972-3-5303388/3917
פקס. 972-3-5303387

3

- ביחסי האמון בינו לבין גורמים במרכז הרפואי או כל סיבה אחרת, הזוכה יפעל במהירות להעביר מתפקידו את העובד כאמור ולהחליפו באדם כשיר ומתאים לביצוע התפקיד וזאת בכפוף לאישור המזמין כאמור לעיל.
- ד. ההתקשרות עם הזוכה תהיה בהתאם לנוסח ההסכם המצורף למכרז, ומהווה חלק בלתי נפרד ממנו.
- ה. ההתקשרות כפופה לכל אישור הנדרש על פי דין.

20. הערות כלליות :

- א. אין אנו מתחייבים לקבל את ההצעה הנמוכה ביותר או כל הצעה שהיא, כמו כן אנו רשאים לנהל מו"מ עם המתמודדים במכרז בהתאם לתקנה 7(א) ו/או לקיים הליך תחרותי נוסף בהתאם לתקנה 17' לתקנות חובת המכרזים, התשנ"ג-1993. (היה והפער הכספי או בניקוד בין ההצעות הזוכות המובילות יהיה קטן מ 10% או תהיה חריגה מהאומדן שנקבע).
- ב. אנו נהיה רשאים לשקול את חוסנה הכלכלי של החברה הקבלנית המציעה כשיקול נוסף לצורך בחירת הזוכה במכרז.
- ג. אנו שומרים לעצמנו את הזכות לבטל מכרז זה ולפרסם מכרז חוזר בתנאים דומים או שונים מתנאי מכרז זה וכן אנו עשויים לנהל משא ומתן עם המציעים כולם או עם חלק מהם.
- ד. המשתתף במכרז לא יהיה זכאי לכל תשלום בגין הוצאות מכל מין וסוג שהוא שנגרמו או יגרמו לו בגין השתתפותו במכרז בין במקרה והמכרז יבוטל ובין במקרה ולא יזכה בו.
- ה. למזמין שמורה הזכות לפנות במהלך בדיקת ההצעות אל המציעים (כולם או חלקם) כדי לקבל הבהרות או כדי להסיר אי בהירויות, ו/או לבקר במתקני המציע ו/או באתרים בהם סיפק הטובין/ השירות ולזמן לראיון נוסף מי מהמציעים, שימצא לנכון על פי שיקול דעתו הבלעדי.
- ו. לזוכה לא תהיה בלעדיות מהמזמין והמזמין יוכל לקבל שירותים מסוג נשוא מכרז זה ומכל סוג אחר ומכל גורם אחר כלשהו. כמו כן רשאי המזמין שלא לבקש מהזוכה או מכל גורם אחר כלשהו שירותים כלל ולבצע שירותים אלו בעצמו, הכל לפי שיקול דעתו הבלעדי של המזמין.

המחלקה להנדסה ביו-רפואית
Bio-Medical Engineering Department

טל. 972-3-5303388/3917
פקס. 972-3-5303387

4

הסכם התקשרות

שנערך ונחתם ב _____ ביום _____ לחודש _____ 2025

בין: קרן מחקרים ושירותי בריאות – שיבא, עמותה מס' 58-030199-2
(להלן: "הקרן" ו/או "המזמין")

מצד אחד

לבין:

(להלן: "הספק")

כתובת:

מייל:

טלפון:

מצד שני

הואיל:

והמזמין פרסם מכרז מס' 12599491 לרכישה, והתקנה של מערכת הליכה דינמית
(להלן: "המכרז"), עבור מחלקת פיזיותרפיה במרכז הרפואי שיבא תל השומר
באמצעות קרן מחקרים ושירותי בריאות שיבא

והואיל:

והספק הגיש במסגרת המכרז הצעה לרכישה, והתקנה של מערכת הליכה דינמית
(להלן: "ההצעה") ומוכן לקבל על עצמו את ביצוע כל ההתחייבויות המפורטות במכרז
ע"פ תנאי הסכם זה;

והואיל:

והקרן הינה עמותה המאושרת כ"תאגיד בריאות" (כמשמעותו בחוק יסודות התקציב),
הרשאית לפעול במרכז רפואי שיבא בתל השומר (להלן: "ביה"ח"), אשר במסגרת
פעולותיה כתאגיד בריאות, ובהתאם להסכם הפעילות שבינה לבין ביה"ח, מוסמכת
לבצע בין היתר התקשרויות בנושא המכרז;

והואיל

והספק מצהיר כי הינו בעל ידע, כישורים ומומחיות במתן השירותים ומוכן לספק לקרן
את השירותים בביה"ח כקבלן עצמאי לכל דבר ועניין וכמפורט בהסכם זה להלן;

והואיל

והקרן מעוניינת להתקשר עם הספק לשם ביצוע השירותים בביה"ח כקבלן עצמאי
כמפורט בהסכם זה;

לכן: מוסכם, מוצהר ומותנה בין הצדדים כדלקמן:

1. מבוא:

המבוא להסכם זה לרבות ההצהרות הכלולות בו ונספחי ההסכם, מהווה חלק בלתי נפרד הימנו:

המחלקה להנדסה ביו-רפואית
Bio-Medical Engineering Department

טל. 972-3-5303388/3917
פקס. 972-3-5303387

5

- מענה למכרז מטעם הספק לרבות פירוט הדרישות הכוללות את מפרט השירותים המפורטים במכרז וכן הצעת הספק מיום _____ המסומנת כנספח א' להסכם.

2. הגדרות

- 2.1 "תקופת ההתקשרות" – תקופת ההתקשרות תחל עם חתימת הסכם זה עם הספק ותהא לתקופה של 36 חודשים מיום הרכישה והתקנת מערכת ההליכה הדינמית על כל חלקיה. תקופת ההתקשרות תמשך לאורך כל תקופת מתן השירותים כמפורט בהסכם ההתקשרות.
- 2.2 מועד תחילת מתן השירותים – הספק מתחייב כי תוך 15 יום לכל היותר ממועד חתימת ההסכם התקשרות.
- 2.3 תקופת האחריות: אחריות מלאה לתקופה של _____ שנים על המערכת ועל כל חלקיה לרבות עבודה, חלפים ועמידה ב-SLA ותחושב ממועד התקנת המערכת והציוד הנלווה לה והפעלתם וכן לאחר שנבדקה ואושרה על ידי גורם מטעם ביה"ח.
- 2.4 "תקופת השירות" : תקופה זו תחל בתום תקופת האחריות ותימשך _____ שנים נוספות (אופציה של ביה"ח) בתשלום ובהתאם להסכמת הצדדים.
- 2.5 השירותים – רכישה, התקנה ותחזוקה של מערכת הליכה דינמית ובהתאם למפורט במפרט ובדרישות במכרז.

3. מהות ההתקשרות והצהרות הספק:

- 3.1 הספק מצהיר ומתחייב כי הינו בעל ניסיון מוכח באספקת והתקנת ותחזוקת מערכת הליכה דינמית ויש לו הידע, היכולת המקצועית, המומחיות והאפשרויות הטכניות, על מנת לקיים את כל התחייבויותיו על פי הסכם זה על כל נספחיו בצורה המקצועית והיעילה ביותר ולשביעות רצון המזמין ו/או מי מטעמו, וכן יהיו ברשותו בכל הזמנים והמועדים המפורטים בהסכם זה, חלקי חילוף וציוד וכלים מתאימים לתחזוקת המערכת על כל חלקיה וכן צוות אנשים מיומנים לשם ביצוע העבודות ומתן השירותים האמורים בהסכם זה.
- 3.2 הספק מתחייב לבצע את כל העבודות וביצוע ההתקנות החלות עליו והשירותים המפורטים בהסכם זה ובמפרט הטכני תוך הזדקקות לשיטות עבודה בטוחות ולצוות עובדים מיומן לציוד תקין.
- 3.3 מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, מתחייב הספק לבצע את כל העבודות וההתקנות נשוא הסכם זה, על פי דין ולמלא אחר הוראות מפקח בטיחות מטעם משרד העבודה – במידה ויידרש לעניין – ולצאת ידי חובת רישוי הקבועות בכל דין בקשר לסדרי הבטיחות בעבודה לעובדים ולציבור כאחד.
- 3.4 הספק מצהיר כי אין כל מניעה חוזית ו/או חוקית ו/או אחרת להתקשרותו עם המזמין.

המחלקה להנדסה ביו-רפואית
Bio-Medical Engineering Department

טל. 972-3-5303388/3917
פקס. 972-3-5303387

6

- 3.5 הספק מצהיר ומאשר כי אין ולא יהיו לו כל זכות קניינית ו/או בלעדיות ו/או זכות שכירות במקומות בו תותקן המערכת על כל חלקיה וכי מעמדו בהתקשרות הינו ספק למתן השירותים המצוינים במכרז.
- 3.6 הספק מצהיר ומאשרת כי יספק את מלוא השירותים המפורטים במפרט הטכני ובכלל בכל הנדרש בנספחים ובאמור במכרז כולו.
- 3.7 הספק מתחייב לספק שירותי אחזקה וחלקי חילוף כמפורט במפרט הטכני.
- 3.8 הספק מתחייב לפעול בהתאם למפרט הטכני ודרישות של הציוד והמערכות שהוצעו על ידו ואשר צורפו להצעה.

4. התמורה:

- 4.1 בכפוף לקיום התחייבויות הספק במלואן ובמועדן, המזמין ישלם לספק את התמורה כמפורט בהצעה ובעדכונה, והמצורפת להסכם זה ומצורפת כאמור בנספח א'.
- 4.2 כל הסכומים ישולמו לספק בצירוף מע"מ כדין, וכנגד חשבוניות מס שימציא הספק למזמין לפני מועד כל תשלום.
- 4.3 התמורה תשולם לפי תנאי התשלום המקובלים בשיבא - שוטף + 60 יום, ממועד קבלת חשבון עסקה/ חשבונית מס ובהתאם לכללי הדיווח שיקבעו ע"י הקרן מעת לעת.
- 4.4 תשלום התמורה מותנה בהמצאת כל האישורים הנדרשים על פי חוק, קיומה של ערבות תקפה וביטוחים תקפים. בהיעדר אישורים כאמור לא יבוצע כל תשלום ולא יחשב הדבר כפיגור בתשלום התמורה לספק.
- 4.5 עם חתימת החוזה וכתנאי לביצוע תשלום "התמורה", ולא יאוחר מהמועד בו נמסרה לספק ההודעה בדבר זכייתו במכרז, מתחייב הספק להמציא למזמין להבטחת ביצוע התחייבויותיו ערבות בנקאית עצמאית ובלתי מותנית בגובה של 100,000 ש"ח אשר תהא צמודה למדד המחירים לצרכן (להלן: "הערבות"), הערבות תהיה בתוקף במשך כל תקופת ההסכם וכן 90 יום לאחר סיום תקופת ההתקשרות כקבוע בתנאי החוזה בנוסח המצורף כנספח למסמכי המכרז.
- 4.6 המזמין יהיה רשאי לממש את הערבות הנ"ל לצורך מימוש זכויותיו ועל מנת לגבות כל סכום שיגיע לו ע"פ ההסכם, לרבות סכומי קנסות.

