**Załącznik nr 1 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 1 –** **Elektrokardiograf Cordiovit AT-10 – Schiller**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr pakietu** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Elektrokardiograf | Cardiovit AT-10 | Schiller | 17103847 | 802-508/01 | 2010 | 2 | 12 | 2020-03-31 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej - Pracownia EKG |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

*W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni roboczych od dnia zawarcia umowy.*

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja, ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem**, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

***Na cenę przeglądu okresowego składa się***: - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 2 – Sterylizator gazowy z abatorem oraz komorą przelotową – 3M HEALTH CARE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Sterylizator gazowy z abatorem oraz komorą przelotową | 8XLDP | 3M HEALTH CARE | 450104 | 802-962 | 2012 | 4 | 6 | 2020-04-30 | Centralna Sterylizatornia |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

*W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni roboczych od dnia zawarcia umowy.*

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja, ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem**, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

***Na cenę przeglądu okresowego składa się***: - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 3 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 3 – Holter RR - A&D Instruments LTD**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Holter RR | TM2430 | A&D Instruments LTD | M0604487 | 802-650/05 | 2005 | 2 | 12 | 2020-05-15 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 2 | Holter RR | TM 2430 | A&D Instruments LTD. | M0604379 | 802-651 | 2005 | 2 | 12 | 2020-02-25 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 3 | Holter RR | TM2430 | A&D Instruments LTD | M0604475 | 802-653 | 2005 | 2 | 12 | 2020-09-24 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 4 | Holter RR | TM2430 | A&D Instruments LTD | M0617826 | F/ST/59/12 | 2012 | 2 | 12 | 2020-06-17 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 5 | Holter RR | TM2430 | A&D Instruments LTD | M0617827 | F/ST/60/12 | 2012 | 2 | 12 | 2020-05-15 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 6 | Holter RR | TM2430 | A&D Instruments LTD | M0617830 | F/ST/61/12 | 2012 | 2 | 12 | 2020-10-26 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 7 | Holter RR | TM2430 | A&D Instruments LTD | M0617829 | F/ST/62/12 | 2012 | 2 | 12 | 2020-05-15 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 8 | Holter RR | TM2430 | A&D Instruments LTD | M0617828 | F/ST/63/12 | 2012 | 2 | 12 | 2020-05-15 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

*W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia umowy.*

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem**, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

***Na cenę przeglądu okresowego składa się***: - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 4 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 4 – Płuczka BIORAD do zestawów diagnostycznych – ADIL Instruments**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | PŁUCZKA BIORAD do ZESTAWÓW DIAGNOSTYCZNYCH | BIORAD | ADIL INSTRUMENTS | EB3J253201 | 801-244/04 | 2003 | 2 | 12 | 2020-06-25 | Laboratorium Centralne |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia umowy.

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem**, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

**Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.**

***Na cenę przeglądu okresowego składa się***: - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 5 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 5 – Wiertarki + Dermatom Aesculap**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Dermatom | Accu Dermatom | AESCULAP | 3401 | 802-1547 | 2016 | 2 | 12 | 2020-10-17 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej Blok Operacyjny |  |  |
| 2 | Wiertarka- Mikrowiertarka | GA 855 DBP | AESCULAP | 4481 | 802-360 | 1996 | 2 | 12 | 2020-10-26 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej Blok Operacyjny |  |  |
| 3 | Wiertarka laryngologiczna | Micro - Speed GD 650 | AESCULAP | 1742 | 802-593 | 2004 | 2 | 12 | 2020-02-12 | Oddział Otorynolaryngologii - Blok Operacyjny |  |  |
| 4 | Wiertarka stomatologiczna ze zraszaczem | Elan EcGA835 | AESCULAP | 2192 | 802-702 | 2006 | 2 | 12 | 2020-10-26 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej Blok Operacyjny |  |  |
| 5 | Wiertarka stomatologiczna | GA 850 | AESCULAP | 10128-071 | 802-740 | 1999 | 2 | 12 | 2020-10-26 | Poradnia Chirurgii Szczękowo - Twarzowej |  |  |
| 6 | Wiertarka stomatologiczna ze zraszaczem | Microspeed GD- 670 | AESCULAP | 15742 | 802-942 | 2012 | 2 | 12 | 2020-02-28 | Poradnia Chirurgii Szczękowo - Twarzowej |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia umowy.**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem**, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

**Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.**

***Na cenę przeglądu okresowego składa się***: - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 6 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 6 – Rezonans magnetyczny – TOSHIBA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Rezonans Magnetyczny | MRT-1503/W3 | TOSHIBA | W3A07X2008 | 802-749 | 2007 | 1 | 12 | 2021-04-30 | Zakład Radiologii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia umowy.**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem**, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

**Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.**

***Na cenę przeglądu okresowego składa się***: - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 7 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 7 – Videolaryngoskop – Aircraft Medical Limited**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | Miejsce użytkowania | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | VIDEOLARYNGOSKOP | MCGRATH Mac | AIRCRAFT MEDICAL LIMITED | 328922M | 802-1493 | 2016 | 2 | 12 | 2020-09-08 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 2 | VIDEOLARYNGOSKOP | MCGRATH Mac | AIRCRAFT MEDICAL LIMITED | 328889M | 802-1494 | 2016 | 2 | 12 | 2020-09-08 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia umowy.**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem**, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

**Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.**

***Na cenę przeglądu okresowego składa się:*** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 8 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 8 – Myjnia do basenów – AJ COSTA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | MYJNIA DO BASENÓW I KACZEK | LA VAPOR ECO 25 | AJ COSTA | 358 | 802-883/11 | 2011 | 2 | 12 | 2020-05-09 | Oddział Dermatologii |  |  |
| 2 | Myjnia do basenów | ECO25 | AJ COSTA | 359 | 802-884 | 2011 | 2 | 12 | 2020-05-15 | Oddział Otorynolaryngologii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia umowy.

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

***Na cenę przeglądu okresowego składa się*::** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 9 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 9 –** **Aparat EKG – ELPRO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Aparat EKG | RIC 6D | Elpro | R6-06090451 INT | 802-703/06 | 2006 | 2 | 12 | 2020-05-31 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia umowy.

