**ZAMAWIAJACY**

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Płocku
ul. Narodowych Sił Zbrojnych 5, 09-400 Płock**

 **PRZEDMIOTEM ZAMÓWIENIA - Usługa:**

1. **Przedmiotem zamówienia jest**: wykonanie usługi pn.: ***przegląd okresowy oraz naprawa aparatury i sprzętu medycznego w okresie 24 miesięcy.***
2. Obowiązek serwisowania sprzętu medycznego zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (tekst jednolity Dz. U. z 2019r. poz. 175, 447 i 534) oraz ustawą o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2018r. poz. 2190, 1629, 2219 i Dz. U. z 2019r. poz. 492 i 730).
3. Zamówienie podzielono na 24 zadania, które zostały opisane w postaci formularza asortymentowo – cenowego poniżej w tabelach.
4. Wykonawca składa ofertę na jedną, kilka lub wszystkie części zamówienia.

**ZADANIE 1. Serwis sprzętu medycznego firmy Physio-Control (STRYKER)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagana ilość** | **Cena netto****jednostki** | **Wartość netto ogółem** | **Stawka VAT** % | **Kwota VAT** | **Wartość****brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy defibrylatorów Lifepak 12 wraz zwystawieniem raportu serwisowego | szt. | 28 |  |  |  |  |  |
| 2. | Przegląd serwisowy defibrylatora Lifepak 15 wraz zwystawieniem raportu serwisowego | szt. | 8 |  |  |  |  |  |
| 3. | Przegląd serwisowy ładowarki do akumulatorówM-BASS wraz z wystawieniem raportu serwisowego | szt. | 36 |  |  |  |  |  |
| 4. | Przegląd serwisowy urządzenia do kompresji klatki piersiowej Lukas 2 wraz z wystawieniem raportu serwisowego | szt. | 8 |  |  |  |  |  |
| 5. | Przegląd serwisowy urządzenia do kompresji klatki piersiowej Lukas 3 wraz z wystawieniem raportu serwisowego | szt. | 8 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | **x** |  | **x** |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestracja defibrylatora i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych,

-sprawdzenie stanu zewnętrznego defibrylatora, akcesoriów i ew. czyszczenie,

-przegląd techniczny,

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego,

-kondycjonowanie i ładowanie akumulatorów,

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego,

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych.

 .............................................................................................

 *data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**ZADANIE 2. Serwis sprzętu medycznego firmy PNEUPAC, ZOLL i SMITHS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagana ilość** | **Cena****netto****jednostki** | **Wartość netto ogółem** | **Stawka****VAT** % | **Kwota VAT** | **Wartość****brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy respiratora ParaPac 200 wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisemdo paszportu technicznego | szt. | 22 |  |  |  |  |  |
| 2. | Przegląd serwisowy respiratora Para Pac Plus wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisemdo paszportu technicznego | szt. | 6 |  |  |  |  |  |
| 3. | Przegląd serwisowy defibrylatora X Series wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisemdo paszportu technicznego | szt. | 4 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | **x** |  | **x** |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestracja sprzętu i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych,

-sprawdzenie stanu zewnętrznego defibrylatora, akcesoriów i ew. czyszczenie,

-przegląd techniczny,

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego,

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego,

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych.

 .............................................................................................

 *data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**ZADANIE 3. Serwis sprzętu medycznego firmy RESPIVENT**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagana ilość** | **Cena****netto****jednostki** | **Wartość netto ogółem** | **Stawka****VAT** % | **Kwota VAT** | **Wartość****brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy respiratora Care Vent wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisemdo paszportu technicznego | szt. | 4 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | **x** |  | **x** |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestracja respiratora i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych,

-sprawdzenie stanu zewnętrznego respiratora, akcesoriów i ew. czyszczenie,

-przegląd techniczny,

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego,

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego,

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych.

 .............................................................................................

 *data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**ZADANIE 4. Serwis sprzętu medycznego firmy Weinnman**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagana ilość** | **Cena****netto****jednostki** | **Wartość netto** | **Stawka****VAT** % | **Kwota VAT** | **Wartość****brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy respiratora Medumat Basic P wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 8 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | **x** |  | **x** |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestracja aparatu respiratora i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych,

-sprawdzenie stanu zewnętrznego respiratora, akcesoriów i ew. czyszczenie,

-przegląd techniczny,

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego,

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego,

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych.