5. העדר יחסי עובד מעביד

- 5.1 הצדדים מצהירים כי אין בתנאי הסכם זה או ביצועו כדי ליצור יחסי עובד ומעביד בין מי מהם לבין עובדי הצד האחר וכי כל אחד מהצדדים אחראי כלפי עובדיו הוא. במידה ותוגש ע"י מי מעובדי הספק תביעה כנגד המזמין ו/או כנגד ביה"ח בקשר עם יחסי עובד – מעביד ידאג הספק לביטולה ו/או ישפה את המזמין בגין כל סכום אותו יחויב לשלם עבור הוצאותיו.
- 5.2 כמו כן מצהיר הספק, כי הוא מבטח את עצמו ואת עובדיו ו/או שלוחיו מפני כל נזק העלול להיגרם להם בגין ביצוע הסכם זה.

המחלקה להנדסה ביו-רפואית
Bio-Medical Engineering Department

טל. 972-3-5303388/3917
פקס. 972-3-5303387

7

6. שמירת סודיות

- 6.1 הצדדים מתחייבים לשמור בסוד כל מידע אשר יגיע אליהם בקשר עם הסכם זה, לרבות פרטים בדבר חולים ו/או מטופלים בבית החולים ו/או ניסויים המבוצעים בבית החולים ולא להעביר לכל גורם שהוא כל מידע מכל סוג שהוא שנודע להם כאמור.
- 6.2 הספק מתחייב להחזיר כל עובד וכל נציג מטעמו על טופס שמירת סודיות בהתאם.
- 6.3 הצדדים יהיו אחראים הדדית בגין כל נזק שיגרם לכל גורם שהוא עקב הפרת חובת סודיות, כאמור בסעיף זה.

7. אחריות

- 7.1 **אחריות.** הספק יהיה אחראי לכל נזק בהתאם לחבותו על פי כל דין (לא רק ממעשה או מחדל רשלני ו/או שנעשו במתכוון). הספק ישפה ויפצה את הקרן ו/או את ביה"ח בגין כל סכום שיהיה עליהם לשלם לכל אדם או גוף שהוא הנובע ממעשה או מחדל רשלני של הספק ו/או שנעשו במתכוון.
- 7.2 **סעיף אחריות זה אינו מגביל את אחריותו של הספק לנזקים מכל סוג שהוא ו/או לנזקים עד לגובה סכום מסוים.**
- 7.3 **יובהר כי מדינת ישראל- משרד הבריאות, פטורים מאחריות לנזקים שנגרמו עקב מתן השירותים בהסכם זה ו/או על ידי הספק והבאים מטעמו.**

8. ביטוח:

- 8.1 **ביטוח- הוראות הביטוח אשר יחולו על הספק יהיו כמפורט בנספח דרישות הביטוח המצ"ב להסכם זה כחלק בלתי נפרד ממנו. נספח הביטוח שלהלן יצורף כנספח להסכם בהתאמה.**

9. תקופה וביטול מוקדם:

- 9.1 תקופת ההתקשרות תחל עם חתימת הסכם זה עם הספק ותהא לתקופה של 36 חודשים. תקופת ההתקשרות תמשך לאורך כל תקופת מתן השירותים כמפורט בהסכם ההתקשרות.
- 9.2 למרות כל האמור לעיל, למזמין הסמכות לבטל את ההסכם ללא מתן הודעה מוקדמת ומבלי שהביטול יקנה לספק כל זכויות ו/או תביעות כספיות נגד המזמין ו/או ביה"ח במקרים המפורטים להלן:
 - 9.2.1.1 הספק הפר אחת מהוראות הסעיפים הבאים: 3,4,5,7,8, להסכם זה (להלן: **"הפרה יסודית"**)
 - 9.2.1.2 מונה לספק מפרק או מפרק זמני, או קדם מפרק או קדם מפרק זמני, או כונס נכסים, בין ארעי ובין קבוע, או ניתן נגדה צו פירוק או צו כינוס נכסים, בין זמני ובין קבוע – ואלו לא בוטלו תוך 60 יום.
 - 9.2.1.3 נקיטת פעולה ע"י הספק בניגוד להוראות מנהל היחידה.
 - 9.2.1.4 נקיטת פעולה ע"י הספק בניגוד לאינטרסים של הקרן.
 - 9.2.1.5 אם הספק לא יספק את השירותים להם התחייב ברמה ראויה.

המחלקה להנדסה ביו-רפואית
Bio-Medical Engineering Department

טל. 972-3-5303388/3917
פקס. 972-3-5303387

8

9.3 על אף האמור לעיל הקרן תהיה רשאית לסיים את ההסכם לפי שיקול דעתה המוחלט בהתראה בכתב של 30 יום מראש מכל סיבה שתמצא לנכון ע"י מנהל היחידה.

10. אי מתן זכויות כלשהן מביה"ח:

10.1 מוצהר ומוסכם בזה כי המתקשרת עפ"י הסכם זה הינה הקרן בלבד, וכי מתן השירותים על ידי הספק בהתאם להסכם זה, לא תעניק לו כל מעמד ו/או זכויות ו/או הטבות מסוג כלשהו כלפי ביה"ח ו/או מדינת ישראל.

10.2 למען מנוע ספקות, מצהיר הספק ומסכים כי מתן השירותים נשוא הסכם זה לא תחשב כעבודה המקנה לו זכויות כעובד (קבוע ו/או זמני ו/או מכל סוג אחר שהוא), לא של הקרן ולא של ביה"ח, לכל דבר ועניין, ולא תזכה אותו או שאיריו בזכויות של עובד ביה"ח לרבות לא בזכות לגמלאות עפ"י חוק שירות המדינה (גמלאות) תש"ל – 1970, וכי זכויותיו בכל הקשור למתן השירותים נשוא הסכם זה יהיו רק כאמור בהסכם זה, והספק מתחייב שלא לטעון כל טענה לפיה נוצרו יחסי עבודה בינו לבין בית החולים או המדינה, בכל הקשור והנובע מהסכם זה.

11. שונות:

11.1 הספק אינו רשאי להסב את זכויותיו ו/או התחייבויותיו ע"פ הסכם זה, לאחרים, ללא קבלת הסכמת המזמין בכתב.

11.2 הסכם זה ישונה בכתב בלבד ובחתימת שני הצדדים.

11.3

12. מוסכם בזה כי המהנדס הראשי של ביה"ח או מי שימונה על ידו יהיו המוסמכים להחליט לעניין כל מחלוקת מקצועית בין הצדדים כולל מילוי כל חובותיו של הספק ע"פ הסכם זה על כל נספחיו, וכי הכרעתו תחייב את הספק לכל דבר ועניין.

12.1 ספרי הקרן, חשבונות וספרי הקרן יהיו ראיה מכרעת ומוסכמת בכל התחשבות בין הצדדים.

12.2 תוקף ההסכם ושינויים. הסכם זה, לרבות, הנספחים לו, ממצה את ההסכמות, ההתניות, ההצהרות והיחסים המשפטיים בין הצדדים ולא יהיה תוקף לכל הצעה, סיכום, מצג או הבטחה של צד אחד למשנהו, בין בכתב ובין בעל פה, בין במפורש ובין במשתמע, אלא כאמור בהסכם זה. הסכם זה לא יתוקן או ישונה אלא בהסכמה בכתב של שני הצדדים.

12.3 בנוסף, ומבלי לגרוע משאר הוראות הסכם זה, מוסכם בזאת בין הצדדים כי תוקפו של הסכם זה וכן כל שינוי בתנאיו, יהיה כפוף גם להוראות תקנות אשר הותקנו או יותקנו מדי פעם מכח סעיף 31 ג' לחוק יסודות התקציב התשמ"ה - 1985.

12.4 הודעות. הודעות עפ"י הסכם זה ימסרו ביד, תשלחנה בדואר רשום או בדואר אלקטרוני לכתובות המפורטות להלן ובלבד שהתקבל אישור מהנמען על קבלת הדוא"ל. כל הודעה שתמסר או תשלח כאמור, תחשב כאילו נתקבלה ע"י הנמען במוקדם שבין המועדים הבאים: עם מסירתה במענו של הנמען, או בחלוף 3 ימי עסקים מהיום בו נמסרה למשלוח בדואר רשום.

כתובות דואר אלקטרוני:

הקרן:

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine
TEL-HASHOMER 52621, ISRAEL



מדינת ישראל
משרד בריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה להנדסה ביו-רפואית
Bio-Medical Engineering Department

טל. 972-3-5303388/3917
פקס. 972-3-5303387

9

_____ הספק :

ולראייה באו הצדדים על החתום :

_____ הספק

_____ הקרן

המחלקה להנדסה ביו-רפואית
Bio-Medical Engineering Department

טל. 972-3-5303388/3917
פקס. 972-3-5303387

10

נוסח ערבות ביצוע (ערבות הסכם)

(ערבות תינתן על ידי הזוכה)

שם הבנק _____
מס' טלפון _____
מס' פקס _____

לכבוד
קרן מחקרים ושירותי בריאות- שיבא

הנדון : ערבות מס' _____
לבקשת _____
אנו ערבים בזה כלפיכם לסילוק כל סכום עד לסך _____
(במילים : _____)

שיוצמד למדד _____ (שם המדד)
לחודש _____ מתאריך _____
(תאריך פרסום המדד)

אשר תדרשו מאת : _____ (להלן "החייב")

בקשר עם מכרז מס' _____ שפורסם.
אנו נשלם לכם את הסכום הנ"ל תוך 15 יום מתאריך דרישתכם הראשונה בכתב, מבלי שתהיו חייבים
לנמק את דרישתכם ומבלי לטעון כלפיכם טענת הגנה כל שהיא שיכולה לעמוד לחייב בקשר לחיוב כלפיכם,
או לדרוש תחילה את סילוק הסכום האמור מאת החייב.

ערבות זו תהיה בתוקף מתאריך _____ עד תאריך _____ ועד בכלל.

דרישה על- פי ערבות זו יש להפנות לסניף הבנק שכתובתו : _____
מס' הבנק _____ ומס' הסניף _____

שם הבנק _____
הכתובת _____

ערבות זו אינה ניתנת להעברה.

***הערה : בשיקול דעת ועדת המכרזים של המזמין לאשר ערבות בנקאית בשינויים לא מהותיים מנוסח זה.**

בכבוד רב,

שם הבנק/חברת הביטוח

המחלקה להנדסה ביו-רפואית
Bio-Medical Engineering Department

טל. 972-3-5303388/3917
פקס. 972-3-5303387

11

נספח דרישות הביטוח

א. הספק מתחייב לבצע ולקיים את כל הביטוחים המפורטים בזה לטובתו ולטובת מדינת ישראל – משרד הבריאות, המרכז הרפואי המשולב ע"ש ח. שיבא תל השומר (להלן: "המרכז הרפואי שיבא"), כשהם כוללים את כל הכיסויים והתנאים הנדרשים להלן כאשר גבולות האחריות לא יפחתו מהמצוין להלן:

1. ביטוח חבות מעבידים

- 1) הספק יבטח את אחריותו החוקית על פי פקודת הנזיקין (נוסח חדש) ו/או חוק האחריות למוצרים פגומים תש"ם – 1980 כלפי עובדיו בביטוח חבות המעבידים בכל תחומי מדינת ישראל והשטחים המוחזקים.
- 2) גבול האחריות לא יפחת מסך- 20,000,000 ₪ לעובד, למקרה ולתקופת הביטוח.
- 3) הביטוח יורחב לכסות את חבותו של המבוטח כלפי קבלנים, קבלני משנה ועובדיהם היה ויחשב כמעבידם.
- 4) הביטוח יורחב לשפות את מדינת ישראל – משרד הבריאות, המרכז הרפואי שיבא היה ונטען לעניין קרות תאונת עבודה/מחלת מקצוע כלשהי כי הם נושאים בחבות מעביד כלשהם כלפי מי מעובדי הספק, קבלנים, קבלני משנה ועובדיהם שבשירותו.