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 10 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 10 – Aparat USG wraz z głowicami – ALOKA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Aparat USG wraz z głowicami | PROSOUND ALPHA6 | ALOKA | 20003027 | 802-922 | 2011 | 2 | 12 | 2020-08-22 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Poradnia Chirurgiczna |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁÓEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia umowy.**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się**: - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 11 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 11 –** **Aparat RTG jezdny – Alpha Diagnostics**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Aparat RTG jezdny | DYNARAD HF 110A | Alpha Diagnostics | 986 | 802-353 | 1995 | 1 | 12 | 2021-05-31 | Zakład Radiologii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia umowy.**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się**: - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 12 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 12 –** **Holter EKG – AND**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | HOLTER EKG | DMS-300-3A 5272 | AND | SN 20111026/3A/06257 | 802-57023/U/12/1 | 2010 | 2 | 12 | 2020-04-15 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej - Pracownia EKG |  |  |
| 2 | HOLTER EKG | DMS-300-3A 5176 | AND | SN 20111026/3A/06097 | 802-57023/U/12/2 | 2010 | 2 | 12 | 2020-05-20 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej - Pracownia EKG |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia umowy.**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się**: - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 13 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 13 –** **Zamrażarka niskotemperaturowa – Augelantoni Industite**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Zamrażarka niskotemperaturowa | PLATINUM 340V | AUGELANTONI INDUSTITE | 45517 | 486-014 | 2007 | 2 | 12 | 2020-11-30 | Laboratorium Centralne |  |  |
| 2 | Zamrażarka niskotemperaturowa. | Platinum500 | AUGELANTONI INDUSTITE | 42448 | 486-012 | 2006 | 2 | 12 | 2020-04-19 | Laboratorium Hematologiczne - Pracownia Inżynierii Szpiku i Banku Komórek |  |  |
| 3 | Zamrażarka niskotemp.eraturowa | Platinum 500 | AUGELANTONI INDUSTITE | 50442 | 486-017 | 2008 | 2 | 12 | 2020-08-05 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Biol. Molekularnej |  |  |
| 4 | Zamrażarka niskotemperaturowa | Platinum500 | AUGELANTONI INDUSTITE | 50439 | 486-018 | 2008 | 2 | 12 | 2020-04-19 | Laboratorium Hematologiczne - Pracownia Inżynierii Szpiku i Banku Komórek |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia umowy.Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się**: - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 14 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 14 – Sekwenator DNA i Aparat do Fast Real Time – APPLIED BIOSYSTEMS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Sekwenator DNA | Genetic analyser AB 3130 typ 627 -0040 | APPLIED BIOSYSTEMS | 18329-003 | 801-262 | 2006 | 2 | 12 | 2020-07-02 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Biol. Molekularnej |  |  |
| 2 | Aparat do Fast Real Time | PCR 7500 FAST | APPLIED BIOSYSTEMS | 275012779 | 801-286/09 | 2009 | 2 | 12 | 2020-05-08 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Biol. Molekularnej |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 15 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 15 – Monitor Diascope Traveller – ARTEMA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | MONITOR DIASCOPE TRAVELLER | TRAVELLER DIASCOPE | ARTEMA | 12112712 | 802-510 | 2000 | 2 | 12 | 2020-08-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku – Poradnia |  |  |
| 2 | MONITOR DIASCOPE TRAVELLER | TRAVELLER DIASCOPE | ARTEMA | 12111804 | 802-511 | 2000 | 2 | 12 | 2020-08-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku – Poradnia |  |  |
| 3 | MONITOR DIASCOPE TRAVELLER | TRAVELLER DIASCOPE | ARTEMA | 12111800 | 802-512 | 2000 | 2 | 12 | 2020-08-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku – Poradnia |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 16 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 16 – Pompy infuzyjne – ASCOR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | POMPA INFUZYJNA DWUSTRZYKAWKOWA | AP23 | ASCOR | AP23/0387/08 | 802-736 | 2008 | 2 | 12 | 2020-08-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 2 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | AP14 | ASCOR | AP14/1701/08 | B-1/200-0002/08 | 2008 | 2 | 12 | 2020-08-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. II |  |  |
| 3 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | AP14 | ASCOR | AP14/1961/08 | B-1/200-0005/08 | 2008 | 2 | 12 | 2020-01-24 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 4 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | AP14 | ASCOR | AP14/1962/08 | B-1/200-0006/08 | 2008 | 2 | 12 | 2020-01-24 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. III |  |  |
| 5 | Pompa infuzyjna | AP14 | ASCOR | AP14/1702/08 | B-1/200-001/08 | 2008 | 2 | 12 | 2020-08-30 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 17 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 17 – Holter EKG – ASPEL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | HOLTER EKG | RR HOLCARD CR-07 V 02 | Aspel | 616 | FTS 802-57024/1 | 2013 | 2 | 12 | 2020-06-10 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej - Pracownia EKG |  |  |
| 2 | HOLTER EKG | RR HOLCARD CR-07 V 02 | Aspel | 613 | FTS 802-57024/2 | 2013 | 2 | 12 | 2020-06-10 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej - Pracownia EKG |  |  |
| 3 | HOLTER EKG | RR HOLCARD CR-07 V 02 | Aspel | 610 | FTS 802-57024/3 | 2013 | 2 | 12 | 2020-06-10 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej - Pracownia EKG |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 18 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 18 – Elektrokardiograf – ASPEL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Elektrokardiograf | AsCard | ASPEL | 36/04/R | 17041 | 2004 | 2 | 12 | 2020-07-04 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. I |  |  |
| 2 | Elektrokardiograf | AsCard A4 | ASPEL | SN61/04/IR | 17038 | 2004 | 2 | 12 | 2020-09-30 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej |  |  |
| 3 | Elektrokardiograf | AsCard Mr Grey 7 | ASPEL | 164 | 802-1044 | 2013 | 2 | 12 | 2020-09-09 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. IV |  |  |
| 4 | Elektrokardiograf | AsCard Mr Grey 7 | ASPEL | 317 | 802-1102 | 2013 | 2 | 12 | 2020-11-15 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 5 | Elektrokardiograf | AsCard Mr Grey 7 | ASPEL | 319 | 802-1103 | 2013 | 2 | 12 | 2020-11-15 | Oddział Dermatologii |  |  |
| 6 | Elektrokardiograf | AsCard Mr Grey 7 | ASPEL | 318 | 802-1104 | 2013 | 2 | 12 | 2020-10-31 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 7 | Elektrokardiograf | Mr Grey | ASPEL | 2683 | 802-1178 | 2014 | 2 | 12 | 2020-12-17 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 8 | Elektrokardiograf | Mr Grey | ASPEL | 2684 | 802-1179 | 2014 | 2 | 12 | 2020-05-30 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 9 | Elektrokardiograf | AsCARD | ASPEL | 4333 | 802-1399 | 2015 | 2 | 12 | 2020-12-07 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej - Izba Przyjęć |  |  |
| 10 | Elektrokardiograf | Mr Grey | ASPEL | 4334 | 802-1400 | 2013 | 2 | 12 | 2020-12-19 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej - Pracownia EKG |  |  |
| 11 | Elektrokardiograf | AsCARD | ASPEL | 5476 | 802-1497 | 2016 | 2 | 12 | 2020-08-05 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 12 | Elektrokardiograf | AsCARD - 3 | ASPEL | 627/97 | 802-429 | 1997 | 2 | 12 | 2020-05-15 | Oddział Otorynolaryngologii |  |  |
| 13 | Elektrokardiograf | AsCard | Aspel | 636/97 | 802-431 | 1997 | 2 | 12 | 2020-11-15 | Oddział Dermatologii |  |  |
| 14 | Elektrokardiograf | AsCARD | ASPEL | 321/00/6P | 802-498 | 2000 | 2 | 12 | 2020-06-06 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 15 | Elektrokardiograf | AsCARD B-56 | ASPEL | 323/00/69 | 802-500 | 1999 | 2 | 12 | 2020-04-04 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej |  |  |
| 16 | Aparat EKG | MR. RED | ASPEL | 227/07 | 802-714 | 2007 | 2 | 12 | 2020-06-14 | Bank Krwi |  |  |
| 17 | Elektrokardiograf | Silver 2 | ASPEL | 104/2009 | 802-831 | 2009 | 2 | 12 | 2020-11-12 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. III |  |  |
| 18 | Elektrokardiograf | AsCard Mr Grey | ASPEL | 540 | 802-881 | 2011 | 2 | 12 | 2020-05-15 | Oddział Otorynolaryngologii |  |  |
| 19 | Elektrokardiograf | Mr Grey | ASPEL | 552 | 802-882 | 2011 | 2 | 12 | 2020-06-10 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej - Pracownia EKG |  |  |
| 20 | Elektrokardiograf | Mr Blue | ASPEL | 546 | 802-900 | 2011 | 2 | 12 | 2020-09-06 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 21 | Elektrokardiograf | Mr Blue | ASPEL | 545 | 802-901 | 2011 | 2 | 12 | 2020-09-09 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 22 | Elektrokardiograf | AsCard Mr Grey | ASPEL | 1519/E | 802-943 | 2012 | 2 | 12 | 2020-08-29 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Stacja Dializ |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funk19cjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się**: - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 19 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 19 –** **Kalorymetr wodny – Atmos Medizin Technik Gmbh**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Kalorymetr wodny | VARIOTHERM PLUS | Atmos Medizin Technik Gmbh | 3540890001 | 802 -647 | 2005 | 2 | 12 | 2020-08-31 | Pracownia Audiometrii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się**: - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 20 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 20 – Wagi laboratoryjna, precyzyjne, elektroniczne, lekarskie, stojące.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Waga laboratoryjna | PS 6000.R2 | RADWAG | 483043 | B-1/109-0002/15 | 2015 | 1 | 24 | 2020-11-30 | Laboratorium Hematologiczne |  |  |
| 2 | Waga precyzyjna | PS 210X.2 | RADWAG | 551085 | 802-1626 | 2017 | 1 | 12 | 2021-11-14 | APTEKA |  |  |
| 3 | Waga precyzyjna | PS 6000.X.2 | RADWAG | 551084 | 802-1627 | 2017 | 1 | 12 | 2021-11-14 | APTEKA |  |  |
| 4 | WAGA ELEKTRONICZNA | WPT150 | RADWAG | 92287/07 | B-4/099-0002/96 | 1996 | 1 | 24 | 2020-02-28 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. I |  |  |
| 5 | Waga laboratoryjna | WT PRLT5 | TECHNIPROT | 29335 | A-1/0109-0019/98 | 1998 | 1 | 24 | 2020-01-31 | Laboratorium Hematologiczne |  |  |
| 6 | Waga laboratoryjna | WT PRLT4 | TECHNIPROT | 29566 | A-1/0109-0020/98 | 1998 | 1 | 24 | 2020-01-31 | Laboratorium Hematologiczne |  |  |
| 7 | WAGA ELEKTRONICZNA | AXIS | AXIS | 111 | A-1/109-0001/09 | 1997 | 1 | 24 | 2020-01-31 | Laboratorium Hematologiczne |  |  |
| 8 | Waga lekarska | WPT 100/200 | RADWAG | 550321 | A-1/57-0001/17 | 2017 | 1 | 36 | 2020-12-31 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 9 | WAGA ELEKTRONICZNA | WPT 150 | RADWAG | 35443/97 | A-4/021-0002/01 | 2001 | 1 | 24 | 2020-02-28 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku – Poradnia |  |  |
| 10 | WAGA LEKARSKA | WL150 | LFW Lublin | 739/65 | A-4/021-0002/98 | 1965 | 1 | 25 | 2021-07-26 | Oddział Otorynolaryngologii |  |  |
| 11 | WAGA LEKARSKA | WB 150 | RSP TRYB Bydgoszcz | 7608/65 | A-4/021-0003/98 | 1990 | 1 | 25 | 2021-07-26 | Oddział Otorynolaryngologii |  |  |
| 12 | WAGA ELEKTRONICZNA | A5000 | AXIS | 564 | A-9/010-0019/97 | 1997 | 1 | 24 | 2020-01-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. I |  |  |
| 13 | WAGA ELEKTRONICZNA | WPS 210/C | AXIS | 67699/2000 | B-1/0157-0011/00 | 2000 | 1 | 24 | 2020-01-31 | Laboratorium Hematologiczne |  |  |
