



SPZOZ Warszawa-Ursynów

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
W a r s z a w a - U r s y n ó w

ul. Zamiany 13, 02-786 Warszawa, Regon: 017185839, NIP: 951-19-98-375
sekretariat: tel. 22 643 74 44; tel./fax 22 641 52 14; centrala: 22 641 67 59,
22 641 29 94, 22 643 03 99, e-mail: biuro@zozursynow.pl, www.zozursynow.pl



Warszawa, dnia 02.03.2021r.

SPZOZ U/135 /21

OGŁOSZENIE

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Warszawa – Ursynów, zaprasza do składania ofert na wykonanie przeglądu technicznego zestawu RTG do zdjęć kostnych i płucnych firmy SHIMADZU zainstalowanego w przychodni przy ul. Na Uboczu 5 w Warszawie.

PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

Przedmiotem zamówienia jest obsługa serwisowa zestawu RTG do zdjęć kostnych i płucnych firmy SHIMADZU – **załącznik nr 1** formularz asortymentowo-cenowy. Obsługa serwisowa obejmuje okresową obsługę techniczną – przeglądy oraz usuwanie awarii. Wykonawca zobowiązany jest do przeprowadzenia przeglądu urządzeń zgodnie z:

- 1) ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010r. (D.U. 2010 Nr 107 poz. 679 z późniejszymi zmianami)
- 2) informacjami określonymi przez producenta urządzeń w instrukcjach serwisowych producenta danego sprzętu
- 3) wzorem umowy stanowiącym **załącznik nr 3** do ogłoszenia.

Zamawiający wymaga aby Wykonawca posiadał odpowiednią wiedzę w ramach prowadzonej działalności pozwalającą na wykonanie zamówienia oraz dostęp do dokumentacji na podstawie której wykona zleczone prace. Posiadana wiedza musi być udokumentowana poprzez posiadanie certyfikatu / zaświadczenia odbytych szkoleń, wydanego przez autoryzowanego przedstawiciela tj. wytwórcę, importera bądź dystrybutora sprzętu co do którego Wykonawca zobowiązuje się wykonać zlecenie.

Zamawiający wymaga aby powyższy certyfikat / zaświadczenia odbytych szkoleń dołączone były wraz z formularzem asortymentowo – cenowym.



dla rozwoju Mazowsza

- 5) Oferta powinna być sporządzona w oparciu o wzór formularza ofertowo-cenowego stanowiącym **załącznik nr 2** do niniejszego ogłoszenia.
- 6) Wraz z ofertą wykonawca składa wypełniony formularz asortymentowo-cenowy. przedmiotu zamówienia, którego wzór stanowi **załącznik nr 1**.

TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA

Sukcesywne przeglądy aparatów medycznych w okresie 36 miesięcy (dwa przeglądy w skali roku) od dnia podpisania umowy z Wykonawcą. Termin każdorazowego przeglądu do 5 dni roboczych od dnia przesłania za pomocą poczty elektronicznej zlecenia przez Zamawiającego Wykonawcy.

MIEJSCE WYKONANIA USŁUGI 02-791 Warszawa, ul. Na Uboczu 5

CENA OFERTY

Wykonawca zobowiązany jest do sporządzenia formularza asortymentowo- cenowego i określenia w nim cen na wszystkie elementy zamówienia. Cenę oferty stanowi suma wartości wszystkich pozycji. Cena oferty wynikająca z formularza cenowego winna zawierać wszystkie koszty niezbędne do wykonania zamówienia.

Poszczególne ceny podane w formularzu będą podstawą do rozliczenia zamówień składanych przez Zamawiającego w ramach zawartej umowy.

WYBÓR OFERTY NAJKORZYSTNIEJSZEJ

1) Przy wyborze najkorzystniejszej oferty Zamawiający będzie kierował się następującymi kryteriami i ich wagami:

- kryterium CENA – waga 100, maksymalna ilość punktów 100,

2) Kryterium CENA - w cenę muszą być wliczone wszystkie koszty związane z realizacją umowy, jakie ma pokryć Zamawiający pod rygorem niemożności domagania się ich od Zamawiającego.

Oferta proponująca cenę najniższą otrzyma maksymalną liczbę punktów. Oferty proponujące ceny wyższe otrzymają proporcjonalnie mniej punktów.

3) Kryterium CENA będzie obliczane według następującego wzoru:

$$\frac{\text{cena zaoferowana najniższa} \times \text{waga kryterium}}{\text{cena badana}} = \text{uzyskana ilość punktów}$$

4) Zamawiający udzieli zamówienia Wykonawcy, który złożył najkorzystniejszą ofertę, to jest zaoferował najkorzystniejszą cenę brutto (z podatkiem VAT) za realizację przedmiotu zamówienia.

Zainteresowanych prosimy o kontakt z Krzysztof Poncyliusz tel: 509-778-525 w godz. 9-14

Oferty należy składać w terminie do dnia 10.03.2021. do godziny 10.00 w następujący sposób:

1. osobiście w siedzibie Zamawiającego, tj.; 02-786 Warszawa, ul. Zamiany 13, pokój nr 1 sekretariat Dyrektora
2. poczta elektroniczna: k.poncyliusz@zozursynow.pl

*p.o. Dyrektor Samodzielnego
Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
Warszawa – Ursynów,
ul. Zamiany 13*