



Siedlce, dnia 22.06.2023

EAM.2416.364.2023

## 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 wymienionych urządzeń:

Lp.	Nazwa	Typ	Nr Seryjny	Lokalizacja
1.	Centrala intensywnego nadzoru	iX	US00828085	Oddz.Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej
2.	Centrala intensywnego nadzoru	UT4800	CN44802617	Oddz.Dziecięcy
3.	Centrala intensywnego nadzoru	brak	US43338432	Pododdział Radioterapii

### 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 wymieniona 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.



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

**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:**

- Jakub Kryński

*Dział Aparatury Medycznej*

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

**5. Oferta powinna zawierać:**

- a. Nazwę wykonawcy.  
b. Adres wykonawcy.  
c. Cenę brutto.  
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 do dnia 26.06.2023

Zaproszenie do złożenia oferty nie jest zobowiązaniem do zawarcia umowy.

~~KIEROWNIK  
Działu Aparatury Medycznej~~  
mgr inż. Wojciech Czuba

ul. Poniatowskiego 26, 08-110 Siedlce

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

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

25<sup>lat</sup> Mazowsze

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