| 14 | Waga lekarska stojąca | 799 | SECA | 5799105150610 | B-1/0157-0023/15 | 2015 | 1 | 24 | 2020-02-28 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 15 | Waga lekarska stojąca | 875 | SECA | 5799105150620 | B-1/0157-0024/15 | 2015 | 1 | 24 | 2020-01-30 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 16 | Waga lekarska | WPT 150.O | RADWAG | 36092 | B-1/021-0009/98 | 1997 | 1 | 25 | 2021-10-04 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 17 | Waga laboratoryjna | PS 6000.R2 | RADWAG | 483042 | B-1/109-0001/15 | 2015 | 1 | 24 | 2020-11-30 | Laboratorium Hematologiczne |  |  |
| 18 | Waga lekarska | WPS 4000/C | RADWAG | 75757 | B-1/157-0001/01 | 2001 | 1 | 25 | 2021-10-04 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 19 | WAGA ELEKTRONICZNA | WPT 60/150OW | RADWAG | 235750/08 | B-1/157-0001/08 | 2008 | 1 | 24 | 2020-02-28 | ZAKŁAD RADIOLOGII |  |  |
| 20 | WAGA ELEKTRONICZNA | WPT 60/150OW | RADWAG | 281551/10 | B-1/157-0001/10 | 2010 | 1 | 24 | 2021-11-21 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej odc. IIIA |  |  |
| 21 | Waga lekarska | WPT 100/200 OW | RADWAG | 425646 | B-1/157-0001/14 | 2014 | 1 | 24 | 2020-04-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Izba Przyjęć |  |  |
| 22 | Waga lekarska | 875 | SECA | 5875320139937 | B-1/157-0001/15 | 2015 | 1 | 24 | 2020-02-05 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 23 | WAGA ELEKTRONICZNA | WPT 60/150OW | RADWAG | 281549/10 | B-1/157-0002/10 | 2010 | 1 | 24 | 2021-11-21 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej odc. IIIB |  |  |
| 24 | Waga lekarska | 875 | SECA | 5875320139860 | B-1/157-0002/15 | 2015 | 1 | 24 | 2020-02-05 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 25 | Waga lekarska | 875 | SECA | 5875320139897 | B-1/157-0003/15 | 2015 | 1 | 24 | 2020-02-05 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 26 | WAGA ELEKTRONICZNA | WPT 60/150OW | RADWAG | 293952 | B-1/157-0004/10 | 2010 | 1 | 24 | 2021-11-21 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej odc. I |  |  |
| 27 | Waga lekarska | 875 | SECA | 5875320139938 | B-1/157-0004/15 | 2015 | 1 | 24 | 2020-02-05 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 28 | Waga lekarska | 875 | SECA | 5875320139858 | B-1/157-0005/15 | 2015 | 1 | 24 | 2020-02-05 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 29 | Waga lekarska | 875 | SECA | 5875320139894 | B-1/157-0006/15 | 2015 | 1 | 24 | 2020-02-05 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 30 | Waga lekarska | 875 | SECA | 5875320139965 | B-1/157-0007/15 | 2015 | 1 | 24 | 2020-02-05 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 31 | Waga lekarska | 875 | SECA | 5875320139893 | B-1/157-0008/15 | 2015 | 1 | 24 | 2020-02-05 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 32 | Waga lekarska | 875 | SECA | 5875320139898 | B-1/157-0009/15 | 2015 | 1 | 24 | 2020-02-05 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 33 | WAGA ELEKTRONICZNA | WPT150 OW | RADWAG | 485110 | B-1/157-001/16 | 2015 | 1 | 24 | 2020-02-28 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. III |  |  |
| 34 | Waga lekarska | 875 | SECA | 5875320139964 | B-1/157-0010/15 | 2015 | 1 | 24 | 2020-02-05 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 35 | Waga lekarska | 875 | SECA | 5875320139896 | B-1/157-0011/15 | 2015 | 1 | 24 | 2020-02-05 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 36 | Waga lekarska | 875 | SECA | 5875320139978 | B-1/157-0012/15 | 2015 | 1 | 24 | 2020-02-05 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 37 | Waga lekarska | 875 | SECA | 5875320139940 | B-1/157-0013/15 | 2015 | 1 | 24 | 2020-02-05 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 38 | Waga lekarska | 875 | SECA | 5875320139961 | B-1/157-0014/15 | 2015 | 1 | 24 | 2020-02-05 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 39 | Waga lekarska | 875 | SECA | 5875320139859 | B-1/157-0015/15 | 2015 | 1 | 24 | 2020-02-05 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 40 | Waga lekarska | 875 | SECA | 5875320139939 | B-1/157-0016/15 | 2015 | 1 | 24 | 2020-02-05 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 41 | Waga lekarska | 875 | SECA | 5875320139962 | B-1/157-0017/15 | 2015 | 1 | 24 | 2020-02-05 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 42 | Waga lekarska | 875 | SECA | 5875320139861 | B-1/157-0018/15 | 2015 | 1 | 24 | 2020-02-05 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 43 | Waga lekarska | 875 | SECA | 5875320139948 | B-1/157-0019/15 | 2015 | 1 | 24 | 2020-02-05 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 44 | Waga lekarska | 875 | SECA | 5875320139963 | B-1/157-0020/15 | 2015 | 1 | 24 | 2020-02-05 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 45 | Waga lekarska | 875 | SECA | 5875320139979 | B-1/157-0021/15 | 2015 | 1 | 24 | 2020-02-05 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 46 | Waga lekarska | 875 | SECA | 5875320139895 | B-1/157-0022/15 | 2015 | 1 | 24 | 2020-02-05 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 47 | Waga lekarska krzesło | 875 | SECA | 5956103150307 | B-1/157-0025/15 | 2015 | 1 | 24 | 2020-02-05 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 48 | WAGA ELEKTRONICZNA | WPT150 | RADWAG | 130381 | B-1/157-0001/05 | 2005 | 1 | 24 | 2020-02-28 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku – Poradnia |  |  |
| 49 | WAGA ELEKTRONICZNA | WPT 150 | RADWAG | 67798/2000 | B-1/157/0002/00 | 2000 | 1 | 24 | 2020-02-28 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. II |  |  |
| 50 | WAGA ELEKTRONICZNA | WPT 150.OC | RADWAG | 67872 | B-1/157/0003/00 | 2000 | 1 | 24 | 2020-02-28 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. II |  |  |
| 51 | WAGA ELEKTRONICZNA | WPT 150,OC | RADWAG | 67871 | B-1/157/0005/00 | 2000 | 1 | 24 | 2020-02-28 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. II |  |  |
| 52 | WAGA ELEKTRONICZNA | WPT 150.OC | RADWAG | 67863 | B-1/157/0006/00 | 2000 | 1 | 24 | 2020-02-28 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. II |  |  |
| 53 | WAGA ELEKTRONICZNA | WPT 150,OC | RADWAG | 67866 | B-1/157/0008/00 | 2000 | 1 | 24 | 2020-02-28 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. II |  |  |
| 54 | WAGA ELEKTRONICZNA | WPT 150 | RADWAG | 67893 | B-1/157/0009/00 | 2000 | 1 | 24 | 2020-02-28 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. II |  |  |
| 55 | WAGA ELEKTRONICZNA | WPT 150.O | RADWAG | 62921 | B-1/157/0010/00 | 2000 | 1 | 24 | 2020-02-29 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. II |  |  |
| 56 | WAGA ELEKTRONICZNA | WPT 150.OC | RADWAG | 67873 | B-1/157/004/00 | 2000 | 1 | 24 | 2020-02-05 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. II |  |  |
| 57 | WAGA ELEKTRONICZNA | WPT 150.OC | RADWAG | 67867 | B-1/157/007/00 | 2000 | 1 | 24 | 2020-02-05 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. II |  |  |
| 58 | WAGA ELEKTRONICZNA | WPT 150 | RADWAG | 87169 | B-4/001-0016/96 | 1996 | 1 | 24 | 2020-02-28 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. I |  |  |
| 59 | WAGA ELEKTRONICZNA | WPT150OC | RADWAG | 103157/03 | B-4/0099-0001/03 | 2003 | 1 | 24 | 2021-11-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. I |  |  |
| 60 | WAGA ELEKTRONICZNA | AD600 | AXIS | 97188 | B-4/0099-0001/98 | 1998 | 1 | 24 | 2020-01-31 | Laboratorium Hematologiczne |  |  |
| 61 | WAGA ELEKTRONICZNA | AD1000 | AXIS | 77 | B-4/0099-0002/98 | 1998 | 1 | 24 | 2020-01-31 | Laboratorium Hematologiczne |  |  |
| 62 | WAGA ELEKTRONICZNA | WPT/O150C | RADWAG | 78278 | B-4/021-0003/01 | 2001 | 1 | 24 | 2020-02-28 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VI |  |  |
| 63 | WAGA ELEKTRONICZNA | WPT 150.O | RADWAG | 87170/96 | B-4/021-0014/96 | 1996 | 1 | 24 | 2020-02-28 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. I |  |  |
| 64 | WAGA ELEKTRONICZNA | WPT 150.O | RADWAG | 35441/97 | B-4/021-0015/97 | 1997 | 1 | 24 | 2020-02-28 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. I |  |  |
| 65 | WAGA LEKARSKA | WPT 150 | Radwag | 38384/97 | B-4/021-0029/98 | 1997 | 1 | 25 | 2021-07-26 | Bank Krwi |  |  |
| 66 | Waga lekarska | WPT 200.OC | RADWAG | 73230 | B-4/099-0001/01 | 2001 | 1 | 25 | 2021-10-04 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 67 | WAGA ELEKTRONICZNA | WPT 150 | RADWAG | 92275/02 | B-4/099-0001/02 | 2002 | 1 | 24 | 2020-02-28 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. I |  |  |
| 68 | Waga lekarska | WPT200OC | RADWAG | 73229 | B-4/099-0002/01 | 2001 | 1 | 25 | 2021-10-04 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 69 | WAGA ELEKTRONICZNA | WPT O150C | RADWAG | 77575 | B-4/099-0003/01 | 2001 | 1 | 24 | 2020-02-28 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej |  |  |
| 70 | WAGA ELEKTRONICZNA | WPT 150 | Radwag | 92287/02 | B-4/099-002/00 | 2000 | 1 | 24 | 2020-01-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. I |  |  |
| 71 | WAGA ELEKTRONICZNA | WPT 150 | Radwag | 87168/96 | B-4/201-0016/98 | 1998 | 1 | 24 | 2020-02-28 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. I |  |  |
| 72 | WAGA ELEKTRONICZNA | WPT 60/150.O | RADWAG | 176300 | B-9/010-0001/07 | 2006 | 1 | 24 | 2020-07-31 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 73 | WAGA ELEKTRONICZNA | WPT150 | RADWAG | 105260 | B-9/154-0001/03 | 2003 | 1 | 24 | 2020-02-12 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. IV |  |  |
| 74 | WAGA ELEKTRONICZNA | WPT150OC | RADWAG | 126439/04 | B-9/154-0002/04 | 2014 | 1 | 24 | 2020-11-22 | ZAKŁAD RADIOLOGII |  |  |
| 75 | Waga lekarska | WPT 150.O | RADWAG | 129596 | B-9/154-0002/05 | 2004 | 1 | 25 | 2021-10-04 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 76 | Waga lekarska | WPT 150.O | RADWAG | 129715 | B-9/154-0003/05 | 2004 | 1 | 25 | 2021-10-04 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 77 | Waga osobowa | WPT 150.O | RADWAG | 130267 | B-9/154-0005/05 | 2005 | 1 | 24 | 2020-07-31 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej |  |  |
| 78 | Waga lekarska | WPT 15.0O | RADWAG | 129595 | B-9/154-0006/05 | 2004 | 1 | 25 | 2021-10-04 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 79 | Waga lekarska | WPT 150.O | RADWAG | 129597 | B-9/154-0007/05 | 2004 | 1 | 25 | 2021-10-04 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 80 | Waga elektorniczna | WPT150 | Radwag | 122474 | B-9/154-01/04 | 2004 | 1 | 24 | 2020-07-31 | Oddział Dermatologii |  |  |
| 81 | Waga | SECA956 | Seca | 5956013153982 | B1-157/0026/15 | 2015 | 1 | 24 | 2020-02-28 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. I |  |  |
| 82 | Waga lekarska | WPT 4.150CK | RADWAG | 76562 | F/ST/45-2/01 | 2001 | 1 | 25 | 2021-10-04 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 83 | Waga lekarska | WPT 100/200 | RADWAG | 561022 | - | 2017 | 1 | 36 | 2020-01-31 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 84 | Waga osobowa | WPT 150/200 | RADWAG | 599383 | B-1/157-0001/18 | 2018 | 1 | 24 | 2020-11-30 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej |  |  |
| 85 | Waga nieautomatyczna | WPT 150.2 | RADWAG | 61719 | B-1/157-0001/00 | 2000 | 1 | 24 | 2020-07-31 | APTEKA |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się**: - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 21 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 21 – Wagi precyzyjne – METTLER TOLEDO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | PEHAMETR | Seven Easy Ph | METTLER TOLEDO | 1227106027 | 17051 (Fundacja) | 2006 | 2 | 12 | 2020-05-27 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Cytogenetyki |  |  |
| 2 | Waga | XS2002S/m | METTLER TOLEDO | B125154490 | 801-314/01/11 | 2011 | 2 | 12 | 2020-05-21 | APTEKA (PLC) |  |  |
| 3 | Waga | XS2002S/m | METTLER TOLEDO | B241407644 | 801-318/01/12 | 2012 | 2 | 12 | 2020-05-21 | APTEKA (PLC) |  |  |
| 4 | Waga precyzyjna | XPE 205/M | METTLER TOLEDO | B729415303 | 802-1632 | 2017 | 1 | 12 | 2021-10-12 | APTEKA |  |  |
| 5 | Waga precyzyjna | MS6002TS | METTLER TOLEDO | B729403458 | 802-1634 | 2017 | 1 | 12 | 2021-10-12 | APTEKA |  |  |
| 6 | Waga precyzyjna | MS6002TS | METTLER TOLEDO | B729403459 | 802-1635 | 2017 | 1 | 12 | 2021-10-12 | APTEKA |  |  |