..........................................................................................................

*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**ZADANIE 5. Serwis sprzętu medycznego firmy DRAGER Polska**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagana ilość** | **Cena****netto****jednostki** | **Wartość****netto** | **Stawka****VAT** % | **Kwota VAT** | **Wartość****brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy inkubatora Globe Troter z respiratorem STEPHAN wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 2 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | **x** |  | **x** |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestracja aparatów i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych,

-sprawdzenie stanu zewnętrznego sprzętu, akcesoriów i ew. czyszczenie,

-przegląd techniczny,

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego,

-kondycjonowanie i ładowanie akumulatorów,

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego,

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych.

..........................................................................................................

*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**ZADANIE 6. Serwis sprzętu medycznego firmy MEDICO TEKNIK**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagana ilość** | **Cena****netto****jednostki** | **Wartość netto** | **Stawka****VAT** % | **Kwota VAT** | **Wartość****brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy defibrylatora Cardio Aid wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisemdo paszportu technicznego | szt. | 16 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | **x** |  | **x** |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestracja defibrylatora i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych,

-sprawdzenie stanu zewnętrznego defibrylatora, akcesoriów i ew. czyszczenie,

-przegląd techniczny,

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego,

-kondycjonowanie i ładowanie akumulatorów,

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego,

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych.

..........................................................................................................

*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**ZADANIE 7. Serwis sprzętu medycznego firmy KWAPISZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagana ilość** | **Cena****netto****jednostki** | **Wartość netto** | **Stawka****VAT** % | **Kwota VAT** | **Wartość****brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy pomp infuzyjnych Duet Nowa 20/50 wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisemdo paszportu technicznego | szt. | 8 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | **x** |  | **x** |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestracja pomp infuzyjnych i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych,

-sprawdzenie stanu zewnętrznego defibrylatora, akcesoriów i ew. czyszczenie,

-przegląd techniczny,

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego,

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego,

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych.

..........................................................................................................

*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**ZADANIE 8. Serwis sprzętu medycznego firmy MEDIMA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagana ilość** | **Cena****netto****jednostki** | **Wartość netto** | **Stawka****VAT** % | **Kwota VAT** | **Wartość****brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy pomp infuzyjnych MEDIMA S1 wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisemdo paszportu technicznego | szt. | 20 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | **x** |  | **x** |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestracja pomp infuzyjnych i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych,

-sprawdzenie stanu zewnętrznego defibrylatora, akcesoriów i ew. czyszczenie,

-przegląd techniczny,

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego,

-kondycjonowanie i ładowanie akumulatorów,

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego,

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych.

..........................................................................................................

*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**ZADANIE 9. Serwis sprzętu medycznego firmy ASCOR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagana ilość** | **Cena****netto****jednostki** | **Wartość netto** | **Stawka****VAT** % | **Kwota VAT** | **Wartość****brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy pompy infuzyjnyjnej ASCOR AP 22 wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisemdo paszportu technicznego | szt. | 2 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | **x** |  | **x** |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestracja pomp infuzyjnych i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych,

-sprawdzenie stanu zewnętrznego defibrylatora, akcesoriów i ew. czyszczenie,

-przegląd techniczny,

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego,

-kondycjonowanie i ładowanie akumulatorów,

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego,

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych.

..........................................................................................................

*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**ZADANIE 10. Serwis sprzętu medycznego firmy BRAUN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagana ilość** | **Cena****netto****jednostki** | **Wartość netto** | **Stawka****VAT** % | **Kwota VAT** | **Wartość****brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy pomp infuzyjnych PERFURSOR compakt wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 4 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | **x** |  | **x** |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestracja pomp infuzyjnych i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych,

-sprawdzenie stanu zewnętrznego defibrylatora, akcesoriów i ew. czyszczenie,

-przegląd techniczny,

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego,

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego,

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych.

..........................................................................................................

*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**ZADANIE 11. Serwis sprzętu medycznego firmy ASPEL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagana Ilość** | **Cena****netto****jednostki** | **Wartość netto** | **Stawka****VAT** % | **Kwota VAT** | **Wartość****brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy aparatu EKG Ascard B5 i Ascard 3 wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 16 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | **x** |  | **x** |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestracja aparatu EKG i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych,

-sprawdzenie stanu zewnętrznego defibrylatora, akcesoriów i ew. czyszczenie,

-przegląd techniczny,

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego,

-kondycjonowanie i ładowanie akumulatorów,

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego,

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych.