2. ביטוח אחריות כלפי צד שלישי

- 1) הספק יבטח את אחריותו החוקית על פי דיני מדינת ישראל בביטוח אחריות כלפי צד שלישי גוף ורכוש (כולל נזקי גרר) בגין פעילותו, בכל תחומי מדינת ישראל והשטחים המוחזקים.
- 2) גבול האחריות לא יפחת מסך- 4,000,000 ₪ למקרה ולתקופת הביטוח.
- 3) בפוליסה ייכלל סעיף אחריות צולבת - CROSS LIABILITY.
- 4) הביטוח יורחב לכסות את חבותו של המבוטח כלפי צד שלישי בגין פעילות של קבלנים, קבלני משנה ועובדיהם.
- 5) מתקינים, טכנאים ובעלי תפקידים אחרים, שאינם מכוסים במסגרת ביטוח חבות מעבידים של הספק, ייחשבו צד שלישי.
- 6) הביטוח יורחב לכסות נזקים שייגרמו כתוצאה מפריקה וטעינה על ידי ובאמצעות מכשירי הרמה מכל סוג שהוא. אם קיים סייג/חריג לגבי טעינה ופריקה, הוא יבוטל.

המחלקה להנדסה ביו-רפואית
Bio-Medical Engineering Department

טל. 972-3-5303388/3917
פקס. 972-3-5303387

12

- (7) כל סייג / חריג לגבי רכוש שאינו בבעלותו של הספק, אולם נמצא בשליטתו בחזקתו ובפיקוחו - יבוטל.
- (8) כל סייג/ חריג לגבי רכוש- המתייחס לרכוש מדינת ישראל שהספק או כל איש שבשירותו פועלים או פעלו עליו במישרין, יבוטל
- (9) הביטוח יורחב לשפות את מדינת ישראל – משרד הבריאות ו/או המרכז הרפואי שיבא, ככל שייחשבו אחראים למעשי ו/או מחדלי הספק וכל הפועלים מטעמו.

3. ביטוח חבות מוצר - PRODUCTS LIABILITY

- (1) הספק יבטח את אחריותו בביטוח חבות המוצר בגין רכישה, תכנון, אספקה, התקנה ותחזוקת מתקני קירור, הקפאה והפשרה ושנוע לגופות עבור מסר- המרכז הארצי לסימולציה רפואית, כולל גם הובלת המתקנים, הצבתם וחיבורם למערכת המים והחשמל, בהתאם להסכם עם משרד הבריאות, המרכז הרפואי שיבא.
- הביטוח יכלול כיסוי גם לנזקים הנובעים מהרכבה, חיבור, התקנה, תיקונים, ציוד, חלקים, אביזרים במסגרת ביצוע העבודות על כל מרכיביהם וציודם.
- (2) הכיסוי בפוליסה הינו על פי דין לרבות על פי פקודת הנזיקין – נוסח חדש וכן על פי חוק האחריות למוצרים פגומים-1980.
- (3) גבול האחריות לא יפחת מסך 2,000,000 ₪ לתקופת הביטוח בגין נזק לגוף ולרכוש.
- (4) הכיסוי על פי הפוליסה יורחב לכלול את ההרחבות הבאות:
- סעיף אחריות צולבת - CROSS LIABILITY.
 - תקופת גילוי של 12 חודשים.
- (5) הביטוח יורחב לשפות את מדינת ישראל – משרד הבריאות, המרכז הרפואי שיבא, עקב פגם במוצרים אשר סופקו, הותקנו ותוחזקו על ידי הספק ו/או קבלנים, קבלני משנה, ספקים וכל הפועלים מטעמם. בכפוף להרחבי השיפוי, לשם המבוטח התווספו כמבוטחים נוספים: מדינת ישראל – המרכז הרפואי שיבא.

4. ביטוח רכוש

- (1) הספק יבטח את הרכוש המובא על ידו ומטעמו למרכז הרפואי שיבא במסגרת השירותים נשוא חוזה זה (לרבות כלי עבודה, הציוד, המתקנים המובאים על ידו ומטעמו עד להעברת הבעלות בהם) בביטוח מסוג אש מורחב או ביטוח כל הסיכונים ציוד אלקטרוני בהתאם לאופי הציוד על בסיס ערך כינון, כולל כנגד סיכוני רעידת אדמה, נזקי טבע, פריצה ושוד.
- (2) כחלופה לעריכת הביטוח, וככל ולא נערך הביטוח האמור או נערך בחלקו הספק פוטר מאחריות את מדינת ישראל – משרד הבריאות, המרכז הרפואי שיבא ועובדיהם מנזק ו/או אבדן אשר ייגרמו

המחלקה להנדסה ביו-רפואית
Bio-Medical Engineering Department

טל. 972-3-5303388/3917
פקס. 972-3-5303387

13

לרכוש כאמור ומתחייב שלא לתבוע בגין נזקים אלו את מדינת ישראל – משרד הבריאות, המרכז הרפואי שיבא ועובדיהם. הפטור כאמור לא יחול לטובת אדם שגרם לנזק מתוך כוונת זדון.

5. ביטוחים נוספים

הספק ידאג ויוודא כי בעלי מקצוע, נותני שירותים, ספקים, קבלנים, קבלני משנה מטעמו יציגו ביטוחים מתאימים לגבי פעילותם בגבולות אחריות סבירים, כולל ביטוח אחריות כלפי צד שלישי, וביטוח חבות מעבידים כלפי עובדיהם, ביטוח אחריות מקצועית, ביטוח אחריות מקצועית משולבת חבות מוצר (ככל ורלוונטיים). ביטוחי החביות יורחבו לשפות את מדינת ישראל – משרד הבריאות, המרכז הרפואי שיבא, ככל שיחשבו אחראים למעשיהם ו/או מחדליהם. בכפוף להרחב השיפוי האמור ייחשבו מדינת ישראל – משרד הבריאות, המרכז הרפואי שיבא כמבוטחים נוספים, כולל (בכל הביטוחים) ויתור המבטח על זכות השיבוב כלפיהם וכלפי עובדיהם, אולם ויתור כאמור לא יחול לטובת אדם שגרם לנזק מתוך כוונת זדון וכן סעיף לפיו הביטוחים יהיו קודמים וראשוניים ללא זכות השתתפות ו/או חזרה.

6. כללי

- בכל פוליסות הביטוח הנדרשות מהספק, יכללו התנאים הבאים:
- (1) לשם המבוטח יתווספו כמבוטחים נוספים: מדינת ישראל – משרד הבריאות, המרכז הרפואי שיבא, בכפוף להרחבי השיפוי לעיל.
 - (2) בכל מקרה של שינוי לרעה או ביטול הביטוח ע"י אחד הצדדים לא יהיה להם כל תוקף אלא, אם ניתנה על כך הודעה מוקדמת של 60 יום בכתב לחשב משרד הבריאות.
 - (3) המבטח מוותר על כל זכות תחלוף/שיבוב, תביעה, השתתפות או חזרה כלפי מדינת ישראל – משרד הבריאות, המרכז הרפואי שיבא ועובדיהם, ובלבד שהויתור לא יחול לטובת אדם שגרם לנזק מתוך כוונת זדון.
 - (4) הספק אחראי בלעדי כלפי המבטח לתשלום דמי הביטוח עבור כל הפוליסות ולמילוי כל החובות המוטלות על המבוטח על פי תנאי הפוליסות.
 - (5) ההשתתפויות העצמיות הנקובות בכל פוליסה ופוליסה תחולנה בלעדית על הספק.
 - (6) כל סעיף בפוליסות הביטוח המפקיע או מקטין בדרך כלשהי את אחריות המבטח כאשר קיים ביטוח אחר, לא יופעל כלפי מדינת ישראל והביטוח הינו בחזקת ביטוח ראשוני המזכה במלוא הזכויות על פי הביטוח.
 - (7) תנאי הכיסוי של הפוליסות הנ"ל, למעט ביטוח אחריות מקצועית, לא יפחתו מהמקובל על פי תנאי "פוליסות נוסח ביט" או נוסח המקביל להם אצל אותו המבטח, בכפוף להרחבת הכיסויים כמפורט לעיל

המחלקה להנדסה ביו-רפואית
Bio-Medical Engineering Department

טל. 972-3-5303388/3917
פקס. 972-3-5303387

14

8) חריג כוונה ו/או רשלנות רבתי יבוטל ככל שקיים.

ב. הספק מתחייב בכל תקופת ההתקשרות החוזית עם מדינת ישראל - משרד הבריאות, המרכז הרפואי שיבא, וכל עוד אחריותו קיימת, להחזיק בתוקף את פוליסות הביטוח. הספק מתחייב כי פוליסות הביטוח תחודשנה מדי תקופת ביטוח, כל עוד החוזה עם מדינת ישראל - משרד הבריאות, המרכז הרפואי שיבא בתוקף.

ג. אישור בחתימתו של המבטח על קיום הביטוחים, יומצא על ידי הספק למרכז הרפואי שיבא עד למועד חתימת ההסכם. הספק מתחייב להציג את האישור חתום בחתימת המבטח אודות חידוש הפוליסות למרכז הרפואי שיבא לכל המאוחר שבעה ימים לפני תום תקופת הביטוח.

ד. מובהר בזאת כי אישורי הביטוח שיוצגו אינם באים לצמצם ו/או לגרוע מהתחייבויות הספק לערוך את הביטוחים לפי סעיפי הביטוח המפורטים לעיל, ולמען הסר ספק דרישות הביטוח המחייבות הן בהתאם לאמור לעיל. הספק נדרש ללמוד ולעמוד בדרישות אלה ובמידת הצורך להיעזר באנשי ביטוח מטעמו, על מנת לעמוד בדרישות וליישמן בביטוחים כנדרש.

ה. מדינת ישראל - משרד הבריאות, המרכז הרפואי שיבא, שומרים לעצמם את הזכות לקבל מהספק בכל עת את העתקי הפוליסות במלואן או בחלקן, במקרה של גילוי נסיבות העלולות להביא לתביעה בפוליסות ו/או על מנת שתוכל לבחון את עמידת הספק בסעיפים אלו ו/או מכל סיבה אחרת, והספק יעביר את העתקי הפוליסות במלואן או בחלקן כאמור מיד עם קבלת הדרישה. הספק מתחייב לבצע כל שינוי או תיקון שיידרש על מנת להתאים את הפוליסות להתחייבויותיו על פי הוראות הביטוח שלעיל. מוסכם כי הספק יהיה רשאי למחוק מפוליסות הביטוח כאמור מידע עסקי ו/או מסחרי סודי שאינו לרוונוטי להתקשרות זו.