| 7 | Waga precyzyjna | MS6002TS | METTLER TOLEDO | B729403457 | 802-1641 | 2017 | 1 | 12 | 2021-10-12 | APTEKA |  |  |
| 8 | PEHAMETR | METTLER TOLEDO MP 220 | METTLER TOLEDO | 206583M | B-1/077-0004/08 | 2001 | 2 | 12 | 2020-05-29 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 22 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 22 – Zamrażarka niskotemperaturowa – AZBIL TELSTAR BENELUX**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Zamrażarka niskotemperaturowa | U8302.2 | AZBIL TELSTAR BENELUX | 520796 | 801-369 | 2015 | 2 | 12 | 2020-12-13 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Biol. Molekularnej |  |  |
| 2 | Zamrażarka niskotemperaturowa Telstar | 86 Igloo I830 | AZBIL TELSTAR BENELUX | 521293 | 801-375 | 2016 | 2 | 12 | 2020-01-29 | Laboratorium Hematologiczne |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 23 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 23 – Urządzenie do rozmrażania preparatów krwiopochodnych – BARKEY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Urządzenie do rozmrażania preparatów krwiopochodnych | PLASMATHERM | BARKEY | 1109896 | 802-1180 | 2014 | 2 | 12 | 2020-11-21 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 2 | Urządzenie do rozmrażania preparatów krwiopochodnych | PLASMATHERM | BARKEY | 1109897 | 802-1181 | 2014 | 2 | 12 | 2020-11-21 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. III |  |  |
| 3 | Aparat do kontrolowanego rozmrażania preparatów krwiopochodnych | PLASMATHERM | BARKEY | 1106780 | 802-778/08 | 2008 | 2 | 12 | 2020-05-20 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. I |  |  |
| 4 | Aparat do kontrolowanego rozmrażania osocza | PLASMATHERM | BARKEY | 1107265 | 802-823/09 | 2009 | 2 | 12 | 2020-05-20 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. II |  |  |
| 5 | Aparat do kontrolowanego rozmrażania komórek macierzystych | PLASMATHERM | BARKEY | 1107275 | 802-829 | 2009 | 2 | 12 | 2020-05-20 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. I |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 24 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 24 – Cytometr przepływowy – BECTON DICKINSON**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za aparat** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Cytometr przepływowy | FACS Canto II | BECTON DICKINSON | V87500008 | 801-254/06 | 2006 | 4 | 6 | 2020-05-30 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Typizacji Komórek |  |  |
| 2 | Cytometr przepływowy | FACS CANTO II | BECTON DICKINSON | V96301201 | 801-300/10 | 2010 | 4 | 6 | 2020-05-30 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Typizacji Komórek |  |  |
| 3 | Aparat do przygotowywania próbek cytometrycznych | Lyse Wasch Assistant | BECTON DICKINSON | K33714600347 | 801-320/12 | 2012 | 2 | 12 | 2020-06-06 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Typizacji Komórek |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 25 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 25 – Urządzenia myjąco-dezynfekujące Belimed**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Myjnia do basenów | WD550 | Belimed | 998510074052 | 17841 | BRAK | 2 | 12 | 2020-09-17 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. I |  |  |
| 2 | Urządzenie myjąco-dezynfekujące do naczyń | LISCHKA CDD1060 | BELIMED | 1060836392477 | 802-1115 | 2013 | 2 | 12 | 2020-01-31 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. I |  |  |
| 3 | Urządzenie myjąco-dezynfekujące do naczyń | LISCHKA CDD1060 | BELIMED | 1060836392478 | 802-1116/13 | 2013 | 2 | 12 | 2020-12-13 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 4 | Urządzenie myjąco-dezynfekujące do naczyń | LISCHKA CDD1060 | BELIMED | 1060836392479 | 802-1117 | 2013 | 2 | 12 | 2020-01-31 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 5 | Urządzenie myjąco-dezynfekujące do naczyń | Lischka 1090 | BELIMED | 10908366422845 | 802-1196 | 2014 | 2 | 12 | 2020-12-13 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej odc. IIIA |  |  |
| 6 | Myjnia do basenów | WD 560 | BELIMED | 99570049070 | 802-601 | 2004 | 2 | 12 | 2020-01-20 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. III |  |  |
| 7 | Myjnia do basenów | WD 590 | BELIMED | 9985701160051 | 802-699 | 2006 | 2 | 12 | 2020-01-31 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 8 | Myjnia do basenów i kaczek | WD-590 | Belimed | 998570160050 | 802-700/06 | 2006 | 2 | 12 | 2020-06-30 LUB 15000 CYKLI | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. IV |  |  |
| 9 | MYJNIA DO BASENÓW I KACZEK | WD590 | BELIMED | 998570063049 | 802-701 | 2006 | 2 | 12 | 2020-09-17 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej odc. IIIA |  |  |
| 10 | Myjnia-dezynfektor | WD 230 | BELIMED | 998320192054 | 802-848 | 2009 | 4 | 6 | 2020-06-30 LUB 15000 CYKLI | Centralna Sterylizatornia |  |  |
| 11 | Sterylizator parowy | MSTV 6-6 VS2 | BELIMED | 11908 | 802-849 | 2009 | 4 | 6 | 2020-07-30 | Centralna Sterylizatornia |  |  |
| 12 | Myjnia-dezynfektor + stacja uzdatniania wody | WD 230 | BELIMED | 998321120080 | 802-965 | 2012 | 4 | 6 | 2020-06-30 LUB 15000 CYKLI | Centralna Sterylizatornia |  |  |
| 13 | Sterylizator | MST-V 6-6-12VS2 | BELIMED | 21149 | 802-966 | 2012 | 4 | 6 | 2020-05-30 | Centralna Sterylizatornia |  |  |
| 14 | Sterylizator parowy | MST-Vapofix 3-3-6VS1 | BELIMED | 13821 | 802-967 | 2012 | 4 | 6 | 2020-05-30 | Centralna Sterylizatornia |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 26 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 26 – Komora laminarna C (MAXPRO) 130 Berner**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Komora laminarna C (MAXPRO) 130 - wraz ze sprawdzeniem klasy czystości powietrza w loży i pomiarem licznikiem cząstek | (MAX PRO) 130 | BERNER | 101310331 | 801-314/11 | 2011 | 2 | 12 | 2020-06-30 | APTEKA (PLC) |  |  |
| 2 | Komora laminarna C (MAXPRO) 130 - wraz ze sprawdzeniem klasy czystości powietrza w loży i pomiarem licznikiem cząstek | (MAX PRO) 130 | Berner | 1013120632 | 801-318/12 | 2012 | 2 | 12 | 2020-06-30 | APTEKA (PLC) |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 27 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 27 – Komora laminarna z pionowym przepływem powietrza – POLON**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Komora laminarna  z pionowym przepływem powietrza | KLVS-1C | POLON | 127 | 801-263/06 | 2006 | 2 | 12 | 2020-06-30 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 28 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 28 – KOMORA LAMINARNA TOP SAFE 1.2 BIOAIR EUROCLONE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | KOMORA LAMINARNA TOP SAFE 1.2 | TOP SAFE 1.2 | BIOAIR EUROCLONE | H07L51N0616 | 801-273 | 2007 | 2 | 12 | 2020-11-30 | Laboratorium Centralne |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 29 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 29 – Komora laminarna – ESCO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Loża laminarna | LA2-4A1 | ESCO | 200937695 | 801-287 | 2009 | 2 | 12 | 2020-12-07 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Biol. Molekularnej |  |  |
| 2 | Komora laminarna wraz z modułem | AC2-3E1 | ESCO | 2011-55901 | 801-305 | 2011 | 2 | 12 | 2020-12-07 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Biol. Molekularnej |  |  |
| 3 | Komora laminarna | Biohazard AIRSTREAM AC2-3E1 | ESCO | 2013-80707 | 801-327 | 2013 | 2 | 12 | 2020-08-30 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Cytogenetyki |  |  |
| 4 | Komora laminarna | NC2-4L8 | ESCO | 2014-90308 | 801-350 | 2014 | 2 | 12 | 2020-12-07 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Biol. Molekularnej |  |  |
| 5 | Loża laminarna | AC 2-4E1Esco | ESCO | 2007-26133 | 802-723 | 2007 | 2 | 12 | 2020-06-07 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Inżynierii Szpiku i Banku Komórek |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer ser5yjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 30 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 30 – Komora laminarna wraz z pomiarem czystości powietrza licznikiem cząstek – KM TEK-FIN OY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Komora laminarna wraz z pomiarem czystości powietrza licznikiem cząstek | LAMIL 13 | KM TEK-FIN OY | 5771/17 | 802-1652 | 2017 | 1 | 12 | 2021-10-30 | APTEKA |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 31 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 31 – Komora laminarna wraz z pomiarem czystości powietrza licznikiem cząstek – KM TEK-FIN OY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Komora laminarna wraz z pomiarem czystości powietrza licznikiem cząstek | DDC Plus 10 | KM TEK-FIN OY | 5761/17 | 802-1630 | 2017 | 1 | 12 | 2021-10-30 | APTEKA |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 32 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 32 – Zautomatyzowany system obrazowania ze stacją skanującą z funkcją Target – BIO VIEW LTD**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Zautomatyzowany system obrazowania ze stacją skanującą z funkcją Target | Duet - Allegro + | BIO VIEW LTD | 8M3714 | 801-1385 | 2014 | 2 | 12 | 2020-10-30 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Cytogenetyki |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 33 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 33 – APARAT DO BARWIENIA PREPARATÓW – BIOMERIEUX**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Aparat do barwienia preparatów | PREVI COLOR GRAM | BIOMERIEUX | 29551111546 | 801-301/11 | 2011 | 1 | 24 | 2021-06-03 | Laboratorium Centralne |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 34 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 34 – Urządzenie do dekontaminacji stref i pomieszczeń – Bioquell**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Urządzenie do dekontaminacji stref i pomieszczeń | Bioquell Z-2 | Bioquell | 201410BZ23066/2015 | 802-1382 | 2015 | 2 | 12 | 2020-05-27 | Centralna Sterylizatornia |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 35 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 35 – Chłodziarki farmaceutyczna i laboratoryjne – Bolarus**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Chłodziarka farmaceutyczna z rejestratorem temperatury | WS-147L | Bolarus | 1075323(chłodziarka) , RT141KAX170070 (rejestrator) | 486-022 | 2017 | 1 | 12 | 2021-07-26 | Apteka (Plc) |  |  |
| 2 | Chłodziarka farmaceutyczna z rejestratorem temperatury | WS-711L | Bolarus | 1069563 (chłodziarka), RT 2014 1T (rejestrator) | 486-023 | 2017 | 2 | 12 | 2020-08-24 | Apteka (Plc) |  |  |
| 3 | Chłodziarka laboratoryjna | WS-147S | BOLARUS | 4981 | 801-309 | 2011 | 2 | 12 | 2020-10-17 | Laboratorium Centralne |  |  |
| 4 | Zamrażarka niskotemperaturowa | SN-400L | BOLARUS | 21 | 801-310 | 2011 | 2 | 12 | 2020-10-17 | Laboratorium Centralne |  |  |
| 5 | Chłodziarka farmaceutyczna | WS-500L | Bolarus | 1075425 | 802-1624 | 2017 | 1 | 12 | 2021-11-30 | Apteka |  |  |
| 6 | Chłodziarka farmaceutyczna | WS-500L | Bolarus | 1075417 | 802-1625 | 2017 | 1 | 12 | 2021-11-30 | Apteka |  |  |
| 7 | Chłodziarka farmaceutyczna | WS-500L | Bolarus | 1075427 | 802-1640 | 2017 | 1 | 12 | 2021-10-04 | Apteka |  |  |
| 8 | Chłodziarka farmaceutyczna | WS-500L | Bolarus | 1075418 | 802-1643 | 2017 | 1 | 12 | 2021-10-04 | Apteka |  |  |
| 9 | Chłodziarka farmaceutyczna | WS-500L | Bolarus | 1075424 | 802-1644 | 2017 | 1 | 12 | 2021-10-04 | Apteka |  |  |
| 10 | Chłodziarka farmaceutyczna | WS-500L | Bolarus | 1075421 | 802-1645 | 2017 | 1 | 12 | 2021-10-04 | Apteka |  |  |
| 11 | Chłodziarka farmaceutyczna | WS-500L | Bolarus | 1075423 | 802-1646 | 2017 | 1 | 12 | 2021-11-30 | Apteka |  |  |
| 12 | Chłodziarka farmaceutyczna | WS-500L | Bolarus | 1075422 | 802-1647 | 2017 | 1 | 12 | 2021-11-30 | Apteka |  |  |
| 13 | Chłodziarka farmaceutyczna | WS-500L | Bolarus | 1075426 | 802-1648 | 2017 | 1 | 12 | 2021-11-30 | Apteka |  |  |
| 14 | Chłodziarka farmaceutyczna | WS-500L | Bolarus | 1075419 | 802-1649 | 2017 | 1 | 12 | 2021-11-30 | Apteka |  |  |
| 15 | Chłodziarka farmaceutyczna | WS-500L | Bolarus | 1075420 | 802-1650 | 2017 | 1 | 12 | 2021-11-30 | Apteka |  |  |
