



Siedlce, dnia 23.02.2026

EAM.2416.150.2026

## 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 wymienionych urządzeń do dnia 07.05.2026:

Lp.	Nazwa	Typ	Nr Seryjny	Lokalizacja
1.	Kolumna zasilajaca	UMOS	0212	Oddz. Okulistyczny
2.	Kolumna zasilajaca	UMOS	0213	Oddz. Okulistyczny
3.	Kolumna zasilajaca	UMOS	0214	Oddz. Okulistyczny
4.	Kolumna zasilajaca	UMOS	0215	Oddz. Okulistyczny
5.	Kolumna zasilajaca	UMOS	0216	Oddz. Okulistyczny
6.	Kolumna anestezjologiczna	UMOS	244992230162	Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR)
7.	Kolumna anestezjologiczna	UMOS	244992230163	Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR)
8.	Kolumna chirurgiczna	UMOS	2499230141	Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR)
9.	Kolumna chirurgiczna	UMOS	24994230151	Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR)
10.	Kolumna zasilajaca	IOM UMOS		Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR)
11.	Kolumna zasilajaca	IOM UMOS	24993230142	Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR)
12.	Kolumna zasilajaca	IOM UMOS	24994230152	Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR)
13.	Kolumna zasilajaca	Tedisel TDS 400	4417H001096940	Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR)
14.	Kolumna zasilajaca	Tedisel TDS 400	4417H001096941	Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR)
15.	Kolumna zasilajaca	Tedisel TDS 400	4417H001096942	Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR)
16.	Kolumna zasilajaca	Tedisel TDS 400	4417H001096943	Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR)
17.	Kolumna zasilajaca	Tedisel TDS 400	4417H001096944	Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR)
18.	Kolumna zasilajaca	Tedisel TDS 400	4417H001096945	Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR)
19.	Kolumna zasilajaca	Tedisel TDS 400	4417H001096946	Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR)
20.	Kolumna zasilajaca	Tedisel TDS 400	4417H001096947	Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR)
21.	Kolumna zasilajaca	Tedisel TDS 400	4417H001096948	Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR)
22.	Kolumna zasilajaca	Tedisel TDS 400	4417H001096949	Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR)

ul. Poniatowskiego 26, 08-110 Siedlce

tel. centrala: 25 64 03 200 fax: 25 64 03 224

**Mazowsze.**  
serce Polski

REGON: 141944750 KRS: 0000336825 NIP: 821 25 77 607

PKO Bank Polski S.A. 32 1440 1101 0000 0000 1598 0397



## 2. Warunki udziału w postępowaniu:

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

- a. Inżynier serwisowy wykonujący usługę musi posiadać aktualne szkolenie u wytwórcy sprzętu medycznego potwierdzone certyfikatem, (Komunikacja z inżynierem serwisowym w języku polskim).
- b. Jeśli zachodzi taka potrzeba to podzespoły zostaną wymienione zgodnie z aktualną dokumentacją serwisową producenta.
- c. 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.
- d. Wykonawca wykonuje przeglądy zgodnie z instrukcją serwisową wytwórcy sprzętu.
- e. Po naprawie Wykonawca wykona testy zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz wystawi raport serwisowy zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych.
- f. Alternatywnie do dokumentów potwierdzających w punkcie 2 dokument autoryzacji producenta na w zakresie serwisu wyrobu medycznego.
- g. Dokumenty do sprawdzenia na żądanie przez przedstawiciela Zamawiającego przed przystąpieniem do czynności serwisowych.

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

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

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

## 3. Kryteria wyboru najkorzystniejszej oferty

- a. Najniższa cena brutto oferty.

## 4. Osoby upoważnione do kontaktu z wykonawcami:

- Kamil Makowski

*Dział Aparatury Medycznej*

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



Mazowiecki Szpital Wojewódzki  
im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o.

5. Oferta powinna zawierać:

- a. Nazwę wykonawcy.
- b. Adres wykonawcy.
- c. Ceny brutto, netto i stawki VAT.
- d. Termin wykonania zamówienia.
- e. Okres gwarancji na ewentualną wymianę/naprawę podzespołów lub elementów urządzenia.
- f. Potwierdzenie uprawnień wydanych przez producenta do dokonania przeglądu.
- g. Podpis wykonawcy.

6. Miejsce i termin złożenia oferty

Ofertę należy złożyć w Dziale Aparatury Medycznej Tutejszego Szpitala lub przesłać na adres e-mail: [apmed@szpital.siedlce.pl](mailto:apmed@szpital.siedlce.pl)

Zaproszenie do złożenia oferty nie jest zobowiązaniem do zawarcia umowy.

ZASTĘPCA KIEROWNIKA  
Działu Aparatury Medycznej

Agata Jaworska