ו. הספק מצהיר ומתחייב כי זכות מדינת ישראל - משרד הבריאות, המרכז הרפואי שיבא, לעריכת הבדיקה ולדרישת השינויים כמפורט לעיל אינן מטילות על מדינת ישראל - משרד הבריאות, המרכז הרפואי שיבא, או על מי מטעמם כל חובה וכל אחריות שהיא לגבי פוליסות הביטוח/ אישורי הביטוח כאמור, טיבם, היקפם ותוקפם, או לגבי העדרם, ואין בה כדי לגרוע מכל חובה שהיא המוטלת על הספק לפי ההסכם, וזאת בין אם נדרשו התאמות ובין אם לאו, בין אם נבדקו ובין אם לאו.

ז. למען הסר ספק מוסכם בזה כי הביטוחים הנדרשים גבולות האחריות ותנאי הכיסוי הם בבחינת דרישה מינימלית המוטלת על הספק, ואין בהם משום אישור מדינת ישראל או מי מטעמה להיקף וגודל הסיכון לביטוח ועליה לבחון את חשיפתה ולקבוע את הביטוחים הנחוצים לרבות היקף הכיסויים, גבולות האחריות ותקופת הביטוח בהתאם לכך.

ח. אין בכל האמור בסעיפי הביטוח כדי לפטור את הספק מכל חובה החלה עליו על פי דין ועל פי ההסכם ואין לפרש את האמור כוויתור של מדינת ישראל - משרד הבריאות, המרכז הרפואי שיבא, על כל זכות או סעד המוקנים להם על פי כל דין ועל פי הסכם זה.

THE STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH
THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
Affiliated to the Tel-Aviv University
Sackler School of Medicine
TEL-HASHOMER 52621, ISRAEL



מדינת ישראל
משרד בריאות
המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
באוניברסיטת תל-אביב
תל-השומר 52621, ישראל

המחלקה להנדסה ביו-רפואית
Bio-Medical Engineering Department

טל. 972-3-5303388/3917
פקס. 972-3-5303387

15

ט. אי עמידה בתנאי סעיפי ביטוח אלו מהווה הפרה יסודית של ההסכם.

המחלקה להנדסה ביו-רפואית
Bio-Medical Engineering Department

טל. 972-3-5303388/3917

פקס. 972-3-5303387

1

מכרז מס' 12599491 - נספח ג'

טבלת SLA

#	מרכיב השרות	רמת השירות הנדרשת	גובה הפיצוי הכספי המקסימאלי בגין אי עמידה ביעד רמת השירות
1	אספקה והתקנה של חלף/חלק מוזמן	60 ימי עבודה ממועד הוצאת ההזמנה על ידי המשרד או במועד אחר על פי תיאום בכתב עם המשרד	250 ₪ לכל יום איחור.
2	אספקת פריטים שאינם תואמים את דרישות המכרז או פריטים פגומים או תקולים או שאינם חדשים	אספקת פריטים שאינם תואמים את דרישות המכרז או פריטים פגומים או תקולים או שאינם חדשים, תחשב כפריטים שלא סופקו כלל.	250 ₪ על כל יום איחור
3	אספקת הזמנה חלקית או אי אספקה בכללותה	לעניין זה, אספקת הזמנה חלקית תחשב כאי אספקה במועד	250 ₪ על כל יום איחור
4	שירותי אחריות ותחזוקה: אי ביצוע טיפול שוטף/ החלפת חלקים במועד		100 ₪ על כל יום איחור
5	שירותי אחריות ותחזוקה: איחור בהגעה לתיקון תקלה		200 ₪ על כל יום איחור

המחלקה להנדסה ביו-רפואית
Bio-Medical Engineering Department

TEL. 972-3-5303388/3917
FAX. 972-3-5303387

מכרז מס' 12599491 - נספח ד'
דרישות אספקת מכשור רפואי לביה"ח

1. דרישות אריזה שילוח ואספקה:

- 1.1 על הצידוד להיות מסופק למחסנים של המרכז הרפואי שיבא בצירוף תעודת משלוח.
- 1.2 במידה ומדובר בצידוד המצריך אספקה ישירות לאתר, על הספק לתאם מול יחידת הרישום והקליטה במחלקה להנדסה רפואית בטלפון 03-5307442.
- 1.3 אופן האריזה של הצידוד והובלתו תהיה מותאמת ותבטיח הגעתו ליעד באופן תקין.
- 1.4 לא תתקבלנה חלקי הזמנה אלא באישור מראש ע"י מנהל המרלוג ומנהל מח' הנדסה רפואית.
- 1.5 הנחיות לאריזה וסימון הצידוד:
 - הבהרה: (ההנחיות רלוונטיות לכל אספקה של כמות שהינה מעל למוצר אחד או של מערכות/המורכבות/ממספר מודולים, מרכיבים ו/או פריטים נלווים)
 - 1.5.1 כל מערכת תיארז **כיחידה מושלמת** הכוללת את כל פריטים, המודולים והאביזרים המרכיבים אותה ו/או הדרושים לשם הפעלתה.
 - מוניטור בכמות 1 יח'
 - מודול סוג א' בכמות 1 יח'
 - מודול סוג ב' בכמות 1 יח'
 - עגלה בכמות 1 יח'
 - אביזרים וכבלים בהתאם לסוגים והכמויות עבור המוניטור שבאריזה.
 - 1.5.2 לכל אריזה תוצמד רשימת תכולה ובה יצוינו תיאורי הפריטים, שמות הדגמים, מק"ט יצרן והכמות מכל פריט באריזה ומק"ט שיבא, גם לפריטים הנלווים כפי שמופיע בהזמנה.
 - 1.5.3 התיאורים ושמות הדגמים יהיו זהים לאלו המצוינים בתעודת המשלוח ושיוכזו אל מספרי השורות המתאימות בתעודה.
 - 1.6 האחריות על אריזת מערכות באופן מופרד זו מזו הינה על הספק בלבד, כולל פתיחת אריזות המקורית בהתאם לצורך, העברת פריטים לאריזות חלופיות, כריכה יחד באופן נפרד מיתר המערכות/פריטים וכיו"ב.
 - 1.7 האריזה בתצורה הנדרשת אינה יכול להתבצע במחסנים של בית החולים. על הצידוד להגיע ארוז ומסומן בהתאם להנחיות בטריס ההגעה למרכז הרפואי שיבא.
 - 1.8 צידוד שלא יסופק או ייארז בהתאם להנחיות המפורטות תחת פרק זה, לא יוכל להתקבל במחשני בית החולים.

חתימת המאשר מטעם החברה על עמידה בדרישות הפרק (אריזה, שילוח ואספקה):

החברה (נציגות בארץ): _____

שם החותם	תפקיד בחברה	תאריך	חתימה
----------	-------------	-------	-------

מכרז מס' 12599491- נספח ה

דרישות מחשוב והגנת הסייברלחיבור מכשירים

רפואיים לרשת שיבא ו/ או לקבלת נתונים ממכשירים רפואיים

מספר מכרז: _____	תאריך: _____
מהות המכשיר: _____	שם היצרן: _____
דגם המכשיר: _____	שם הספק: _____
שם ממלא הטופס: _____	סולר: _____
מייל ממלא הטופס: _____	@ _____

דרישות סף:

- סעיפים עם כוכבית (*) – סעיף שלא יסומן כמקובל לא יעמוד בדרישות הסף
- מערכות הפעלה ומערכות הגנה הנמצאות **בתמיכת יצרן**.
- מערכות הפעלה מקבלות עדכוני אבטחה באופן שוטף בהתאם למדיניות הארגון.
- מכשיר/מחשב שיוגדר ע"י הספק כ **Stand Alone מחויב לקבל אישור ע"י המחלקה/מכון/מרפאה והנדסה רפואית** ויצורף לנספח מחשוב זה.
- מחשב/מכשיר שהוגדר כ **Stand Alone** אינו יורשה להעביר נתונים לרשת בית החולים, למערכות קליניות, אחסון וכדומה.

תקציר קישוריות:

1. על-מנת להבטיח את הקשר המיטבי בין המערכת המוצעת ובין מערכות המידע של שיבא, יבוא המציע בדברים עם בית התוכנה המתאים (ר' להלן), ויגיש כחלק מהמענה למכרז, אישור בחתימת בית התוכנה, המעיד על תאימות המוצר המוצע לתוכנה בשיבא שתקבל ממנו נתונים. האישור יבהיר אם מדובר בתאימות בעלת ניסיון מוכח או רק בעמידה בסטנדרטים שיאפשרו ליצור ממשק חדש.
 - 1.1. למכשירי דימות – מחברת אלגוטק
 - 1.2. למכשירי מעבדה – מחברת סופטוב
 - 1.3. למכשירי ניטור ומדידה המתחברים לגוף המטופל – מוניטורים, מכשירי הנשמה/הרדמה, מנטרי מדדים וסימנים חיוניים וכו' – מחברת ימדסופט ומחברת אלעד פתרונות.

מכל מקום, הזכייה במכרז תותנה בהוכחה בפועל של תאימות זו.

מכל מקום, הממשקים האמורים במלואם יהיו כלולים בהצעת המחיר של הספק.
2. המציע יפרט את הממשקים שיספק בין המוצר המוצע ובין מערכות המידע של שיבא, לרבות:
 - 2.1. קליטת נתוני מטופלים ממערכות שיבא
 - 2.2. העברת נתונים מן המערכת המוצעת אל מערכות שיבא.
 - 2.3. המציע יפרט:
 - סטנדרטים
 - פורמטים
 - פירוט המידע שעובר ואופן העברתו
 - הטריגר להעברת המידע
 - יכולת עצמית לזיהוי מטופל
 - יכולת התחברות ל-ACTIVE DIRECTORY
 - אגירת מידע מקומית והתנהלות ללא תקשורת
 - יכולת העברת נתונים למערכות BI ול-DATA LAKE (בנוסף להעברה לתוכנה הרלוונטית מסעיף 1)
 - תנאים ומגבלות
 - בתי חולים שבהם פועלים הממשקים המוצעים
 - כל מידע רלוונטי נוסף הנוגע לממשקים.