| 16 | Urządzenie do przechowywania butelek, worków z płynami infuzyjnymi. | Em Therm 2D | Bolarus | 42 | 802-973 | 2013 | 2 | 12 | 2020-02-08 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej Blok Operacyjny |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 36 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 36 – Aparat jezdny IMD Basic – Intermedical**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za  1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Aparat jezdny IMD Basic | Basic | Intermedical | 005/13/01198 | 802-1105 | 2013 | 1 | 12 | 2021-11-30 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 37 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 37 – Kompresor do zasilania unitów stomatologicznych – EKOM**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Kompresor do zasilania unitów stomatologicznych | DK50 2X2 DRY | EKOM | V0451-03-2013 | 444-004 | 2013 | 2 | 12 | 2020-11-20 | Poradnia Chirurgii Szczękowo - Twarzowej |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 38 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 38 – Stymulator nerwów obwodowych – BRAUN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za  1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Stymulator nerwów obwodowych | HNS 12 | BRAUN | 130256 | 802-878/10 | 2010 | 2 | 12 | 2020-06-11 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 39 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 39 – Pompy infuzyjne – Braun**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | POMPA INFUZYJNO OBJĘTOŚCIOWA Z ZASILACZEM | INFUSOMAT SPACE 8713050 | BRAUN | 162395 | 802-904 | 2011 | 1 | 24 | 2021-09-30 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej odc. I |  |  |
| 2 | Pompa infuzyjna strzykawkowa | PERFUSOR SPACE | Braun | 216504 | 802-1035 | 2013 | 1 | 24 | 2021-10-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. I |  |  |
| 3 | Pompa infuzyjna strzykawkowa | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 216297 | 802-1036 | 2013 | 1 | 24 | 2021-10-30 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VI |  |  |
| 4 | Pompa infuzyjna strzykawkowa | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 216460 | 802-1037 | 2013 | 1 | 24 | 2020-04-30 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 5 | Pompa Infuzyjna strzykawkowa | PERFUSOR SPACE | Braun | 216561 | 802-1038 | 2013 | 1 | 24 | 2021-10-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. II |  |  |
| 6 | Pompa infuzyjna Kropelkowa | INFUSOMAT SPACE | Braun | 251650 | 802-1039 | 2013 | 1 | 24 | 2021-10-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. I |  |  |
| 7 | Pompa infuzyjno kropelkowa | INFUSOMAT SPACE | BRAUN | 251654 | 802-1040 | 2013 | 1 | 24 | 2021-10-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. IV |  |  |
| 8 | Pompa infuzyjno kropelkowa | INFUSOMAT SPACE | BRAUN | 251750 | 802-1041 | 2013 | 1 | 24 | 2021-10-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. III |  |  |
| 9 | Pompa infuzyjna Kropelkowa | INFUSOMAT SPACE | Braun | 251160 | 802-1042 | 2013 | 1 | 24 | 2021-10-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. II |  |  |
| 10 | POMPA OBJĘTOŚCIOWA | INFUSOMAT SPACE 8713050 | BRAUN | 254230 | 802-1078 | 2013 | 1 | 24 | 2021-10-31 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej odc. I |  |  |
| 11 | POMPA INFUZYJNA OBJĘTOŚCIOWA | INFUSOMAT SPACE 8713050 | BRAUN | 254243 | 802-1079 | 2013 | 1 | 24 | 2021-10-31 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej odc. IIIA |  |  |
| 12 | POMPA INFUZYJNA OBJĘTOŚCIOWA | INFUSOMAT SPACE 8713050 | BRAUN | 254237 | 802-1080 | 2013 | 1 | 24 | 2021-10-31 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej odc. IIIB |  |  |
| 13 | POMPA STRZYKAWKOWA | PERFUSOR SPACE 8713030 | BRAUN | 217240 | 802-1081 | 2013 | 1 | 24 | 2021-10-31 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej odc. I |  |  |
| 14 | Pompa infuzyjna strzykawkowa | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 217247 | 802-1082 | 2013 | 1 | 24 | 2021-10-31 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej odc. IIIB |  |  |
| 15 | Pompa infuzyjno objętościowa | INFUSOMAT SPACE 8713050 | BRAUN | 254227 | 802-1083 | 2013 | 1 | 24 | 2021-10-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. IV |  |  |
| 16 | Pompa infuzyjno objętościowa | INFUSOMAT SPACE 8713050 | BRAUN | 254224 | 802-1084 | 2013 | 1 | 24 | 2021-10-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. IV |  |  |
| 17 | Pompa infuzyjno objętościowa | INFUSOMAT SPACE 8713050 | BRAUN | 254213 | 802-1085 | 2013 | 1 | 24 | 2021-10-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. III |  |  |
| 18 | Pompa infuzyjna Kropelkowa | INFUSOMAT SPACE 8713050 | BRAUN | 254290 | 802-1086 | 2013 | 1 | 24 | 2021-10-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. IV |  |  |
| 19 | Pompa infuzyjna objętościowa | INFUSOMAT SPACE 8713050 | BRAUN | 254222 | 802-1087 | 2013 | 1 | 24 | 2021-10-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. IV |  |  |
| 20 | Pompa infuzyjno strzykawkowa | PERFUSOR SPACE 8713030 | Braun | 217235 | 802-1088 | 2013 | 1 | 24 | 2021-10-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. I |  |  |
| 21 | Pompa infuzyjno strzykawkowa | PERFUSOR SPACE 8713030 | Braun | 217303 | 802-1089 | 2013 | 1 | 24 | 2021-10-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. I |  |  |
| 22 | Pompa infuzyjna strzykawkowa | PERFUSOR SPACE 8713030 | BRAUN | 217293 | 802-1090 | 2013 | 1 | 24 | 2021-10-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. IV |  |  |
| 23 | Pompa Infuzyjna strzykawkowa | PERFUSOR SPACE 8713030 | Braun | 217232 | 802-1091 | 2013 | 1 | 24 | 2021-12-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. II |  |  |
| 24 | Pompa Infuzyjna strzykawkowa | PERFUSOR SPACE 8713030 | Braun | 217051 | 802-1092 | 2013 | 1 | 24 | 2021-12-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. II |  |  |
| 25 | Pompa infuzyjna | PERFUSOR SPACE 8713030 | BRAUN | 217040 | 802-1093 | 2013 | 1 | 24 | 2021-09-30 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Stacja Dializ |  |  |
| 26 | Pompa infuzyjna | PERFUSOR SPACE 8713030 | BRAUN | 217326 | 802-1094 | 2013 | 1 | 24 | 2021-09-30 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Stacja Dializ |  |  |
| 27 | Pompa infuzyjna | PERFUSOR SPACE 8713030 | BRAUN | 217252 | 802-1095 | 2013 | 1 | 24 | 2021-09-30 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Stacja Dializ |  |  |
| 28 | POMPA INFUZYJNA STRZYKAWKOWA | PERFUSOR SPACE 8713030 | BRAUN | 217282 | 802-1096 | 2013 | 1 | 24 | 2021-10-31 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. II |  |  |
| 29 | POMPA INFUZYJNA STRZYKAWKOWA | PERFUSOR SPACE 8713030 | BRAUN | 217269 | 802-1097 | 2013 | 1 | 24 | 2021-10-31 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. II |  |  |
| 30 | POMPA INFUZYJNA STRZYKAWKOWA | PERFUSOR SPACE 8713030 | BRAUN | 217170 | 802-1098 | 2013 | 1 | 24 | 2021-10-31 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. III |  |  |
| 31 | POMPA INFUZYJNA STRZYKAWKOWA | PERFUSOR SPACE 8713030 | BRAUN | 225903 | 802-1099 | 2013 | 1 | 24 | 2021-10-31 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. II |  |  |
| 32 | POMPA INFUZYJNA STRZYKAWKOWA | PERFUSOR SPACE 8713030 | BRAUN | 225949 | 802-1100 | 2013 | 1 | 24 | 2021-10-31 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. II |  |  |
| 33 | POMPA INFUZYJNA STRZYKAWKOWA | PERFUSOR SPACE 8713030 | BRAUN | 225905 | 802-1101 | 2013 | 1 | 24 | 2021-10-31 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. II |  |  |
| 34 | Pompa infuzyjna | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 256145 | 802-1190 | 2014 | 1 | 24 | 2020-11-19 | ZAKŁAD RADIOLOGII |  |  |
| 35 | Pompa infuzyjna | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 256208 | 802-1193 | 2014 | 1 | 24 | 2020-11-19 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej |  |  |
| 36 | Pompa infuzyjna | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 256212 | 802-1194 | 2014 | 1 | 24 | 2020-11-19 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej |  |  |
| 37 | Pompa infuzyjna | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 256215 | 802-1195 | 2014 | 1 | 24 | 2020-11-19 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej |  |  |
| 38 | Pompa infuzyjna strzykawkowa | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 295391 | 802-1306 | 2015 | 1 | 24 | 2021-09-30 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej Blok Operacyjny |  |  |
| 39 | Pompa infuzyjna strzykawkowa | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 295417 | 802-1307 | 2015 | 1 | 24 | 2021-09-30 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej Blok Operacyjny |  |  |
| 40 | Pompa infuzyjna | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 295267 | 802-1308 | 2015 | 1 | 24 | 2021-09-30 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Stacja Dializ |  |  |
| 41 | Pompa infuzyjna | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 295354 | 802-1309 | 2015 | 1 | 24 | 2021-09-30 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Stacja Dializ |  |  |
| 42 | POMPA INFUZYJNA STRZYKAWKOWA | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 295403 | 802-1310 | 2015 | 1 | 24 | 2021-09-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. I |  |  |
| 43 | POMPA INFUZYJNA STRZYKAWKOWA | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 295269 | 802-1311 | 2015 | 1 | 24 | 2021-09-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. I |  |  |
| 44 | POMPA INFUZYJNA STRZYKAWKOWA | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 295265 | 802-1312 | 2015 | 1 | 24 | 2021-09-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. I |  |  |
| 45 | POMPA INFUZYJNA STRZYKAWKOWA | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 295398 | 802-1313 | 2015 | 1 | 24 | 2021-09-30 | Oddział Dermatologii |  |  |
| 46 | POMPA INFUZYJNA OBJĘTOŚCIOWA | INFUSOMAT SPACE | BRAUN | 387037 | 802-1455 | 2016 | 1 | 24 | 2021-01-23 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej odc. IIIA |  |  |
| 47 | POMPA INFUZYJNA OBJĘTOŚCIOWA | INFUSOMAT SPACE | BRAUN | 387018 | 802-1456 | 2016 | 1 | 24 | 2020-07-04 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej odc. IIIB |  |  |
| 48 | POMPA INFUZYJNA OBJĘTOŚCIOWA | INFUSOMAT SPACE | BRAUN | 386932 | 802-1457 | 2016 | 1 | 24 | 2020-07-04 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej odc. IIIB |  |  |
| 49 | Pompa infuzyjno objętościowa | INFUSOMAT SPACE | BRAUN | 386941 | 802-1458 | 2016 | 1 | 24 | 2020-07-07 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej odc. IIIA |  |  |
| 50 | POMPA INFUZYJNA OBJĘTOŚCIOWA | INFUSOMAT SPACE | BRAUN | 386933 | 802-1459 | 2016 | 1 | 24 | 2020-07-04 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej odc. IIIB |  |  |
| 51 | Pompa infuzyjna strzykawkowa | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 387046 | 802-1460 | 2016 | 1 | 24 | 2020-07-04 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej odc. IIIA |  |  |
| 52 | Pompa infuzyjno strzykawkowa | PERFUSOR SPACE | Braun | 333686 | 802-1461 | 2016 | 1 | 24 | 2020-07-04 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej - Izba Przyjęć |  |  |
