



Warszawa, dnia 03.09.2025 r.

ZAPYTANIE OFERTOWE

I. ZAMAWIAJĄCY:

Województwo Mazowieckie, ul. Jagiellońska 26, 03-719 Warszawa, NIP:113-245-39-40, REGON 015528910, reprezentowane przez **Pełnomocnika Państwowego Instytutu Medycznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji** na podstawie uchwały 873/80/25 Zarządu Województwa Mazowieckiego z dnia 29 kwietnia 2025 r. w sprawie udzielenia pełnomocnictwa Państwowemu Instytutowi Medycznemu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji

II. WARUNKI I POSTANOWIENIA:

Państwowy Instytut Medyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji przekazuje niniejsze Zapytanie w celu ustalenia oferty cenowej związanej z planowaną realizacją postępowania na zakup pomp strzykawkowych- 15 szt. zgodnie z załącznikiem 1

Zwracamy się z prośbą wycenę przedmiotu zamówienia z uwzględnieniem poniższych informacji:

1. Warunki zamówienia:

- a. płatności: 30 dni od dnia dostarczenia faktury, podpisania protokołu odbioru i przeszkolenia użytkownika
- b. oferowana aparatura musi być fabrycznie nowa (aparatura nie używana, nie rekondukcjonowana, nie powystawowa, wszystkie elementy składowe i podzespoły fabrycznie nowe) wyprodukowana nie wcześniej niż w roku 2025
- c. instalacja/montaż/szkolenie niezwłocznie po dostawie bądź w terminie wyznaczonym przez zamawiającego,
- d. gwarancja min 36 miesięcy ,
- e. protokół zdawczo-odbiorczy wraz z wypełnionym paszportem technicznym,
- f. sprzęt musi być wyrobem medycznym w rozumieniu ustawy z dnia 07.04.2022 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. 2022. poz. 974), posiadać odpowiedni Certyfikat CE lub Deklarację zgodności potwierdzające spełnienie przez wyrób wymagań zasadniczych Dyrektywy Urządzenia Medyczne 93/42/ECC. lub Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017

2. Proszę o podanie poniższych danych objętych wyceną:

- a. dane kontaktowe do złożenia zamówienia
- b. dane kontaktowe serwisu,
- c. okres i warunki gwarancji,
- d. termin dostawy,
- e. lista materiałów zużywalnych (jeżeli dotyczy),
- f. dane kontaktowe do zamówienia materiałów zużywalnych (jeżeli dotyczy).

3. Proszę o ujęcie w wycenie wszystkich kosztów, w szczególności:



- g. transportu/dostawy,
 - h. instalacji/montażu,
 - i. szkolenia w miejscu instalacji,
 - j. zestawu startowego do rozpoczęcia użytkowania urządzenia/ aparatury (jeżeli dotyczy).
4. Proszę o podanie w wycenie:
- a. ceny jednostkowej,
 - b. wartości zamówienia netto i brutto,
 - c. wartości podatku VAT.
 - d. terminu gwarancji,

III. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA: ZGODNIE Z ZAŁĄCZNIKIEM 1

Kody CPV:

- 33194110-0 (Pompy infuzyjne)

IV. WARUNKI REALIZACJI ZAMÓWIENIA:

Czas dostawy w dniach : max 30 dni kalendarzowych od dnia podpisania umowy

V. WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO

Wykonawca oświadcza, że posiada niezbędną wiedzę, umiejętności oraz potencjał do wykonania przedmiotu umowy, zobowiązuje się do wykonania przedmiotu umowy mając na uwadze dobro Zamawiającego, z najwyższą starannością, z uwzględnieniem zawodowego i profesjonalnego charakteru prowadzonej przez Wykonawcę działalności.

Będzie informował Zamawiającego o wszystkich sytuacjach mogących utrudnić sprawną realizację przedmiotu umowy.

Będzie niezwłocznie informował Zamawiającego o wszelkich okolicznościach mających wpływ na terminową realizację przedmiotu niniejszej umowy.

VI. KRYTERIA OCENY OFERTY:

Cena brutto oferty – 100%

VII. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA

Formularz powinien być:

- opatrzony pieczęcią firmową,
- posiadać datę sporządzenia,
- zawierać adres lub siedzibę firmy, numer telefonu, adres e-mail, numer NIP,
- podpisany czytelnie przez Wykonawcę.

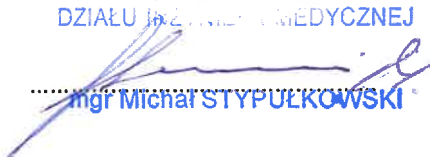


VIII. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA FORMULARZY

1. Formularz powinien być przesłany pocztą elektroniczną na adres mailowy **do 12 września do godz. 9:00** na adres: **michał.stypulkowski@pimmswia.gov.pl** (pliki stanowiące załączniki do maila nie mogą przekraczać łącznie 10 MB).
2. Formularze złożone po terminie nie będą rozpatrywane.
3. Uczestnik może przed upływem terminu składania formularzy do niniejszego zapytania wycofać swój Formularz.

IX. INNE ISTOTNE WARUNKI ZAMÓWIENIA:

- a) Ważność oferty – 60 dni.
- b) W przypadku konsorcjum osób fizycznych oferta powinna być podpisana przez osobę wskazaną do reprezentowania konsorcjum, na podstawie Umowy konsorcjum.
- c) PIM MSWiA zastrzega sobie prawo do odstąpienia od zapytania ofertowego bez podania przyczyny.
- d) Nie dopuszcza się zmiany (w tym przedłużenie) terminu realizacji zamówienia.
- e) Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę.
- f) Zamawiający nie dopuszcza składania ofert wariantowych.

KIEROWNIK
DZIAŁU INŻYNIERYNGI MEDYCZNEJ

mgr Michał STYPUŁKOWSKI



(pieczęć Wykonawcy)

....., dnia

FORMULARZ OFERTY

Nazwa Wykonawcy:

Adres Wykonawcy:

I. cenę realizacji ww. zamówienia na:

Przedmiot oferty	Cena jednostkowa netto [PLN]	Wartość netto [PLN]	Wartość VAT [PLN]	Wartość brutto [PLN]
Pompy strzykawkowe- 15 szt.				

Termin płatności : 60 dni od dnia podpisania protokołu odbioru i przeszkolenia użytkownika

Okres gwarancji-(min 36 miesięcy):

Termin dostawy w dniach (max 30 dni kalendarzowych) :

Uwaga: Cenę należy określić z dokładnością do drugiego miejsca po przecinku, zgodnie z zasadami rachunkowości. Ustalenie prawidłowej stawki podatku VAT, zgodnej z obowiązującymi przepisami ustawy o podatku od towarów i usług, należy do Wykonawcy.

Potwierdzam, że oferowana powyżej kwota uwzględnia wszelkie koszty, jakie poniosłby Wykonawca w związku z wykonaniem wycenionego zamówienia.

.....
Podpis i data wykonawcy