

## **ZAPROSZENIE DO ZŁOŻENIA OFERTY CENOWEJ**

Przedmiot zapytania dotyczy:

**Przeгляд techniczny urządzeń medycznej – powtórzenie**

### **I. Zamawiający:**

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny

ul. Żołnierska 18

10 – 561 Olsztyn

Strona: [www.wss.olsztyn.pl](http://www.wss.olsztyn.pl)

E-mail: [zamowienia@wss.olsztyn.pl](mailto:zamowienia@wss.olsztyn.pl)

Godziny urzędowania: 7.00 – 14.00

Telefon / fax: 089 53 86 228

### **II. Opis przedmiotu zamówienia:**

Przedmiot zamówienia obejmuje wykonanie przeglądu technicznego następujących urządzeń medycznych:

- 1) pomp infuzyjnych, podgrzewaczy krwi i płynów infuzyjnych, zgodnie z wykazem stanowiącym załącznik nr 3 do zaproszenia,
- 2) mikroskopu neurochirurgicznego Leica M720 OH5, nr seryjny OH5-53313, zgodnie z wykazem stanowiącym załącznik nr 3 do zaproszenia,
- 3) stołów operacyjnych z systemem wymiennych blatów, blatów ogólnochirurgicznych, z zgodnie z wykazem stanowiącym załącznik nr 3 do zaproszenia,

**Zamawiający dopuszcza złożenie oferty na w wyżej wymienione części zamówienia.**

W ramach usługi Wykonawca wykona wszelkie potrzebne czynności: przeglądy, testy, wymianę niezbędnych części eksploatacyjnych, czyszczenie i wpis do paszportu technicznego.

Usługa winna być wykonana zgodnie z wymogami art. 90 ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r. (Dz. U. Nr 107, poz. 679).

### **III. Termin wykonania zamówienia:**

- do 21 dni od dnia udzielenia zamówienia

### **IV. Kryterium oceny ofert**

Cena - 100%

### **V. Informacje o oświadczeniach i dokumentach, jakie mają dostarczyć wykonawcy:**

1. Aktualny odpis z właściwego rejestru albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej, wystawionego nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
2. Dokumenty uprawniające Wykonawcę do wykonania usługi – dokument potwierdzający autoryzację.
3. Sporządzony przez wykonawcę według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do zaproszenia, formularz ofertowy.

#### **VI. Informacje dodatkowe:**

Zamawiający w ramach prowadzonego postępowania zastrzega możliwość przeprowadzenia negocjacji w zakresie ceny.

Zamawiający zastrzega możliwość unieważnienia prowadzonego postępowania bez podania przyczyny.

#### **VII. Osoby uprawnione do porozumiewania się z wykonawcami:**

Osobą upoważnioną ze strony Zamawiającego do kontaktowania się z wykonawcami jest: Stanisława Masłowska – Kierownik Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia, tel. 0 89 53 86 228.

**Ofertę cenową w formie skanu oryginału podpisanych dokumentów należy złożyć do dnia 7 października 2019 roku godz. 11:00 na adres poczty e-mail: [zamowienia@wss.olsztyn.pl](mailto:zamowienia@wss.olsztyn.pl)**

Zamawiający dopuszcza możliwość złożenie oferty elektronicznej podpisanej kwalifikowanym podpisem elektronicznym.

W przypadku braku możliwości wysłania oferty w formie elektronicznej należy ją wysłać na adres:

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny  
Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia  
ul. Żołnierska 16 B, pok. 2 / 9  
10 – 561 Olsztyn**

z dopiskiem: **DZPZ/333/205/2019 - Przegląd techniczny urządzeń medycznych – powtórzenie**

Uwaga: W przypadku złożenia skanu oferty lub oferty elektronicznej nie należy składać formy papierowej.

#### **VIII. Załączniki:**

Załącznik nr 1 – formularz ofertowy

Załącznik nr 2 - projekt umowy

Załącznik nr 3 – wykaz urządzeń medycznych

DYREKTOR WSS W OLSZTYNIE

Irena Kierzkowska  
(Podpis osoby uprawnionej)