| 53 | Pompa infuzyjna strzykawkowa | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 333879 | 802-1462 | 2016 | 1 | 24 | 2020-07-30 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 54 | Pompa infuzyjna strzykawkowa | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 333852 | 802-1463 | 2016 | 1 | 24 | 2020-07-30 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 55 | Pompa infuzyjna strzykawkowa | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 333666 | 802-1464 | 2016 | 1 | 24 | 2020-07-04 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 56 | Pompa infuzyjna strzykawkowa | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 333887 | 802-1465 | 2016 | 1 | 24 | 2020-07-04 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 57 | Pompa infuzyjna strzykawkowa | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 333667 | 802-1466 | 2016 | 1 | 24 | 2020-07-04 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 58 | Pompa infuzyjna strzykawkowa | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 333669 | 802-1467 | 2016 | 1 | 24 | 2020-07-04 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 59 | Pompa infuzyjna strzykawkowa | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 333870 | 802-1468 | 2016 | 1 | 24 | 2020-07-04 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 60 | Pompa infuzyjna strzykawkowa | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 333771 | 802-1469 | 2016 | 1 | 24 | 2021-09-02 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 61 | Pompa infuzyjna strzykawkowa | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 333728 | 802-1470 | 2016 | 1 | 24 | 2020-07-04 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 62 | POMPA INFUZYJNA STRZYKAWKOWA | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 333732 | 802-1471 | 2016 | 1 | 24 | 2020-07-04 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. I |  |  |
| 63 | Pompa infuzyjna strzykawkowa | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 333678 | 802-1472 | 2016 | 1 | 24 | 2020-07-04 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 64 | Pompa infuzyjna strzykawkowa | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 333668 | 802-1473 | 2016 | 1 | 24 | 2021-09-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 65 | Pompa infuzyjna strzykawkowa | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 333697 | 802-1474 | 2016 | 1 | 24 | 2020-07-04 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 66 | Stacja dokująca | SPACE STATION | BRAUN | 73498 | 802-1475 | 2016 | 1 | 24 | 2020-07-04 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 67 | Stacja dokująca | SPACE STATION | BRAUN | 59703 | 802-1476 | 2016 | 1 | 24 | 2020-07-04 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 68 | Stacja dokująca | SPACE STATION | BRAUN | 80335 | 802-1477 | 2016 | 1 | 24 | 2020-07-04 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 69 | Stacja dokująca | SPACE STATION | BRAUN | 80336 | 802-1478 | 2016 | 1 | 24 | 2020-07-04 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 70 | Stacja dokująca | 8713140 | BRAUN | 74021 | 802-1479 | 2016 | 1 | 24 | 2020-07-04 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 71 | Stacja dokująca | SPACE STATION | BRAUN | 74015 | 802-1480 | 2016 | 1 | 24 | 2020-07-04 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 72 | Stacja dokująca | 8713140 | BRAUN | 80330 | 802-1481 | 2016 | 1 | 24 | 2020-07-04 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Stacja Dializ |  |  |
| 73 | Pompa infuzyjna strzykawkowa | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 37640 | 802-1482 | 2016 | 1 | 24 | 2020-07-30 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 74 | Stacja dokująca do pomp infuzyjnych | PERFUSOR SPACE STATION | BRAUN | 73123 | 802-1483 | 2016 | 1 | 24 | 2020-07-30 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 75 | POMPA STRZYKAWKOWA | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 442606 | 802-1677/18 | 2018 | 1 | 24 | 2020-09-20 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej |  |  |
| 76 | Pompa infuzyjna | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 442631 | 802-1678 | 2018 | 1 | 24 | 2020-09-20 | Oddział Otorynolaryngologii |  |  |
| 77 | Pompa infuzyjna | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 442629 | 802-1679 | 2018 | 1 | 24 | 2020-09-24 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. II |  |  |
| 78 | Pompa infuzyjna | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 442617 | 802-1680 | 2018 | 1 | 24 | 2021-09-20 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 79 | Pompa infuzyjna | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 442610 | 802-1681 | 2018 | 1 | 24 | 2021-05-07 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. III |  |  |
| 80 | Pompa infuzyjna | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 442603 | 802-1682 | 2018 | 1 | 24 | 2020-09-24 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 81 | Pompa infuzyjna strzykawkowa | PERFUSOR | BRAUN | 23431 | 802-414 | 1997 | 1 | 24 | 2021-01-21 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 82 | POMPA INFUZYJNO KROPELKOWA | INFUSOMAT SPACE | BRAUN | 25804 | 802-733 | 2007 | 1 | 24 | 2020-04-06 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej odc. IIIA |  |  |
| 83 | POMPA INFUZYJNO KROPELKOWA | INFUSOMAT SPACE | BRAUN | 25819 | 802-734 | 2007 | 1 | 24 | 2021-01-23 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej odc. IIIB |  |  |
| 84 | Pompa infuzyjna Kropelkowa | INFUSOMAT SPACE | Braun | 29666 | 802-760 | 2008 | 1 | 24 | 2021-05-24 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. IV |  |  |
| 85 | Pompa infuzyjna Kropelkowa | INFUSOMAT SPACE | Braun | 29746 | 802-761 | 2008 | 1 | 24 | 2021-09-30 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. I |  |  |
| 86 | Pompa infuzyjna Kropelkowa | INFUSOMAT SPACE 8713050 | BRAUN | 29701 | 802-762 | 2008 | 1 | 24 | 2020-07-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. IV |  |  |
| 87 | Pompa infuzyjna Kropelkowa | INFUSOMAT SPACE | Braun | 49671 | 802-774 | 2008 | 1 | 24 | 2020-10-09 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. I |  |  |
| 88 | Pompa infuzyjna | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 88873 | 802-835 | 2009 | 1 | 24 | 2020-11-19 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. I |  |  |
| 89 | Pompa infuzyjna Kropelkowa BRAUN | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 88858 | 802-836 | 2009 | 1 | 24 | 2021-09-30 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. IV |  |  |
| 90 | Pompa infuzyjna strzykawkowa | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 88738 | 802-837 | 2009 | 1 | 24 | 2020-10-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. IV |  |  |
| 91 | Pompa infuzyjna | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 88831 | 802-838 | 2009 | 1 | 24 | 2020-09-18 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 92 | Pompa infuzyjna | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 88632 | 802-839 | 2009 | 1 | 24 | 2020-11-19 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 93 | Pompa infuzyjna strzykawkowa | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 88607 | 802-840 | 2009 | 1 | 24 | 2021-10-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. IV |  |  |
| 94 | Pompa infuzyjna | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 88641 | 802-841 | 2009 | 1 | 24 | 2020-11-19 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 95 | Pompa infuzyjna | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 88746 | 802-842 | 2009 | 1 | 24 | 2020-11-19 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 96 | Pompa infuzyjna strzykawkowa | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 88638 | 802-843 | 2009 | 1 | 24 | 2021-10-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. IV |  |  |
| 97 | Pompa infuzyjna | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 88603 | 802-844 | 2009 | 1 | 24 | 2020-11-19 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 98 | Pompa infuzyjna | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 88743 | 802-845 | 2009 | 1 | 24 | 2020-11-19 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 99 | Pompa infuzyjna | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 88726 | 802-847 | 2009 | 1 | 24 | 2020-03-13 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. V |  |  |
| 100 | Pompa infuzyjna strzykawkowa | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 116367 | 802-866 | 2010 | 1 | 24 | 2021-09-30 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej |  |  |
| 101 | Pompa infuzyjna | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 116352 | 802-867 | 2010 | 1 | 24 | 2020-11-19 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej Blok Operacyjny |  |  |
| 102 | POMPA INFUZYJNO OBJĘTOŚCIOWA Z ZASILACZEM | INFUSOMAT SPACE 8713050 | BRAUN | 162394 | 802-903 | 2011 | 1 | 24 | 2021-09-30 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej odc. I |  |  |
| 103 | POMPA INFUZYJNO OBJĘTOŚCIOWA Z ZASILACZEM | INFUSOMAT SPACE 8713050 | BRAUN | 162247 | 802-905 | 2011 | 1 | 24 | 2021-09-21 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej odc. IIIB |  |  |
| 104 | POMPA INFUZYJNA STRZYKAWKOWA | PERFUSOR SPACE 8713030 | Braun | 147532 | 802-906 | 2011 | 1 | 24 | 2021-09-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. III |  |  |
| 105 | Pompa infuzyjna strzykawkowa | PERFUSOR SPACE | BRAUN | 147538 | 802-907 | 2011 | 1 | 24 | 2020-02-21 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 106 | POMPA INFUZYJNA STRZYK102AWKOWA | PERFUSOR SPACE 8713030 | BRAUN | 147455 | 802-908 | 2011 | 1 | 24 | 2021-11-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. III |  |  |
| 107 | POMPA INFUZYJNA STRZYK104AWKOWA | PERFUSOR SPACE 8713030 | Braun | 147490 | 802-909 | 2011 | 1 | 24 | 2021-09-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. III |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 40 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 40 – Mikroskop Zeiss z systemem komputerowym do detekcji i analizy cytogenetycznej – MetaSystem Hard &Software**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Mikroskop Zeiss z systemem komputerowym do detekcji i analizy cytogenetycznej | Metafer4 | MetaSystem Hard &Software | MF0767 | 801-297 | 2010 | 2 | 12 | 2020-08-01 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Cytogenetyki |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 41 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 41 – Mikroskop stereoskopowy operacyjny – MOLLER-WEDE BELAMED**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Mikroskop stereoskopowy operacyjny | VM 900 | MOLLER-WEDE BELAMED | 656116/291 | 802-436 | 1998 | 2 | 12 | 2020-10-31 | Oddział Otorynolaryngologii - Blok Operacyjny |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 42 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 42 – Mikroskopy – OLYMPUS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce Użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Mikroskop | CX 33 | OLYMPUS | 8D45516 | 801-1381 | 2018 | 1 | 12 | 2021-11-21 | Laboratorium Hematologiczne |  |  |
| 2 | Mikroskop | CX 31 | OLYMPUS | 1K00936 | 801-225 | 2001 | 2 | 12 | 2020-03-20 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Cytogenetyki |  |  |
| 3 | Mikroskop | CX 31 | OLYMPUS | 2B18094 | 801-235 | 2002 | 2 | 12 | 2020-07-05 | Laboratorium Hematologiczne – Pracowani Badań Rutynowych |  |  |
| 4 | Mikroskop świetlny z fluorescencją i systemem do analizy chromosomów | BX51 | OLYMPUS | 6J17911 | 801-261 | 2006 | 2 | 12 | 2020-03-19 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Cytogenetyki |  |  |
| 5 | Mikroskop | CX 41 | OLYMPUS | 4D41969 | 802-1182 | 2014 | 2 | 12 | 2020-03-19 | Oddział Hematologii I Transplantacji Szpiku |  |  |
| 6 | Mikroskop optyczny z przesyłem danych | CX 41 | Olympus | 4D42208 | 802-1183 | 2014 | 2 | 12 | 2020-03-19 | Oddział Hematologii I Transplantacji Szpiku Odc. VII |  |  |
| 7 | Mikroskop | CX 41 | OLYMPUS | 4D42211 | 802-1186 | 2014 | 2 | 12 | 2020-03-19 | Oddział Hematologii I Transplantacji Szpiku |  |  |
| 8 | Mikroskop | BX40 | OLYMPUS | 4136HY | A-1/090-0005/08 | 2002 | 2 | 12 | 2020-11-22 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Cytogenetyki |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 43 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 43 – Mikroskop operacyjny – OPTON,**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Mikroskop operacyjny | S3B | OPTON | 180722 | 801-001 | 1990 | 2 | 12 | 2020-09-07 | Oddział Otorynolaryngologii - Blok Operacyjny |  |  |
| 2 | Mikroskop operacyjny | OPM-6 | OPTON | 93482 | A-1/090-0003/98 | 1998 | 2 | 12 | 2020-11-29 | Oddział Otorynolaryngologii Poradnia |  |  |
| 3 | Mikroskop | OP-Mi6 | OPTON | 76493 | A-1/090-01/98 | 1998 | 2 | 12 | 2020-08-05 | Oddział Otorynolaryngologii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy)