נספח מכשיר רפואי:

נא להקיף בעיגול:

- **מחובר** - לרשת בית החולים | Stand Alone | למחשב ייעודי
- **שומר נתוני מטופלים** - מקומית בלבד | באחסון מרכזי | במערכת קלינית | אינו שומר
- **בשימוש** – משקי | מעבדתי | טיפולי/דיאגנוסטי | להתנסות זמנית
- **גישה למכשיר לצורכי תחזוקה וטיפול** – מהארץ | חו"ל | אין צורך

- יש לציין את מערכת ההפעלה: _____
- 1.1 גרסת מערכת הפעלה: _____
- 1.2 סוג מערכת הפעלה כגון (Pro/Embedded): _____
- 1.3 יש לציין איזה Service Pack/Patch/Build מותקן: _____
- 1.4 אם מדובר במערכת הפעלה 7/10 יש לספק תאריך סיום תמיכה ממיקרוסופט: _____
- 1.5 במידה ומותקן נא לציין גרסת OPENSSL: _____

מקובל	לא מקובל
X	

סמן X בכל משבצת בטבלה, דוגמא -

מס"ד	מקובל	לא מקובל
2		שם משתמש וסיסמא בעלי הרשאת גישה של Administrator יועברו לנציגי יחידת המחשב
3		לא יותקן מודם בתחנה, במידה ומותקן מודם הוא יוסר לפני חיבור לרשת שיבא – באחריות הספק, במידה ויש צורך במודם לתפעול השוטף של המערכת יש לפנות למנהל אבטחת מידע הארגוני.
4		כל נושא החיבורים מרחוק יבוצע דרך יחידת המחשב בלבד ללא תוכנות צד שלישי
5		לא יותקן מכשיר עם 2 כרטיסי רשת ומעלה
*6		כל עדכון לחומרה, מערכת ההפעלה, אפליקציה וכו' יש לבצע הלבנה לקובצי התקנה בתיאום מראש עם יחידת המחשב
7		שינוי שם מחשב על פי כללי מרכז הרפואי שיבא
8		האם ניתן להוסיף משתמש מדומיין שיבא אשר יוקם לטובת המערכת ויבצע Login למחשב

נספח מחשב המחובר למכשיר ו/או לרשת בית החולים (ימולא עבור מערכות שמחשב ומכשיר לא

כחידה אחת):

נא להקיף בעיגול:

- **מחובר** - לרשת בית החולים | Stand Alone | למכשיר ייעודי
- **שומר נתוני מטופלים** - מקומית בלבד | באחסון מרכזי | במערכת קלינית | אינו שומר
- **בשימוש** – משקי | מעבדתי | טיפולי/דיאגנוסטי | להתנסות זמנית
- **גישה למחשב לצורכי תחזוקה וטיפול** – מהארץ | חו"ל | אין צורך

- יש לציין את מערכת ההפעלה: _____
- 1.1 גרסת מערכת הפעלה: _____
- 1.2 סוג מערכת הפעלה כגון (Pro/Embedded): _____
- 1.3 יש לציין איזה Service Pack/Patch/Build מותקן: _____
- 1.4 אם מדובר במערכת הפעלה 7/10 יש לספק תאריך סיום תמיכה ממיקרוסופט: _____
- 1.5 במידה ומותקן נא לציין גרסת OPENSSL: _____

מקובל	לא מקובל
X	

סמן X בכל משבצת בטבלה, דוגמא -

מס"ד	מקובל	לא מקובל
2		שם משתמש וסיסמא בעלי הרשאת גישה של Administrator יועברו לנציגי יחידת המחשב
3		לא יותקן מודם בתחנה, במידה ומותקן מודם הוא יוסר לפני חיבור לרשת שיבא – באחריות הספק, במידה ויש צורך במודם לתפעול השוטף של המערכת יש לפנות למנהל אבטחת מידע הארגוני.
4		כל נושא החיבורים מרחוק יבוצע דרך יחידת המחשב בלבד ללא תוכנות צד שלישי.
5		לא יותקן מחשב עם 2 כרטיסי רשת ומעלה.
*6		כל עדכון לחומרה, מערכת ההפעלה, אפליקציה וכו' יש לבצע הלבנה לקובצי התקנה בתיאום מראש עם יחידת המחשב.
7		שינוי שם מחשב על פי כללי מרכז הרפואי שיבא
8		האם ניתן להוסיף משתמש מדומיין שיבא אשר יוקם לטובת המערכת ויבצע Login למחשב

נספח סיסטם ושרתים:

1. יש לציין את גרסת מערכת ההפעלה: _____
- 1.1. סוג מערכת הפעלה כגון: (Pro/STD): _____
- 1.2. יש לציין איזה Service Pack מותקן: _____
- 1.3. במידה ומותקן נא לציין גרסת OPENSSL: _____
- 1.4. נא לציין גרסת IIS/Apache במידה ומותקן: _____

מקובל	לא מקובל
X	

סמן X בכל משבצת בטבלה, דוגמא -

מס"ד	מקובל	לא מקובל
2		השרת יותקן וירטואלית תחת VMWARE ESX .
3		מערכת הפעלה תותקן במרכז הרפואי ע"י הצוות של יחידת המחשב (ביחד עם הספק)
4		במידה ויידרש מערך אחסון גדול לארכיון השטח יסופק בתצורת NAS , חובה תמיכה בפרוטוקול CIFS יש לציין את הפרטים הבאים: 1. גודל השטח שבועי: GB _____ 2. גודל שטח חודשי: GB _____ 3. גודל שטח שנתי: GB _____
5		תמיכה בעבודה מול האחסון ב Multi Share
6		תמיכה ברישיון תוכנתי ולא דרך דונגל פיסי .
7		במידה והמערכת עובדת מול בסיס נתונים, על הספק לתמוך ב SQL 2016.
8		האפליקציה מחויבת לעבוד רק עם Service ולא עם User Logon .
9*		השרת יותקן עם מערכת הגנה XDR הקיים בארגון (Sentinel One) ויתעדכן באופן שוטף משרתי ביה"ח.
10		כל עדכון לחומרה, מערכת ההפעלה, אפליקציה וכו' יש לבצע הלבנה לקובצי התקנה בתיאום מראש עם יחידת המחשב.
11		המערכת תתחבר מול Active Directory ב Kerberos -I LDAPS

נספח קישוריות:

מס"ד	מקובל	לא מקובל
1		המערכת חייבת לספק ולתמוך באפשרויות הקישור הבאות (עלויות החיבור תהיינה על הספק): (a) העברת נתונים למערכות קיימות (לדוגמא - תיקים רפואיים, אוטולימס) בהתאם לסטנדרטים מקובלים (XML7HL, txt, PDF, Dicom בצילומים ועוד) (b) קבלת נתונים ממערכות קיימות וטעינתם (לדוגמא - נתוני דמוגרפיה) בשתי צורות אפשריות: i קבלת קובץ מהמערכת התפעולית לדוגמא קובץ נתוני דמוגרפיה ii שימוש ב ווב סרוויס לצורך קבלת נתוני דמוגרפיה מהמערכת התפעולית
2		העברת נתונים חייבת לתמוך בהעברה מלאה ותכופה (בקצב של נתון בדקה לפחות) של הפרמטרים המוגדרים כחובה על פי הצוות הרפואי.
3		הקישוריות אמורה להיות ניתנת לשינוי ולהתאמה בהתאם לדרישות המרכז הרפואי ולממשקים הקיימים
4		המכשיר הרפואי יחובר ישירות לרשת ביה"ח באמצעות כרטיס רשת (העדפה ל- POE)
5		כל המשתמע מביצוע הממשקים למערכות שיבא הינו באחריות החברה ובטיפול הבלעדי מול ספקיות התוכנה לרבות אפיון הממשקים, פיתוחים הנדרשים מכל הצדדים (כולל ספקי התיק הרפואי, כגון: iMDsoft ואלעד מערכות, סופטוב) וההוצאות הכספיות בגין העבודה הנדרשת משני הצדדים. במסגרת אפיון הממשקים החברה תתחייב לחשוף את הפרוטוקול איתו היא עובדת.
6		במידה והפתרון יושם ע"י החברה באתר אחר, על הספק לפרט לגבי ההטמעה של המערכת וכן על אופן הקישוריות כפי שבוצע.
7		על הספק לספק מחשב/שרת Gateway על מנת לחבר את המכשיר לרשת בית החולים. רכיבים כגון: קפסולות, DIGI, לנטרוניקס לא מאושרים בבית חולים.
8	כן	לא האם מידע מועבר למערכת קלינית?
9	***	במידה ומידע מועבר למערכת קלינית יש לציין לאיזו מערכת (כגון: קמיליון, פאקס וכו') _____

נספח אבטחת מידע, הגנת הסייבר ופרטיות:

מס"ד	מקובל	לא מקובל
*1		התווך לממשק הניהול של המכשיר הרפואי יהיה מוצפן (על פי תקן מקובל)
2		כל סיסמאות ברירת המחדל (של היצרן) ישונו בתשתיות ובאפליקציות
*3		הסיסמאות הנמצאות במכשיר לא יהיו ב (Clear Text רק בצורה מוצפנת)
4		ממשק הניהול יהיה מאובטח עם סיסמא מורכבת
5	כן	לא
		אם מופעל Firewall מקומי? האם ניתן לבטלו? (הקיפו בעיגול את התשובה)
6		במידה ולא ניתן לבטל Firewall מקומי. יש לבצע כללים (Rules) ב Firewall על פי הנחיית גורם אבטחת מידע בשיבא בזמן הטמעת המוצר.
*7		המכשיר יוגדר עם כתובות IP בוילן (VLAN) ייעודי ברשת בית החולים (מאחורי Firewall ארגוני) שצוות הגנת הסייבר יספק.

8		אלו Ports (TCP/UDP) המערכת משתמשת: _____
*9		מכשיר/מחשב/שרת שיסופק, יותקן עליו XDR הקיים בארגון ע"י נציגי בית החולים. א. מערכת הגנה XDR של Sentinel One למערכות הפעלה Windows, Linux, Unix, MAC OS עדכונים של המערכת יבוצעו ע"י שרת הארגוני. א. יש לציין החרגות במידת הצורך _____
*10		במידה וסעיף 9 סומן כ "לא מקובל" על היצרן להתקין תוכנת Application Control (White List) המאשרת הפעלת קבצים לפי HASH או לפי Certificate והגנה מלאה על כל הכוננים במכשיר. <u>יש לציין את הפרטים הבאים:</u> שם המערכת: _____ גרסה: _____ • ההגנה תוגדר על כל הכוננים הקיימים הכולל חסימה על Disk on key • המוצר ייבדק ע"י נציגי צוות הגנת הסייבר (שיבא) ונציגי הספק/יצרן. • יש לספק מהיצרן סיסמה למערכת ורשימת הקבצים המותרת.
11		המכשיר יותקן עם הגבלת רכיבים נתיקים (כגון יציאת CD ו USB) שדרוגים למערכת/תוכנה ו/או למכשיר יתואמו מראש עם יחידת המחשב לצורכי הלבנת מדיה נתיקה (כגון: Disk on key, דיסק נייד, CD וכו'...).

