



Siedlce, dnia 19.12.2022

EAM.2416.657.2022

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. Wzorcowanie niżej wymienionego urządzenia:

Nazwa aparatu: Tester defibrylatorów i stymulatorów
Typ: QA-45
Nr. fabryczny: 45029
Użytkownik: Dział Aparatury Medycznej

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.

Wymagania w stosunku do Wykonawcy – usługi:

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



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

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:

- Karol Czeredys

Dział Aparatury Medycznej

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

5. Oferta powinna zawierać:

- Nazwę wykonawcy.
- Adres wykonawcy.
- Cenę brutto.
- Termin wykonania zamówienia.
- Okres gwarancji na ewentualną wymianę/naprawę podzespołów lub elementów urządzenia.
- Potwierdzenie uprawnień wydanych przez producenta do dokonania naprawy.
- 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 dnia23.12.22.....

Zaproszenie do złożenia oferty nie jest zobowiązaniem do zawarcia umowy.

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