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 44 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 44 – System do automatycznej mikroskopowej oceny rozmazów krwi i szpiku – ZENTECH**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | System do automatycznej mikroskopowej oceny rozmazów krwi i szpiku | Zendropper C4 | ZENTECH | 1792 | 801-324 | 2013 | 2 | 12 | 2020-09-20 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Cytogenetyki |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 45 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 45 – Nóż harmoniczny - Carlo De Giorgi**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Nóż harmoniczny | Electric Bistour | Carlo De Giorgi | 3M03 | 802-1007 | 2013 | 2 | 12 | 2020-08-27 | Poradnia Chirurgii Szczękowo - Twarzowej |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy);

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 46 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 46 – Myjka endoskopowa – Choyang Medical Industry LTD**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Myjka endoskopowa | CYW-100N | Choyang Medical Industry LTD | SN08CB027NP | 802-765 | 2008 | 2 | 12 | 2020-08-31 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Pracownia Endoskopii |  |  |
| 2 | Myjka endoskopowa automatyczna | CYW100 | Choyang Medical Industry | 12CB023NP | 802-970 | 2012 | 2 | 12 | 2020-08-31 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Pracownia Endoskopii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 47 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 47 – USG skóry DERMA LAB – CORTEX TECHNOLOGY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | USG SKÓRY DERMA LAB | COMBO SKINLAB (JEDN. GŁÓWNA), (GŁOWICA) | CORTEX TECHNOLOGY - Techpol Medical | C4000.04-287, C8101.07-306 | 802-00002/15 | 2015 | 2 | 12 | 2020-06-06 | Oddział Dermatologii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 48 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 48 – Diatermia mikrofalowa- Cosmogemma**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegld** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | DIATERMIA MIKROFALOWA | MW 300C | COSMOGEMMA | 5T99227 | 802-529 | 2001 | 2 | 12 | 2020-07-05 | Oddział Dermatologii – Poradnia |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 49 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 49 – Diodowe lasery – CTL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Diodowy laser terapeutyczny | 1106MX | CTL | M1302806MVN | 802-00001 | 2014 | 2 | 12 | 2020-04-11 | Oddział Dermatologii |  |  |
| 2 | Laser chirurgiczny Azuryt | CTL1401 | CTL | 1401-6/2001 | 802-0004 | 2001 | 2 | 12 | 2020-04-11 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej Blok Operacyjny |  |  |
| 3 | Diodowy laser terapeutyczny | 1106MX | CTL | M1301506MX | 802-0005 | 2013 | 2 | 12 | 2020-09-24 | Poradnia Chirurgii Szczękowo - Twarzowej |  |  |
| 4 | Diodowy laser terapeutyczny | 1106X | CTL | M/59/2001 | 802-0005/01 | 2001 | 2 | 12 | 2020-09-15 | Poradnia Chirurgii Szczękowo - Twarzowej |  |  |
| 5 | Laser niskoenergetyczny | 1106MX | CTL | MX36K | B-1/132-0001/08 | 2001 | 2 | 12 | 2020-09-24 | Oddział Dermatologii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 50 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 50 – Stacje uzdatniania wody – CULLIGAN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | uzdatniacz wody Culligan | MFP 1200 | CULLIGAN | 8956401 | 654-001 | 1995 | 2 | 12 | 2020-08-22 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 2 | uzdatniacz wody Culligan | MFP 1600 | CULLIGAN | 239085 | 654-001 | 1995 | 2 | 12 | 2020-10-11 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 3 | STACJA UZDATNIANIA WODY CULLIGAN SDS | SDS | CULLIGAN | 000163/14 | 802-1153 | 2014 | 2 | 12 | 2020-10-19 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 4 | Uzdatniacz wody aparatu do hemodializy | Aqua Cleer SDS | CULLIGAN | 016715/15 | 802-1375 | 2015 | 2 | 12 | 2020-10-19 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy);