..........................................................................................................

*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**ZADANIE 12. Serwis sprzętu medycznego – reduktorów tlenowych i dozowników tlenowych (różne firmy)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagana Ilość** | **Cena****netto****jednostki** | **Wartość netto** | **Stawka****VAT** % | **Kwota VAT** | **Wartość****brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy reduktora tlenowego wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 90 |  |  |  |  |  |
| 2. | Przegląd serwisowy dozownika tlenowego wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 30 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | **x** |  | **x** |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestracja aparatu EKG i reduktora tlenowego załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych,

-sprawdzenie stanu zewnętrznego aparatu EKG i reduktora, akcesoriów i ew. czyszczenie,

-przegląd techniczny,

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego,

-kondycjonowanie i ładowanie akumulatorów,

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego,

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych.

..........................................................................................................

*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

pieczęć firmy Wykonawcy

**ZADANIE 13. Serwis sprzętu medycznego firmy FERNO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagana ilość** | **Cena****netto****jednostki** | **Wartość netto** | **Stawka****VAT** % | **Kwota VAT** | **Wartość****brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy krzesełka transportowego Ferno wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 36 |  |  |  |  |  |
| 2. | Przegląd serwisowy noszy transportowych Ferno wraz zwystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 28 |  |  |  |  |  |
| 3. | Przegląd transportera Ferno wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 28 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | **x** |  | **x** |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestrację noszy, transportera i krzesełka oraz załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych,

-sprawdzenie stanu zewnętrznego, akcesoriów i ew. czyszczenie,

-przegląd techniczny,

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego,

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego,

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych.

..........................................................................................................

*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**ZADANIE 14. Serwis sprzętu medycznego firmy STRYKER**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagania ilość** | **Cena****netto****jednostki** | **Wartość netto** | **Stawka****VAT** % | **Kwota VAT** | **Wartość****brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy krzesełka transportowego STRYKER wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 18 |  |  |  |  |  |
| 2. | Przegląd serwisowy noszy transportowych STRYKER wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 14 |  |  |  |  |  |
| 3. | Przegląd transportera STRYKER wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 14 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | **x** |  | **x** |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestrację noszy, transportera i krzesełka oraz załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych,

-sprawdzenie stanu zewnętrznego, akcesoriów i ew. czyszczenie,

-przegląd techniczny,

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego,

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego,

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych.

..........................................................................................................

*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**ZADANIE 15. Serwis sprzętu medycznego firmy DUTCHMED**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagana ilość** | **Cena****netto****jednostki** | **Wartość netto** | **Stawka****VAT** % | **Kwota VAT** | **Wartość****brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy inkubatora ATOM wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 2 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | **x** |  | **x** |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestracja aparatów i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych,

-sprawdzenie stanu zewnętrznego sprzętu, akcesoriów i ew. czyszczenie,

-przegląd techniczny,

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego,

-kondycjonowanie i ładowanie akumulatorów,

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego,

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych.

..........................................................................................................

*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**ZADANIE 16. Serwis sprzętu medycznego Bed tont Nox Box LTD**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagana ilość** | **Cena****netto****jednostki** | **Wartość netto** | **Stawka****VAT** % | **Kwota VAT** | **Wartość****brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy Monitora tlenku azotu wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 2 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | **x** |  | **x** |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestracja aparatów i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych,

-sprawdzenie stanu zewnętrznego sprzętu, akcesoriów i ew. czyszczenie,

-przegląd techniczny,

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego,

-kondycjonowanie i ładowanie akumulatorów,

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego,

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych.

..........................................................................................................

*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**ZADANIE 17. Serwis sprzętu medycznego firmy Philips**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagana ilość** | **Cena****netto****jednostki** | **Wartość netto** | **Stawka****VAT** % | **Kwota VAT** | **Wartość****brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy Serwera pomiarowego X3 wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | **x** |  | **x** |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestracja aparatów i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych,

-sprawdzenie stanu zewnętrznego sprzętu, akcesoriów i ew. czyszczenie,

-przegląd techniczny,

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego,

-kondycjonowanie i ładowanie akumulatorów,

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego,

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych.

