



Siedlce, dnia 31.03.2026

EAM.2416.232.2026

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 14.04.2026 r:

Lp.	Nazwa	Typ	Nr Seryjny	Lokalizacja
1.	Sterylizator parowy	EC 280	E-27533	Zakład Sterylizacji
2.	Sterylizator parowy	EC 280	E-29396	Zakład Sterylizacji
3.	Sterylizator parowy	EC 280	E-29395	Zakład Sterylizacji
4.	Myjnia ultradźwiękowa	Sonic 33	157800	Zakład Sterylizacji
5.	Myjnia ultradźwiękowa	Sonic 33	157799	Zakład Sterylizacji
6.	Zgrzewarka rotacyjna	hm 3010 dc-v	485446/1015	Zakład Sterylizacji
7.	Zgrzewarka rotacyjna	hm 3010 dc-v	485445/1015	Zakład Sterylizacji
8.	Zgrzewarka rotacyjna	hm 3010 dc-v	485447/1015	Zakład Sterylizacji

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 wytwórcy potwierdzone umową licencyjną lub oświadczeniem producenta oraz zestaw narzędzi zalecanych przez producenta sprzętu pozwalające na wykonanie naprawy.
- Wykonawca wykonuje przeglądy zgodnie z instrukcją serwisową wytwórcy sprzętu.
- Po naprawie Wykonawca wykona testy zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz wystawi raport serwisowy zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych.
- 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:

- Tomasz Kot
Tel: +48 663 417 297
e-mail: tkot@szpital.siedlce.pl

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 przeglądu.
- Podpis wykonawcy.

6. Miejsce i termin złożenia oferty

Ofertę należy złożyć w Dziale Aparatury Medycznej Tutejszego Szpitala lub przesłać na adres e-mail: tkot@szpital.siedlce.pl do dnia 03.04.2026 r

Zaproszenie do złożenia oferty nie jest zobowiązaniem do zawarcia umowy.

ZASTĘPCA KIEROWNIKA
Działu Aparatury Medycznej

Agata Jaworska