Siedlce, dnia 29.05.2023

EAM.2416.299.2023

**Zaproszenie do złożenia oferty**

Zamawiający: Mazowiecki Szpital Wojewódzki im. Św. Jana Pawła II w Siedlcach ul. Poniatowskiego 26, 08-110 Siedlce zaprasza do złożenia oferty na:

1. Przegląd niżej wymienionego urządzenia:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa aparatu: | Lodówka , numer seryjny i lokalizacja wg załącznika |
| Użytkownik: | Apteka Szpitalna |

1. Warunki udziału w postępowaniu:

**Wymagania w stosunku do Wykonawcy – naprawy i przeglądy wyrobów medycznych:**

1. Inżynier serwisowy wykonujący usługę musi posiadać aktualne szkolenie u wytwórcy sprzętu medycznego potwierdzone certyfikatem, (Komunikacja z inżynierem serwisowym w języku polskim).
2. Jeśli zachodzi taka potrzeba to podzespoły zostaną wymieniona zgodnie z aktualną dokumentacją serwisową producenta.
3. Wykonawca posiada aktualne, legalne oprogramowanie serwisowe w tym kody serwisowe do zainstalowanego na urządzeniu oprogramowania pochodzące od wytwórcy potwierdzone umową licencyjną lub oświadczeniem producenta oraz zestaw narzędzi zalecanych przez producenta sprzętu pozwalające na wykonanie naprawy.
4. Wykonawca wykonuje przeglądy zgodnie z instrukcją serwisową wytwórcy sprzętu.
5. Po naprawie Wykonawca wykona testy zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz wystawi raport serwisowy zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych.
6. Alternatywnie do dokumentów potwierdzających w punkcie 2 dokument autoryzacji producenta na w zakresie serwisu wyrobu medycznego.
7. Dokumenty do sprawdzenia na żądanie przez przedstawiciela Zamawiającego przed przystąpieniem do czynności serwisowych.

**Wymagania w stosunku do Wykonawcy – usługi:**

1. Oświadczenie o posiadaniu potencjału i wiedzy fachowej oraz zdolności formalno-prawnej do wykonania usługi.

**Termin płatności za wykonaną usługę wynosi 30 dni.**

1. Kryteria wyboru najkorzystniejszej oferty
	1. Najniższa cena brutto oferty.
2. Osoby upoważnione do kontaktu z wykonawcami:
* Marek Kowalski

 *Dział Aparatury Medycznej*

|  |  |
| --- | --- |
| **Tel:** | 25 640 32 12 |
| **Fax:** | 25 640 33 68 |
| **E-mail:** | apmed@szpital.siedlce.pl |

1. Oferta powinna zawierać:
	1. Nazwę wykonawcy.
	2. Adres wykonawcy.
	3. Cenę brutto.
	4. Termin wykonania zamówienia.
	5. Okres gwarancji na ewentualną wymianę/naprawę podzespołów lub elementów urządzenia.
	6. Potwierdzenie uprawnień wydanych przez producenta do dokonania naprawę.
	7. Podpis wykonawcy.
2. Miejsce i termin złożenia oferty

Ofertę należy złożyć w Dziale Aparatury Medycznej Tutejszego Szpitala lub przesłać na adres e-mail: apmed@szpital.siedlce.pl do dnia 02.06.2023

###

Zaproszenie do złożenia oferty nie jest zobowiązaniem do zawarcia umowy.