



Siedlce, dnia 14.06.2023

EAM.2416.346.2023

## 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: Generator  
Typ: VLFT10GEN  
Nr. fabryczny: T0I44860DX  
Użytkownik: Blok Operacyjny

### 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.

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



**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:

- Artur Sidorczuk

*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 dnia .....

Zaproszenie do złożenia oferty nie jest zobowiązaniem do zawarcia umowy.

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