המשך נספח אבטחת מידע, הגנת הסייבר ופרטיות:

מס"ד	מקובל	לא מקובל
12		כל פורט נוסף אשר אינו משמש לתקשורת והפעלת המכשיר באופן קבוע ייחסם ע"י הספק ברמת מערכת הפעלה או ברמה פיסית.
13		אין לחבר מתג, ראوتر, HUB וכל רכיב תקשורת אחר למכשיר/מחשב/שרת ו/או לרשת בית החולים.
*14		ביטול כל תכנה צד ג' של שליטה מרחוק (לדוגמא: TeamViewer, VNC וכו'...) ניתן להתחבר דרך מערכת SSL VPN של ביה"ח משרת ספקים למכשיר הרפואי.
*15	כן	לא התחברות למרכז הרפואי שיבא תל השומר תתבצע ע"י מערכת SSL VPN עם אימות דו שלבי ואישור רפרנט מטעם שיבא
*16		במידה ותמצא ע"י יחידת המחשב חשיפה/חולשה קריטית במכשיר, מחשב ו/או בשרת המחובר אליו. על הספק/יצרן לדאוג לחסום זאת במידוי.
17		הכנסת המכשיר/מחשב לדומיין ארגוני (כולל משתמש דומיני במצב לוגין)
*18		מיפוי כונן רשת לאחסון ארגוני (Storage) מחייב את סעיף 16 (הכנסת המכשיר/מחשב לדומיין הארגוני)
*19		על הספק לחתום על טופס סודיות בנספח "סודיות"
20		המכשיר יקבל עדכוני אבטחה של מיקרוסופט באופן שוטף.
21		האם בוצע למכשיר מבדק חדירה ו/או סקר סיכונים ב 18 חודשים האחרונים?
22		במידה ובוצע מבדק חדירה ו/או סקר סיכונים, האם ניתן לספק סיכום ממצאים לגורמי הסייבר במרכז הרפואי שיבא
23		תמיכה מול שרתי NTP הארגוני – יתרון
24		מסמך הגדרות של היצרן הכולל התקנה מפורטת של ה – Certificates יתרון
25	כן	לא האם יש מערכת שמאפסת הגדרות לאחר אתחול?

המשך נספח אבטחת מידע, הגנת הסייבר ופרטיות:

לא	כן	האם המכשיר עומד בתקינה כגון: HIPAA / ISO 27799	26
		מכשיר רפואי יהיה ללא גישה לרשת האינטרנט	*27
לא	כן	האם יש רישום לוגים במכשיר. נא לציין היכן נרשמים הלוגים ומה סוגי הלוגים: _____ _____	28
לא	כן	האם ליצרן יש הרשאת אדמין על המכשיר על מנת לבצע שינויים במכשיר הרפואי	29
לא	כן	האם לספק יש הרשאת אדמין על המכשיר על מנת לבצע שינויים במכשיר הרפואי	30
לא	כן	בחתימה על הסכם זה, הספק מתחייב לעמוד בכל דרישות אבטחת מידע וסייבר על פי המדיניות שתקבע ע"י מרכז הרפואי שיבא והממונה על אבטחת המידע תתעדכן מעת לעת	*31

נספח תקשורת ורשת אלחוטית:

מס"ד	מקובל	לא מקובל
*1		חיבור לרשתות אלחוטיות על פי תקן (הקיפו בעיגול) ☐ את התקן הקיים אצלכם א. 802.11ac (wave2) ב. 802.11n
*2		יכולת התקנת תעודת אבטחה (User Certificate/Computer Certificate) בעדיפות ל- Computer Certificate As per hospital policy we allow wireless access to internal network with 802.1x (based on certificates only). Encryption – WPA2-AES (WPA2 with AES encryption and dynamic keys using 802.1x via Transport Layer Security (TLS)). Support cryptographic hash function (Secure Hash Algorithm 2) SHA2.
3		ניהול מרחוק (הטמעה ועדכון תעודות הצפנה ושינוי הגדרות)
4		חסימת גישה בBluetooth
5		תמיכה בשרתי NTP הארגוני – יתרון
6		עדכון/חידוש תעודות Certificate באופן אוטומטי – יתרון
7	כן	לא
*8		אישור כרטיס ה WIFI מותנה בבדיקה פיזית במרכז הרפואי שיבא

נספח סודיות:

התחייבות לשמירת סודיות ולמניעת ניגוד עניינים-ספק

תאריך: ____/____/____

לכבוד

המרכז הרפואי ע"ש שיבא, תל השומר

=====

א.ג.ג

הנדון: התחייבות לשמירת סודיות ולמניעת ניגוד עניינים

- | | |
|---|--|
| <p>הואיל
המרכז הרפואי ע"ש שיבא, תל השומר (להלן "שיבא") מעוניין לקבל שירותים בנושא
_____ עבור יחידת המחשב בשיבא (להלן: "השירותים");
והואיל
_____ (להלן: "המציע") מעוניין להעניק שירותים אלו.
והואיל
ושיבא התנה את התקשרות שני הצדדים בתנאי שהמציע והבאים מטעמו ישמרו על
סודיות כל המידע כהגדרתו להלן, וכן על סמך התחייבות המציע לעשות את כל הדרוש
לשמירת סודיות המידע;</p> | <p>והואיל
והוסבר לי כי במהלך עיסוקי במתן השירותים לשיבא ו/או בקשר אליהם יתכן כי אעסוק
ו/או אקבל לחזקתי ו/או יבוא לידיעתי מידע מסוגים שונים, שאינו מצוי בידיעת כלל
הציבור, בין בעל פה ובין בכתב, בין ישיר ובין עקיף, השייך למזמין ו/או הנודע למזמין
ו/או לפעילויותיו בכל צורה ואופן, לרבות אך מבלי לגרוע מכלליות האמור, נתונים,
מסמכים ודו"חות (להלן: "המידע");
והואיל
והוסבר לי וידוע לי כי גילוי המידע בכל צורה שהיא לכל אדם או גוף מלבדכם, עלול
לגרום לכם ו/או לצדדים שלישיים נזק, והוא עלול להוות עבירה פלילית;</p> |
|---|--|

אי לזאת, אני הח"מ מתחייב כלפיכם כדלקמן:

1. לשמור על סודיות גמורה ומוחלטת של המידע ו/או כל הקשור והנובע מן השירותים או ביצועם ובפרט מידע הרפואי.
2. ומבלי לפגוע בכלליות האמור בסעיף 1 לעיל, הנני מתחייב כי במשך תקופת מתן השירותים לשיבא או לאחר מכן ללא הגבלת זמן לא אגלה לכל אדם או גוף, לא אפרסם וכן לא אוציא מחזקתי את המידע ו/או כל חומר כתוב אחר ו/או כל חפץ או דבר, בין ישיר ובין עקיף, לצד כלשהוא.
3. מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, מידע סודי לא יכלול מידע שהינו נחלת הכלל או שהפך להיות נחלת הכלל ללא הפרת חובת הסודיות ו/או מידע שחובה לגלותו על פי כל דין או צו של רשות מוסמכת ו/או מידע שפותח באופן עצמאי ללא תלות במידע הסודי ו/או מידע שהתקבל בידי המציע מצד ג' כדין ללא הפרת חובת סודיות.
4. לנקוט אמצעי זהירות קפדניים ולעשות את כל הדרוש מבחינה בטיחותית, ביטחונית, נוהלית או אחרת כדי לקיים את התחייבויותי על פי התחייבות זו.
5. להביא לידיעת עובדי ו/או מי מטעמי חובה זו של שמירת סודיות ואת העונש על אי מילוי החובה.
6. להיות אחראי כלפיכם על פי כל דין לכל נזק או פגיעה או הוצאה או תוצאה מכל סוג, אשר יגרמו לכם או לצד שלישי כל שהוא כתוצאה מהפרת התחייבותי זו, וזאת בין אם אהיה אחראי לבדי בגין כל האמור ובין אם אהיה אחראי ביחד עם אחרים.
7. להחזיר לידיכם ולחזקתכם מיד כשאתבקש לכך כל חומר כתוב או אחר או חפץ שקיבלתי מכם או השייך לכם שהגיע לחזקתי או לידי עקב מתן השירותים או שקיבלתי מכל אדם או גוף עקב מתן השירותים או חומר שהכנתי עבורכם. כמו כן, הנני מתחייב לא לשמור אצלי עותק כל שהוא של חומר כאמור או של מידע.
8. שלא לעסוק בכל דרך שהיא בעיסוק שיגרום לי להיות במצב של ניגוד עניינים עם עיסוקי במתן השירותים כאמור לעיל.



9. בכל מקרה שאגלה מידע כאמור השייך לכם ו/או הנמצא ברשותכם ו/או הקשור לפעילויותיכם, תהיה לכם זכות תביעה נפרדת ועצמאית כלפי בגין הפרת חובת הסודיות שלעיל. הנני מצהיר כי ידוע לי ששימוש במידע שיגיע לידי במהלך ביצוע העבודה ומסירתו לאחר מהווים עבירה על פי חוק עונשין, התשל"ז - 1997 וחוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981 וכן חוקים אחרים לפי סוג המידע, לרבות חוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996.

10. התחייבותי זו לא תפורש כיוצרת קשר אישי מכל סוג שהוא ביני לבניכם.

11. יש למלא פרטי נציג אבטחת מידע של החברה:

11.1 שם מלא נציג אבטחת מידע מהחברה: _____

11.2 מייל הנציג: _____

11.3 מספר סלולרי הנציג: _____

ולראיה באתי על החתום - התחייבות לשמירת סודיות ולמניעת ניגוד עניינים

היום:

יום	בחודש	שנת
_____	_____	_____

המציע:

שם פרטי ומשפחה	ת"ז
_____	_____

כתובת	חתימה
_____	_____

טופס הצהרה על שמירת סודיות - עובד של ספק

אני החתום מטה: (שם פרטי ומשפחה) _____ ת.ז: _____

העובד ומועסק אצל _____ (שם המעסיק), מתחייב בזאת:

1. לשמור בסוד ולא להעביר, לא להודיע, לא למסור ו/או לא להביא לידיעת כל אדם, כל ידיעה וכל מידע רגיש ו/או אישי ו/או חסוי לרבות תכנים וחומר בכתב ובעל פה, אשר יגיעו לידיעתי בתקופת עבודתי מטעם _____ (שם המעסיק) הנותן שירותים למרכז הרפואי שיבא תל השומר, בתקופת עבודתי כאמור, או לאחר מכן.
2. התחייבותי זו חלה לגבי כל סוגי המידע, בין אם יגיעו לידיעתי בתוקף עבודתי כאמור ובין אם יגיעו לידיעתי בכל דרך אחרת.
3. ומבלי לפגוע בכלליות האמור בסעיף 1 לעיל, הנני מתחייב כי במשך תקופת מתן השירותים לשיבא או לאחר מכן ללא הגבלת זמן לא אגלה לכל אדם או גוף, לא אפרסם וכן לא אוציא מחזקתי את המידע ו/או כל חומר כתוב אחר ו/או כל חפץ או דבר, בין ישיר ובין עקיף, לצד כל שהוא, לרבות מידע אודות הנבדקים.
4. כמו כן, אני מתחייב כי אם אקבל רשות להשתמש במאגרי המידע של שיבא, אעשה זאת אך ורק לצורך מתן השירותים לשיבא, ובהסכמה מפורשת בכתב מטעם שיבא. אני מתחייב לפעול בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות והוראות כל חוק הנוגע לעניין.
5. אני מתחייב להתחבר ממחשב השייך לחברה שבה אני עובד ומוגן עם אנטי וירוס מעודכן, לא להוריד מידע ששייך לשיבא למחשבי החברה, אמצעים נתיקים ו/או מחשבים ניידים אלא בכפוף לאישור בכתב מאת ממונה אבטחת המידע של שיבא,
6. אין להעביר את אמצעי הזיהוי החכם שקבלתי משיבא לכל אדם אחר ולא לגלות לאף גורם את הקוד האישי (PIN) המשויך לאמצעי הזיהוי, יש להודיע מידית על אובדן אמצעי הזיהוי או חשיפת הקוד למנהל אבטחת המידע של שיבא.



7. עם סיום עבודתי אצל הספק או עם סיום הצורך בגישה מרחוק מתוקף תפקידי אני מתחייב להודיע על כך למנהל אבטחת המידע של שיבא

8. אני מצהיר בזה שידוע לי, כי אי מילוי התחייבויותי הנ"ל מהווה עבירה פלילית מכוח חוק העונשין, התשל"ז - 1977 וחוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 וכן חוקים אחרים לפי סוג המידע, לרבות חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 וכי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק בגין אי מילוי התחייבויותי.

9. מספר הסולרי שאליו אקבל את הקוד: _____

10. דוא"ל ארגוני של העובד: _____

חתימת המצהיר

תאריך

יצירת קשר:

יש לקבל אישור בכתב מהרשומים מטה לנספח זה. ללא אישור זה, הנספח אינו מאושר

***לכל שאלה/הבהרה ניתן לפנות במייל: IoMTCS@sheba.health.gov.il**

רומן קורוביצין 054-3358913 רועי פייגל: 052-5222899 רומן רטמן: 054-6975739

THE STATE OF ISRAEL
 MINISTRY OF HEALTH
 THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
 Affiliated to the Tel-Aviv University
 Sackler School of Medicine
 TEL-HASHOMER, zip 5265601, ISRAEL



מדינת ישראל
 משרד הבריאות
 המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
 מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
 באוניברסיטת תל-אביב
 תל-השומר, מיקוד 5265601 ישראל

APPENDIX: Demands for computer and Cyber Security to connect medical devices into the Sheba network and/or to receive data from medical devices

Tender no. _____

Date: ____/____/____

Device Name: _____

Manufacturer name: _____

Device model: _____

Supplier Representative name: _____

Supplier Name: _____

Cellphone number: _____

Supplier Email: _____@_____

Mandatory requirements:

1. Paragraphs appointed with an asterisk (*) must be Marked as "Acceptable" in the Appendix.
2. The operating system and cyber security system (for example Anti-Virus) **manufacturer supports.**
3. Operating systems receive security updates following the organization policy.
4. Device\ Computer system, which declared by Supplier as **standalone**, obliged to be approved by the Department\Institute\Clinic acquiring the Device\ Computer system and Medical Engineering department. The approval will be attached to this document.
5. Standalone Device\ Computer system will not be allowed to transfer data to Hospital network, Clinical systems, storage and so on.

Connectivity summary

1. To ensure effective and functional connectivity between Proposed System and information systems in Sheba network, it's crucial that a Supplier of Proposed System will contact and cooperate with that Sheba information systems leaders, prior to attending the Tender and naturally, include the projection in Tender proposition. Validation and signed positive answer from the Sheba information systems leaders will clarify whether it is full and proved compliance or accepted standard, that will require a development of a new interface for information exchange.
 - 1.1. For Medical Imaging devices – ALGOTEC company
 - 1.2. Laboratory devices – SOFTOV
 - 1.3. Monitoring and measuring devices on patient body (monitors, respiratory, anesthesia, vital sign and etc.) – IMDSOFT software
 - Receiving a contract for a Tender will depend on physical proof of the compliance.
 - Whether a development of a new interface needed, this development will be evaluated and included in bid proposition.

2. The Supplier of Proposed System will elaborate on interfaces, that will be provided, including:
 - 2.1. Patient data input from Sheba information systems interface
 - 2.2. Transfer of data from Proposed system to Sheba information systems
 - 2.3. Supplier of Proposed System will also elaborate on:
 - a. Standards
 - b. Formats
 - c. Details about information passing through the device and a manner of transition
 - d. How transition of information is triggered
 - e. Self-ability of recognizing patient identity
 - f. Ability to connect to AD
 - g. Local accumulation of produced data and general behavior due to lack of network communication
 - h. Ability to transfer data to Data Lake and BI systems (as an addition to transition in section 1)
 - i. Terms and limitations
 - j. Medical centers with operational interfaces in question
 - k. Any relevant information, regarding interfaces in question

Medical Device:

Please circle the applicable:

- * **Connection:** to Hospital network | standalone | to specific PC
- * **Medical record storage:** locally | central DB | medical record system | not recording
- * **System definition:** logistics | LAB | treatment\diagnostics | POC
- * **Maintenance access:** Israel | abroad | not applicable

1. Name and type of the Operating System: _____

- (a) Operating system version: _____
- (b) Type of the OS (Pro\Embedded or other): _____
- (c) Service Pack/Patch/Build: _____
- (d) Whether system is WIN 7/10 please provide date of expiration for Microsoft support ____/____/____
- (e) please specify OPENSLL version: _____

Mark 'X' in each box, for example -

Non Acceptable	Acceptable
	X

nub		Acceptable	Unacceptable
2.	Username and password for OS with Administrative rights access will be handed to the Computer Unit.		
3	The device won't be connected through independent modem, if a modem is installed it will be removed before joining Medical device to the Sheba network – this is a responsibility of the supplier. Whether an maintenance of the system won't be possible, without modem installed, the organizational CISO must be contacted for approval.		
4	Each issue regarding remote connection will be executed only by the Computer Unit without third-party software. The supplier have to sign a non-disclosure agreement provided by the Information Security staff.		
5	Medical Device with more than one network card won't be allowed into Sheba network.		
6*	All installations \ upgrades of the OS, application or other software will be admitted to Sanitization system, software will be provided upfront in cooperation with Sheba Computer Unit staff.		
7	Device network name must be altered in accordance to organizational convention		
8	For security reasons – login to the device should be with domain and <u>not</u> local user, please mention , whether it can be implemented.		

Computer connected to Medical Device (fill according to relevance):

Please circle the applicable:

- * **Connection:** to Hospital network | standalone | to specific PC
- * **Medical record storage:** locally | central DB | medical record system
- * **System definition:** logistics | LAB | treatment\diagnostics | POC
- * **Maintenance access:** Israel | abroad | not applicable

1. Name of the Operating System: _____

- (a) Type of Operating system version: _____
- (b) Type of the OS (Pro\Embedded or other): _____
- (c) Service Pack/Patch/Build: _____
- (d) Whether system is WIN 7/10 please provide date of expiration for
 Microsoft support____/____/____
- (e) please specify OPENSLL version: _____

Mark 'X' in each box, for example -

Non Acceptable	Acceptable
	X

nub		Acceptable	Unacceptable
2.	Username and password for OS with Administrative rights access will be handed to the Computer Unit.		
3	The computer won't be connected through independent modem, if a modem is installed it will be removed before joining Medical device to the Sheba network – this is a responsibility of the supplier. Whether an maintenance of the system won't be possible, without modem installed, the organizational CISO must be contacted for approval.		
4	Each issue regarding remote connection will be executed only by the Computer Unit without third-party software. The supplier have to sign a non-disclosure agreement provided by the Information Security staff.		
5	Medical Device with more than one network card won't be allowed into Sheba network.		
6*	All installations \ upgrades of the OS, application or other software will be admitted to Sanitization system, software will be provided upfront in cooperation with Sheba Computer Unit staff.		
7	Computer network name must be altered in accordance to organizational convention		
8	For security reasons – login to the computer should be with domain and <u>not</u> local user, please mention , whether it can be implemented.		

THE STATE OF ISRAEL
 MINISTRY OF HEALTH
 THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
 Affiliated to the Tel-Aviv University
 Sackler School of Medicine
 TEL-HASHOMER, zip 5265601, ISRAEL



מדינת ישראל
 משרד הבריאות
 המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
 מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
 באוניברסיטת תל-אביב
 תל-השומר, מיקוד 5265601, ישראל

SERVER:

1. Name and type of the Operating System: _____

a) Version: _____

b) Service Pack: _____

c) OPENSSEL version: _____

d) IIS/Apache version: _____

Mark 'X' in each box, for example -

Non Acceptable	Acceptable
	X

nub		Acceptable	Unacceptable
2	The server will be virtually installed under VMWARE ESX.		
3	An operating system will be installed in the medical center by the Computer Unit staff (accompanied by the supplier).		
4	If a large storage arrangement required for the archives, the area will be provided by NAS configuration, and CIFS protocol must be supported on the system. Please provide following details: a. Required daily size: _____ GB b. Required monthly size: _____ GB c. Required annual size: _____ GB		
5	Multi Share must be supported connecting to Storage		
6	Software license support and not through Dongle PC.		
7	In case that the system works with DATABASE, the supplier has to support SQL 2016 as basic criteria.		
8	The application is obligated to work only with Service and not with User Logon.		
9*	The server will be preinstalled with Sheba XDR (CrowdStrike) and will be daily updated from Medical Center XDR servers		
10	All installations \ upgrades of the OS, application or other software will be admitted to Sanitization system, software will be provided upfront in cooperation with Sheba Computer Unit staff		
11	The system will authenticate to Active Directory with Secure LDAP or Kerberos protocol		

CONNECTIVITY:

nub		Acceptable	Unacceptable
1	The system has to supply and support the following link options (supplier will bare the cost of the connection): a. The transfer of data to an existing system (for example – medical files) in accordance with the required standards (Dicom, PDF, txt, HL7, XML in X-rays etc) b. Receiving data from existing systems and loading it (for example – demographic data) in two possible ways: i. Receiving a file from an operative system for example a demographic data file. ii. Using Web Service for the purpose of receiving demographic data from the operative system.		
2	The transfer of data must support a full and frequent transfer (at a rate of at least an item of data for a minute) of the parameters defined as obligatory, according to the medical staff.		
3	The connectivity should be modifiable and adjustable according to demands of the Medical Center and suitable to existing interfaces.		
4	The Medical Device will be connected to Medical Center network using standard RJ-45 network connection (preference to Device that has POE ability)		
5	All the connections and execution of scripts and commands, that interacts with interfaces to the Sheba network is the responsibility of the company and its exclusive handling with the software providers including the specification of the interfaces, development required from all sides (including the medical file suppliers, such as iMDsoft and ELAD Systems) and the financial costs for development required from both sides. While conducting characterization of interfaces, the company is obligated to expose the protocol which used for operation.		
6	In case that the solution is implemented by the company on another site, the supplier have to elaborate regarding the implementation of the system and about the manner in which the connectivity was executed.		
7	Supplier must provide PC\Server "Gateway" to withheld proper connection to Hospital network and its systems. Components, like: capsules, DIGI or Lantronix are not allowed!		
8	Information transferred to MRS (medical record system)		
9	Elaboration to which MRS the Medical device will upload data (PACS, RIS, EMR, etc.):	***	***

- Please mention, whether use of Sheba Medical Center Storage needed:

APPENDIX OF CYBER SECURITY FOR MEDICAL DEVICES

Mark 'X' in each box, for example -

Non Acceptable	Acceptable
	X

nub		Acceptable	Unacceptable
1*	The mediation of the management interface to, or from the medical device will be encoded (according to the acceptable standard).		
2	All the default credentials (manufacturer based) existing upon access to infrastructure and to software, must be altered .		
3*	Passwords stored on Medical Device must be encrypted (not in clear text)		
4	The management interface will be secured with a complex password (Cap. Letter, symbol, number- must have two factors out of three).		
5	Is there a local firewall on Medical Device? If "Yes", Is it possible to cancel the firewall?(Choose the right answer)	Yes	No
6	If in paragraph 5 the Local Firewall can't be cancelled, note that rules, according to relevant CYBER representative, should be added to firewall.		
7*	As a default the system will be installed in Hospital secured environment protected (Dedicated VLAN) by Hospital firewall and IP will be provided by Hospital Cyber Team.		
8	List of ports (TCP/UDP) the Medical Device is using: _____	*****	
9*	On the device\PC\server must be installed an Organizational (SHEBA) XDR , supports Windows, Linux, MAC OS XDR will receive regular updates, as per Sheba Medical Center policy. If the device\PC\server demands an exclusions , a document or a list of such need to be provided by the Integrator\Manufacturer.		
10*	In case paragraph 9 is not acceptable, manufacturer obliged to provide installation of third party White Listing\Application Control software, which filter allowed software by HASH or Certificate . Application control software manufacturer: _____ Application control system version: _____ - The protection will apply to all drives and include block of external drives. - The software will be tested on site by Cyber team member, accompanied by Supplier\Manufacturer representative - Password for the software will be provided upfront, so the whitelisted software will be approved and recorded.		
11	The Medical Device will be configured with all external sockets and ports disabled as a default (such as USB and CD\DVD drive), Hospital Device Controller system will limit the connection.		
12	Each port, which is not regularly used for communication and activating the device, will be blocked by the supplier on OS or physically.		
13	Connection of layer 2 or 3 network devices (router, switch, etc.) explicitly prohibited		
14*	Third party remote connections such as TeamViewer, VNC and so on, will not be allowed and uninstalled, as per Hospital Information Security Policy, internal remote		

THE STATE OF ISRAEL
 MINISTRY OF HEALTH
 THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
 Affiliated to the Tel-Aviv University
 Sackler School of Medicine
 TEL-HASHOMER, zip 5265601, ISRAEL



מדינת ישראל
 משרד הבריאות
 המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
 מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
 באוניברסיטת תל-אביב
 תל-השומר, מיקוד 5265601, ישראל

	assistance can be achieved by Hospital SSL VPN system connecting to Vendors server and then to Medical device.		
15*	Connection to Sheba Medical Center (SMC) for maintenance, support or all other purposes, will be obtained by SMC SSL VPN systems, thru two factor authentication and Manager Approval automated procedure.		
16*	It is responsibility of manufacturer/supplier to fix or migrate critical vulnerabilities announced or discovered on equipment provided.		
17	Joining the device/computer/system into a Hospital domain will provide a stronger level of security, this will be considered by the Supplier (includes domain user)		
18*	Sending files to internal Medical Center storage depends on paragraph 16 (joint to domain)		
19*	A standard NDA conducted by Sheba Medical center will be signed by the Supplier		
20	Assuming, that the decision was to join the device/computer/system into a Hospital domain regular security updates of Microsoft from Hospital MS servers will be considered as an advantage		
21	Penetration test or Risk Analysis review has been conducted in last 18 months?		
22	If one of the above in paragraph 21 occurred, please provide necessary documentation that includes summary.		
23	NTP services from Hospital NTP servers will be considered as an advantage		
24	Specification document from the device/computer/system manufacturer including detailed installation of the Certificates and Anti-Virus exclusions, will be prepared by the Supplier, assuming that Manufacturer prepared those documents		
25	The Medical Device system have physical or software setting that wipes out changes, made to the system, after it restarts.	YES	NO
26	Please mention whether Medical device is in compliance with HIPAA /ISO 27799 standard or any other regulation	YES	NO
27*	Medical Device will not be allowed to access World Wide Web	YES	NO
28	Logs collection executes on the Medical Device. If so, please provide path to logs	YES	NO
29	Manufacturer have elevated credentials of Admin to perform changes on MD	YES	NO
30	Supplier have elevated credentials of Admin to perform changes on MD	YES	NO
31*	By signing this document Supplier\Manufacturer declares ability to comply to SMC information security and cyber policy, which has been conducted and from time to time maintained by SMC Information Security Officer	YES	NO

WIRELESS APPENDIX FOR MEDICAL DEVICES

Mark 'X' in each box, for example -

Non Acceptable	Acceptable
	X

nub		Acceptable	Unacceptable
1*	Connection to the wireless networks according to standard: (Choose the right answer) a) 802.11 ac (wave2) b) 802.11n		
2*	The capability of installing a Security certificate (User Certificate/Computer Certificate) Preference to – Computer Certificate. As per hospital policy we allow wireless access to internal network with 802.1x (Based on certificates only). Encryption – WPA2-AES (WPA2 with AES encryption and dynamic keys using 802.1x via Transport Layer Security (TLS)). Support cryptographic hash function (Secure Hash Algorithm 2) SHA2 .		
3	Remote management (implementation and updating certificates and settings)		
4	Disabling Bluetooth		
5	Support of organizational NTP servers – an advantage		
6	Update/renewal of the Certificates automatically – An advantage.		
7	IP Multicast enabled	Yes	No
8	Approval of WIFI network card will be upon physical assessment on site		

THE STATE OF ISRAEL
 MINISTRY OF HEALTH
 THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
 Affiliated to the Tel-Aviv University
 Sackler School of Medicine
 TEL-HASHOMER, zip 5265601, ISRAEL



מדינת ישראל
 משרד הבריאות
 המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
 מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
 באוניברסיטת תל-אביב
 תל-השומר, מיקוד 5265601, ישראל

CONFIDENTIALITY APPENDIX

CONFIDENTIALITY AND NON-DISCLOSURE UNDERTAKING

We acknowledge that as part of our engagement with Sheba Medical Center, we will be given access to information that is of a personal, confidential and/ or proprietary nature, for example: (1) patient information, (2) personnel information, or (3) confidential business information of Sheba Medical Center and/or third parties, including third-party software and other licensed products or processes, and/or (4) trade secrets, research data ("**Confidential Information**"), for the purpose of fulfilling engagement obligations.

We, therefore agree:

- To hold all confidential information in trust and strict confidence and agree that it shall be used only for the purposes required to fulfill engagement obligations, and shall not be used for any other purpose, or disclosed to any third party.
- To keep any Confidential Information in my control or possession in a physically secure location to which only I and other persons who have signed a confidentiality agreement with Sheba Medical Center have access.
- Not to remove any Confidential Information from Sheba Medical Center unless, and to the extent that, I obtain Sheba's written pre-authorization. Whenever I am so pre-authorized, I agree to take all necessary steps to keep such Confidential Information secure and to protect such Confidential Information from unauthorized use, reproduction or disclosure.
- To maintain the absolute confidentiality of personal, confidential and proprietary information in recognition of the privacy and proprietary rights of others at all times, and in both professional and social situations.
- To comply with all privacy laws and regulations, which apply to the collection, use and disclosure of personal information.
 - At the conclusion of any discussions, or upon demand by Sheba, to return all confidential information, including prototypes, code, written notes, photographs, sketches, models, memoranda or notes taken, to Sheba's possession and the responsible manager/director.
- Not to disclose confidential, personal and/or proprietary information to any employee, consultant or third party unless they agree to execute and be bound by the terms of this agreement and have been approved by Sheba Medical Center in an official, legal capacity.

We understand that a breach of confidentiality or misuse of information could result in disciplinary action up to and including immediate termination of the agreement.

THE STATE OF ISRAEL
 MINISTRY OF HEALTH
 THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
 Affiliated to the Tel-Aviv University
 Sackler School of Medicine
 TEL-HASHOMER, zip 5265601, ISRAEL



מדינת ישראל
 משרד הבריאות
 המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
 מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
 באוניברסיטת תל-אביב
 תל-השומר, מיקוד 5265601, ישראל

We understand that this undertaking survives the termination of the agreement relationship with Sheba Medical Center.

The laws of Israel shall govern this Undertaking and its validity, construction and effect.

We fully understand and accept responsibilities set above relating to personal, confidential and/or proprietary Information.

In case needed, please fill Information Security representative, should be contacted:

Surname _____ First Name _____

Email _____ @ _____ Cell Number _____

IN WITNESS whereof this UNDERTAKING has been executed on the date shown hereunder:

By: _____ By: _____

Date: _____ Date: _____

Position: _____ Position: _____

CONFIDENTIALITY AND NON DISCLOSURE AGREEMENT

TO BE SIGNED BY ALL THE SUPPLIERS' EMPLOYEES

THE STATE OF ISRAEL
 MINISTRY OF HEALTH
 THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
 Affiliated to the Tel-Aviv University
 Sackler School of Medicine
 TEL-HASHOMER, zip 5265601, ISRAEL



מדינת ישראל
 משרד הבריאות
 המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
 מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
 באוניברסיטת תל-אביב
 תל-השומר, מיקוד 5265601, ישראל

Declaration of confidentiality

Date: _____

I, the undersigned (First name and last name of the Employee):

_____, I.D.Number: _____, am
 employed by (Name of employer): _____, and am hereby
 committed to undertaking the following:

1. To keep secret and not pass on, not inform, not hand over and / or bring to any person's attention, any detail and any information which shall come to my attention during my work on behalf of _____ (Name of employer) who provides services to _____, throughout said working period, or thereafter.
2. This obligation applies to all types of information, whether they are brought to my attention as part of my job/work or whether they are brought to my attention in any other way.
3. This obligation is to take all precautions and to apply all needed from safety, procedural, security or any other aspect.
4. Without detracting from what is stated in Paragraph 1 as above, I hereby undertake that for the duration of my provision of services to Sheba and also afterwards, indefinitely, I will not tell any person or entity, I will not publish and will not relinquish from my possession the information and / or all written information and / or any object or thing whether directly or indirectly to any party, including information about patients.
5. Likewise, I pledge that if I receive permission to use any of Sheba's databases I will do so solely for the purpose of providing my services to Sheba and only after receiving express, written consent from Sheba to access the databases. I pledge to act in accordance with the Privacy Act and any other provisions made by the law relating to this matter.
6. I hereby declare that I am fully aware that any failure on my part to fulfill my obligations, as they are stated above, is considered a criminal offense under

THE STATE OF ISRAEL
 MINISTRY OF HEALTH
 THE CHAIM SHEBA MEDICAL CENTER
 Affiliated to the Tel-Aviv University
 Sackler School of Medicine
 TEL-HASHOMER, zip 5265601, ISRAEL



מדינת ישראל
 משרד הבריאות
 המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא
 מסונף לבית הספר לרפואה ע"ש סאקלר
 באוניברסיטת תל-אביב
 תל-השומר, מיקוד 5265601, ישראל

the Penal Code (1977) and the Protection of Privacy Act (1981) and any other laws in keeping with the types of information, including the Patients' Rights Act (1996), and that I will be liable to receiving all punishments for my non-compliance, as they are designated by law.

7. The mobile phone number on which I will receive the code:

_____.

8. Organizational Email of the employee:

_____.

Date

Signature of Declarant

Authorization and approval of people responsible for allowing the System (listed below) – essential. Without verified written approval, the system will be treated as NON APPROVED.

For clarifications or questions please contact: infosec@sheba.health.gov.il

Roman Korobitsyn: 054-3358913 Roy Faigel: 052-5222899 Roman Ratman: 054-6975739