

המרכז הרפואי ע"ש ח. שיבא

תל- השומר

פניה לוועדת המכרזים בענין פטור ממכרז

1. לצורך רכישת: חוזה שרות למערכת קרינה תוך ניתוחית פנינו לחברת: שיאון ביוטקסט מדיקל וקבלנו הצעתה בסך: 800,000 ₪ כולל מע"מ (הסכום ב- ₪, לפי שער: \_\_\_\_\_ הוא: \_\_\_\_\_ ₪).
2. הרכישה האחרונה בוצעה בתאריך: 2022\_ מחברת: שיאון ביוטקסט בסך: 400,000 ש"ח

3. אנו מבקשים אישור לפטור ממכרז, מהסיבות המפורטות להלן :-

מצורף נימוק לספק יחיד של המחלקה להנדסה רפואית

דרישה 20206927

חתימה

\_\_\_\_\_ רכש

תפקיד

\_\_\_\_\_ יגאל כדורי

שם החותם על חו"ד

\_\_\_\_\_ 13/4/2023

תאריך

פרטי- כל מס' \_\_\_\_\_

בתאריך: \_\_\_\_\_ דנה ועדת המכרזים בפניה והחליטה כדלקמן :-

פרטי- כל מס' _____
בתאריך: _____ דנה ועדת המכרזים בפניה והחליטה כדלקמן :-

1. המרכז הרפואי ע"ש ח. שיבא

תל- השומר

משרד:	הבריאות
יחידה מזמינה:	הנדסה רפואית
תאריך:	13/4/2023

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

(יש לסמן X במקום המתאים)

אל: ועדת המכרזים

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

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

חוזת שירות למערכת קרינה תוך ניתוחית עבור חב' שיאון ביטקסט מדיקל בע"מ
העבודה תבוצע ע"י סוכן היצרן, לא ניתן לבצע ע"י ספק חלופי מורשה
מצורפת בקשה של המחלקה להנדסה רפואית

האם קיים הנושא זה מכרז מרכזי של החשב הכללי או גורם ממשלתי מוסמך אחר? \_\_\_\_\_ כן \_\_\_\_\_ X לא

סוג ההתקשרות (סמן X במקום המתאים)

\_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ טובין \_\_\_\_\_ שירותים \_\_\_\_\_ ביצוע עבודה

שם הספק:	שיאון ביטקסט מדיקל בע"מ
מספר הספק (ח.פ. / ח.צ. / ע.מ. / מספר עמותה)	513112421089 20147
ספק זה הינו:	_____ X _____ ספק יחיד _____ ספק חוץ
אומדן / שווי ההתקשרות:	800,000 ₪ כולל מע"מ
תקופת ההתקשרות	24 חודשים

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

**נא להתייחס לסעיפים הבאים:**

1. **האמצעים שבהם נערכו בדיקות לאיתור ספקים נוספים והכנת חוות דעת** כולל פירוט מקורות מידע ופעולות שנקטו (לדוגמה חיפוש באינטרנט, התכתבות עם ספקים, פגישה או שיחה עם ספקים וכדומה).

2. **ממצאי בדיקה** (אם ישנם ספקים נוספים בתחום ההתקשרות, יש לפרט א הסיבות לאי התאמתם לביצוע ההתקשרות עימם ואת הסיבות להיות הספק שלגביו נכתבה חוות הדעת ספק יחיד / ספק חוץ).


3. **נימוקים והערות נוספות.**

מצורפת דרישה 22-030262 של המחלקה להנדסה רפואית

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

חוות דעתי ניתנת מתוקף היותי הסמכות המקצועית לנושא זה.

בכבוד רב,

	רכש	גאל כדורי
חתימה	תפקיד בעל הסמכות המקצועית	שם בעל הסמכות המקצועית

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



מדינת ישראל  
 משרד בריאות  
 המרכז הרפואי המושלבע"ש חיים שיבא  
 מוסוף 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

27/10/22 14:11

פקודת עבודה מספר

**ש 22-030262**

פתוחה

לתשומת לב הספקה יש לצרף עותק מהזמנה זו לחשבונית.



