



Krosno, dnia 10.06.2010

Wojewódzki Szpital Podkarpacki  
im. Jana Pawła II  
38-400 Krosno, ul. Korczyńska 57,  
tel. / fax 013-4378497 lub 215  
email:sezam.szpital@krosno.med.pl  
www.krosno.med.pl

## ZAPYTANIE OFERTOWE

NA:

ŚWIADCZENIE USŁUGI PRZEGLĄDU I WALIDACJI  
WIRÓWEK, CIEPLAREK I CHŁODZIARKO-ZAMRAŻAREK W PRACOWNI  
SEROLOGI TRANSFUZJOLOGICZNEJ.

DLA WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA PODKARPACKIEGO IM. JANA PAWŁA II W  
KROŚNIE

Znak sprawy: NZ/214/ 45 /2010

Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie 38-400 Krosno, ul.  
Korczyńska 57, zwanym dalej „Szpitalem” zaprasza do złożenia oferty na:

**Przedmiot zamówienia:** Świadczenie usługi przeglądu i walidacji wirówek, cieplarek oraz chłodziarko-zamrażarki w Pracowni Serologii Transfuzjologicznej.

### Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia

Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usługi przeglądu i walidacji wirówek, cieplarek oraz chłodziarko-zamrażarki w Pracowni Serologii Transfuzjologicznej.

Usługa będzie wykonana zgodnie z harmonogramem podanym w załączniku nr 2.

Podstawa wykonania usługi będzie zgłoszenie zamawiającego przesłane faxem.

Obowiązkiem Wykonawcy będzie uzgodnienie dokładnego terminu wykonania usługi z Sekcją Naprawy Sprzętu Medycznego w/m osoba odpowiedzialna –Kier.Ferdynand Wojtaszek tel.13 43 78 529.

Po wykonaniu usługi Wykonawca usługi obowiązany jest sporządzić i przedłożyć Zamawiającemu protokół z wykonanej usługi.

Wykaz czynności serwisowych składających się na przedmiot zamówienia:

- ogłędziny zewnętrzne i wewnętrzne
- Sprawdzenie stanu uszczelek pokrywy
- sprawdzenie zamocowanej pokrywy komory
- spr. układu napędowego
- spr. układu sygnalizacji
- spr. układu sterowania
- spr. stanu izolacji
- spr. blokady pokrywy

*R. K. [signature]*

- spr.blokady niewyważenia
- spr.układu przyspieszenia i hamowania
- spr.układu identyfikacji rotorów
- pomiar prędkości obrotowej
- pomiar czasu wirowania
- pomiar temp. chodzenia komory wirowania
- dokumentacja powykonawcza (świadczenie sprawdzenia lub wzorcowania).

Dotyczy lodówek:

Spr. temperatury ustawienia +2°C- +6°

Spr. zakresu zmian temperatury wzdłuż pionowej osi centralnej lodówki z uwzględnieniem zmian w płaszczyźnie półek /wszystkie wartości wyrażone w (° C)/.

Dotyczy chłodziarko-zamrażarki:

Walidacja dotyczy tylko części –chłodziarki

Spr. temperatury ustawienia +2°C- +6°

Spr. zakresu zmian temperatury wzdłuż pionowej osi centralnej lodówki z uwzględnieniem zmian w płaszczyźnie półek /wszystkie wartości wyrażone w (° C)/.

Dotyczy ciepłarek:

Spr. temperatury ustawienia +37°

Spr. zakresu zmian temperatury wzdłuż poziomej osi centralnej półki górnej /wszystkie wartości wyrażone w (°C)/.