..........................................................................................................

*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**ZADANIE 18. Serwis sprzętu medycznego firmy Hamilton Medical**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagana ilość** | **Cena****netto****jednostki** | **Wartość netto** | **Stawka****VAT** % | **Kwota VAT** | **Wartość****brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy respiratora Hamilton – T1 wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 2 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | **x** |  | **x** |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestracja aparatów i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych,

-sprawdzenie stanu zewnętrznego sprzętu, akcesoriów i ew. czyszczenie,

-przegląd techniczny,

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego,

-kondycjonowanie i ładowanie akumulatorów,

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego,

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych.

..........................................................................................................

*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**ZADANIE 19. Serwis sprzętu medycznego firmy Boscarol**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagana ilość** | **Cena****netto****jednostki** | **Wartość netto** | **Stawka****VAT** % | **Kwota VAT** | **Wartość****brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy ssaka OB 1000 wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | **x** |  | **x** |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestracja aparatów i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych,

-sprawdzenie stanu zewnętrznego sprzętu, akcesoriów i ew. czyszczenie,

-przegląd techniczny,

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego,

-kondycjonowanie i ładowanie akumulatorów,

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego,

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych.

..........................................................................................................

*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**ZADANIE 20. Serwis sprzętu medycznego – aparatów do mierzenia ciśnienia (różne firmy)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagana ilość** | **Cena****netto****jednostki** | **Wartość****netto** | **Stawka****VAT** % | **Kwota VAT** | **Wartość****brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy aparatów do pomiaru ciśnienia wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 50 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | **x** |  | **x** |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestracja aparatów i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych,

-sprawdzenie stanu zewnętrznego sprzętu, akcesoriów i ew. czyszczenie,

-przegląd techniczny,

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego,

-kondycjonowanie i ładowanie akumulatorów,

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego,

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych.

..........................................................................................................

*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**ZADANIE 21. Serwis sprzętu medycznego – kapnometrów (różne firmy)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagana ilość** | **Cena****netto****jednostki** | **Wartość netto** | **Stawka****VAT** % | **Kwota VAT** | **Wartość****brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy kapnometrów wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 32 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestracja aparatów i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych,

-sprawdzenie stanu zewnętrznego sprzętu, akcesoriów i ew. czyszczenie,

-przegląd techniczny,

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego,

-kondycjonowanie i ładowanie akumulatorów,

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego,

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych.

..........................................................................................................

*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**ZADANIE 22. Serwis sprzętu medycznego – pulsoksymetrów (różne firmy)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagana ilość** | **Cena****netto****jednostki** | **Wartość netto** | **Stawka****VAT** % | **Kwota VAT** | **Wartość****brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy pulsoksymetrów wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 32 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | **x** |  | **x** |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestracja aparatów i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych,

-sprawdzenie stanu zewnętrznego sprzętu, akcesoriów i ew. czyszczenie,

-przegląd techniczny,

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego,

-kondycjonowanie i ładowanie akumulatorów,

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego,

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych.

..........................................................................................................

*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**ZADANIE 23. Serwis sprzętu medycznego – nosze podbierające (różne firmy)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagana ilość** | **Cena****netto****jednostki** | **Wartość netto** | **Stawka****VAT** % | **Kwota VAT** | **Wartość****brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy noszy podbierajacych wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 36 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | **x** |  | **x** |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestracja aparatów i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych

-sprawdzenie stanu zewnętrznego sprzętu, akcesoriów i ew. czyszczenie

-przegląd techniczny

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego

-kondycjonowanie i ładowanie akumulatorów

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych

..........................................................................................................

*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

**ZADANIE 24. Serwis sprzętu medycznego – pomp infuzyjnych INIECTOMAT AGILIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagana ilość** | **Cena****netto****jednostki** | **Wartość netto** | **Stawka****VAT** % | **Kwota VAT** | **Wartość****brutto** |
| 1.  | Przegląd serwisowy pomp infuzyjnych INIECTOMAT AGILIA wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 16 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestracja aparatów i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych,

-sprawdzenie stanu zewnętrznego sprzętu, akcesoriów i ew. czyszczenie,

-przegląd techniczny,

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego,

-kondycjonowanie i ładowanie akumulatorów,

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego,

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni**.**

..........................................................................................................

*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*