שיאון ביוטקסט מדיקל בע"מ

לכבוד :

כתובת : פארק תעשיות ספירים בע"מ שדרות 8701002  
 אסל 3 ת.ד 109

פקס : 08-6898572

טלפון : 08-6898650

מערכת קרינה תוך ניתוחית

מספר מכשיר: ME038298

דגם המכשיר: LIAC MWL 12MEV

S/N: 0059

יצרן המכשיר: SIT

מחלקה: חדר ניתוח כרורגיה כללית

מק"ט שיבא: 1095083622

פקודת עבודה מיום: 27/10/22

מהות התקלה: המשך חוזה שירות לשנת 2023 - מה-26.8.23-27.8.22

26/08/21

מיום:

הצעת מחיר:

מחיר:

מע"מ:

מכ"ס:

סעיף חוזה שירות חדר ניתוח 7132106

העבודה תבוצע ע"י ספק חלופי מורשה

בכר דניאל  
 מנהל מחלקה  
 חדר ניתוח כרורגיה כללית  
 בית חולים שיבא תל השומר

המזמין:

שם וחתימת מקבל הציוד לתיקון חוץ:

תאריך

הנדסה רפואית

בי"ח שיבא

הבלת המכשיר לאחר תיקון

מחלקה

שם המקבל

חתימת המקבל

תאריך

שם המוביל

- food;
- local transport.

The cost of the spare parts (if any) necessary for the interventions' execution will be submitted by **Sion Medical** to **THE CLIENT** for formal approval before performing any replacement.

## 7. THE CLIENT'S OBLIGATIONS

- 7.a) The EQUIPMENT shall be used only by trained and qualified personnel;
- 7.b) The routine maintenance procedures reported in the User's Manual shall be regularly carried out by the HOSPITAL/THE CLIENT;
- 7.c) **Sion Medical** personnel shall be assured to have free and full access to the EQUIPMENT on the days and at the hours agreed both for preventive and corrective maintenance visits. **Sion Medical** shall not be liable of response delay in case the access to the intervention area is denied by the HOSPITAL;
- 7.d) The HOSPITAL/THE CLIENT shall collaborate with and assist **Sion Medical** authorized technicians for the proper execution of operations;
- 7.e) The HOSPITAL shall be responsible for ensuring the compliance to the radiation protection plan in force at the installation site;
- 7.f) A qualified representative of the HOSPITAL who is authorized to sign the Service Report shall be present during the works;
- 7.g) The HOSPITAL must independently take all measures related to security, integrity and confidentiality of their own data, in particular for duplication, storage and retrieval of data in case of failures and/or software errors.

In the event that **THE CLIENT** violates any obligation reported in this paragraph, **Sion Medical** will be entitled to terminate the present AGREEMENT. In such case the AGREEMENT termination shall be notified by registered letter from **Sion Medical** to **THE CLIENT** to the address specified in below paragraph 12.

## 8. FEE

The annual fee agreed upon for the performance of the Full Risk technical support under this AGREEMENT is **98,240 EU VAT** excluded.

This fee includes all expenses for safety, workmanship, travelling allowance and all that is required to perform an adequate service.

*(Handwritten notes)*  
1. ... (c) ...  
... 3 - f

The fee includes also all spare parts needed for the execution of the present AGREEMENT, with the exception of wear & tear materials (Gas SF6) and accessories (radioprotection disks and applicators).

The rates established in this AGREEMENT are defined as fixed fee and will not be susceptible to change during the period of validity of the AGREEMENT.

Any extra work not included in the AGREEMENT shall be carried out only after formal acceptance by **THE CLIENT** of the dedicated quotation duly submitted by **Sion Medical**.

## 9. BILLING TERMS

The annual fee whose reference to the above paragraph 8, will be billed according to Nr. 3 (three) invoices. Workmanship and associated and/or required components related to the activities detailed in above paragraph 6 shall be invoiced at the end of the relevant intervention.

## 10. PAYMENT TERMS

The payment shall be made with a bank transfer ~~within~~ 30 (Thirty) days upon each invoice issue. Workmanship and associated and/or required components related to the activities detailed in above paragraph 6 shall be paid within 30 (Thirty) days of the billing date.

In the event of any delay in the payment, **THE CLIENT** will be charged the interest on late payments as per applicable law.

In case of insolvency, **Sion Medical** hereby reserves the right to cease the service.

## 11. LIMITATION OF LIABILITY

**Sion Medical** does not guarantee the result of maintenance work in all cases in which the EQUIPMENT has not been used in accordance with its intended purpose and in case of evident neglect and/or abuse.

## 12. GENERAL PROVISIONS

- 12.a) This AGREEMENT cannot be transferred to third parties, unless explicitly authorized in writing by the PARTIES;
- 12.b) No modification or integration of this AGREEMENT shall be valid or effective unless agreed in writing by the PARTIES;
- 12.c) All communications relating to this AGREEMENT, with the only exception of what reported in paragraph 4, shall be made in writing, by registered conventional mail with return receipt, and addressed to the following addresses: