



Siedlce, dnia 28.05.2024 r.

EAM.2416.421.2024

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: System autoczynnika
Typ: Attest 490
Nr. fabryczny: 115004
Użytkownik: Zakład Sterylizacji

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 wymienione 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:

ul. Poniatowskiego 26, 08-110 Siedlce

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



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

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



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

- 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
Kontakt : 663 417 297
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 naprawy.
- 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 03.06.2024 r.

Zaproszenie do złożenia oferty nie jest zobowiązaniem do zawarcia umowy.

KIEROWNIK
Działu Aparatury Medycznej
mgr inż. Wojciech Czuba

ul. Poniatowskiego 26, 08-110 Siedlce

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

25 lat
SAMORZĄDU
WOJEWÓDZTWA
MAZOWIECKIEGO

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

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