*Dodatkowo należy przedłożyć dokument potwierdzający ,że Wykonawca posiada min 2 letnie doświadczenie w wykonywaniu przeglądu wirówek, ciepłarek i chłodziarko-zamrażarek /np. zaświadczenie o kwalifikacjach/ oraz przedłożyć listę referencyjną wraz z referencjami /min 2 listy referencyjne / z wykonywanych czynności o których mowa wyżej.*

#### **Warynki i zasady realizacji zamówienia:**

Zamówienie będzie realizowane na zasadach i warunkach określonych w niniejszym Zapytaniu Ofertowym z uwzględnieniem:

załącznik nr 2 – formularz przedmiotu zamówienia

załącznik nr 3 – wzór umowy

**Miejsce wykonania zamówienia:** siedziba Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie – Krosno, ul. Korczyńska 57. –**Pracownia Serologii Transfuzjologicznej - Kier. Barbara Kubacka.**

#### **Miejsce i termin złożenia oferty:**

**Sekretariat Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57**

**Termin złożenia oferty: do dnia 15.06.2010 r. do godz. 09:30.**

Termin otwarcia ofert: 15.06.....2010 r. o godz. 10:00 w Dziale Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie – Krosno, ul. Korczyńska 57, pok. nr 101.

Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami trwale spiętą należy umieścić w zapieczętowanej kopercie opatrzonej danymi Wykonawcy oraz napisami:

**„Oferta na Usługę Przeglądu i Walidacji -wirówek, cieplarek i chłodziarko-zamrażarki  
Nie otwierać w sekretariacie.”**

**Warunki płatności:** 30 dni od dnia wystawienia prawidłowej faktury VAT

**Kryterium wyboru najkorzystniejszej oferty:**

najniższa cena (waga kryterium – 100% cena)

**Osoby upoważnione do kontaktu z wykonawcami:**

w sprawach merytorycznych –Ferdynand Wojtaszek -Kierownik Sekcji Naprawy Sprzętu Medycznego tel. 013 4378529

w sprawach formalnych(proceduralnych) – specjalista Ryszard Karpiński Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia tel. 013 43 78 209

**Termin związania ofertą (ważność oferty) wynosi:** co najmniej 30 dni.

**Sposób złożenia oferty:**

Ofertę należy sporządzić w języku polskim w formie pisemnej zwykłej i złożyć w Sekretariacie Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57, pok. nr 275.

**Minimalna treść oferty:**

Zalecany wzór oferty zawiera załącznik nr 1 do niniejszego zapytania ofertowego, przy czym w razie składania oferty na własnym wzorcu należy w niej uwzględnić, co najmniej:

I. Identyfikacja:

1.nazwa wykonawcy ....., 2. adres siedziby ....., 3. NIP ....., 4. KRS/EDG ....., 5. nr r-ku bankowego .....6. tel./ fax..... 7. osoba upoważniona do kontaktów.....

II. Cena:

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

Cenę netto.....zł (słownie złotych .....

/ jeśli przewidziano - Podatek VAT

..... zł (słownie złotych

.....)Cenę brutto

RK 20

..... zł (słownie złotych  
.....)/

III. Oświadczenia dodatkowe:

1. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
2. Potwierdzam termin realizacji zamówienia .....
3. Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zapytaniu ofertowym.
4. Oferuję gwarancję na okres ..... (jeżeli dotyczy)
5. Okres związania ofertą Niniejszym oświadczam, że oferta ta jest ważna do dnia.....
6. Potwierdzam posiadanie uprawnień do wykonania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawa nakłada obowiązek ich posiadania.

**Dodatkowo należy przedłożyć dokument potwierdzający, że Wykonawca posiada min 2 letnie doświadczenie w wykonywaniu przeglądu wirówek, ciepłarek i chłodziarko-zamrażarek /np. zaświadczenie o kwalifikacjach/ oraz przedłożyć listę referencyjną wraz z referencjami /min 2 listy referencyjne / z wykonywanych czynności o których mowa wyżej.**

Oferta winna być podpisana przez osobę/ osoby uprawnione do reprezentacji podmiotu (w załączeniu KRS/ EDG lub / oraz pełnomocnictwo)

Załączniki:

- Załącznik nr 1 – wzór oferty (formularz ofertowy)
- Załącznik nr 2 – formularz przedmiotu zamówienia
- Załącznik nr 3 – wzór umowy

2-cy D YREKTORA  
dz. Ekonomiczno-Administracyjnych  
Wojewódzkiego Szpitala Pedkarpackiego  
im. Jana Pawła II w Krośnie

10.06.2010

.....  
Data i podpis Dyrektora lub osoby upoważnionej

KIEROWNICZKA  
ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH I WSPÓŁPRACY  
mgr *[Signature]*

*[Handwritten signatures]*