



Siedlce, dnia 17.11.2025

EAM.2416.792.2025

## 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 25.01.2025:

Lp.	Nazwa	Typ	Nr Seryjny	Lokalizacja
1.	Kolumna OIOM	OIOM Solo Truport 5000-1465	102421820	Oddz. Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAI'T))
2.	Kolumna OIOM	OIOM Solo Truport 5000-1465	102421825	Oddz. Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAI'T))
3.	Kolumna OIOM	OIOM Tandem Truport 5000-1465/5000-1465	102421339/102419066	Oddz. Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAI'T))
4.	Kolumna OIOM	OIOM Tandem Truport 5000-1465/5000-1465	102421343	Oddz. Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAI'T))
5.	Kolumna OIOM	OIOM Tandem Truport 5000-1465/5000-1465	102421347	Oddz. Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAI'T))
6.	Kolumna OIOM	OIOM Tandem Truport 5000-1465/5000-1465	102421351	Oddz. Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAI'T))
7.	Kolumna OIOM	OIOM Tandem Truport 5000-1465/5000-1465	102421355/102419080	Oddz. Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAI'T))
8.	Kolumna OIOM	OIOM Tandem Truport 5000-1465/5000-1465	102421359	Oddz. Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAI'T))
9.	Kolumna OIOM	OIOM Tandem Truport 5000-1465/5000-1465	102421363	Oddz. Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAI'T))
10.	Kolumna OIOM	OIOM Tandem Truport 5000-1465/5000-1465	102421367	Oddz. Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAI'T))
11.	Kolumna OIOM	OIOM Tandem Truport 5000-1465/5000-1465	102421371	Oddz. Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAI'T))
12.	Kolumna OIOM	OIOM Tandem Truport 5000-1465/5000-1465	102421375	Oddz. Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAI'T))
13.	Kolumna OIOM	OIOM Tandem Truport 5000-1465/5000-1465	102421379	Oddz. Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAI'T))
14.	Kolumna OIOM	OIOM Tandem Truport 5000-1465/5000-1465	102421383	Oddz. Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAI'T))
15.	Kolumna OIOM	OIOM Tandem Truport 5000-1465/5000-1465	102421387/102419060	Oddz. Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAI'T))

### 2. Warunki udziału w postępowaniu:

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

- Inżynier serwisowy wykonujący usługę musi posiadać aktualne szkolenie u wytwórcy sprzętu medycznego potwierdzone certyfikatem, (Komunikacja z inżynierem serwisowym w języku polskim).
- Jeśli zachodzi taka potrzeba to podzespoły zostaną wymienione zgodnie z aktualną dokumentacją serwisową producenta.
- Wykonawca posiada aktualne, legalne oprogramowanie serwisowe w tym kody serwisowe do zainstalowanego na urządzeniu oprogramowania pochodzące od

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



- 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.**

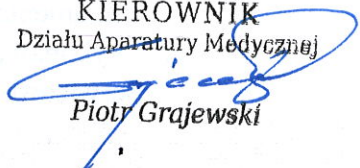
3. Kryteria wyboru najkorzystniejszej oferty
  - a. Najniższa cena brutto oferty.
4. Osoby upoważnione do kontaktu z wykonawcami:

- Kamil Makowski

*Dział Aparatury Medycznej*

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

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  
Zaproszenie do złożenia oferty nie jest zobowiązaniem do zawarcia umowy.

KIEROWNIK  
Działu Aparatury Medycznej  
  
Piotr Grajewski