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 51 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 51 –** **Laser półprzewodnikowy – Deka M.E.L.A.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Laser półprzewodnikowy | Ceralas D 15 | Deka M.E.L.A | 1414G | 802-692 | 2006 | 2 | 12 | 2020-10-02 | Oddział Otorynolaryngologii - Blok Operacyjny |  |  |
| 2 | Laser półprzewodnikowy | Smart Xide | DEKA M.E.L.A | UX 6 A 362 | 802-692 | 2006 | 2 | 12 | 2020-10-02 | Oddział Otorynolaryngologii - Blok Operacyjny |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy);

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 52 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 52 – Lampy operacyjne, zabiegowe – Derungs**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Lampa zabiegowa mobilna | Triango | Derungs | 1 068 815 003 | 802-1507 | 2016 | 2 | 12 | 2020-08-08 | Oddział Dermatologii |  |  |
| 2 | Lampa operacyjna sufitowa dwuczaszowa | Triango 30 | Derungs | 60601-1 , 1079420 | 802-1509 | 2016 | 2 | 12 | 2020-08-08 | Oddział Dermatologii |  |  |
| 3 | Lampa operacyjna sufitowa dwuczaszowa | TRIANGO 30 | Derungs | 60601-1 | 802-1509 | 2016 | 2 | 12 | 2020-06-26 | Oddział Dermatologii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 53 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 53 – Aparat do pozyskiwania krwi z pola operacyjnego – DIDECO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Aparat do pozyskiwania krwi z pola operacyjnego | ELECTRA | DIDECO | BO15155F05 | 802-625 | 2005 | 2 | 12 | 2020-09-19 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | | |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy)

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 54 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 54 - Unit stomatologiczny – DIPLOMAT DENTAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Unit stomatologiczny | DC 170 | DIPLOMAT DENTAL | 18 | 802-1000 | 2013 | 2 | 12 | 2020-11-20 | Poradnia Chirurgii Szczękowo - Twarzowej |  |  |
| 2 | Unit stomatologiczny | DC 170 | DIPLOMAT DENTAL | 19 | 802-1001 | 2013 | 2 | 12 | 2020-11-20 | Poradnia Chirurgii Szczękowo - Twarzowej |  |  |
| 3 | Unit stomatologiczny | DC 170 | DIPLOMAT DENTAL | 15 | 802-997 | 2013 | 2 | 12 | 2020-11-20 | Poradnia Chirurgii Szczękowo - Twarzowej |  |  |
| 4 | Unit stomatologiczny | DC 170 | DIPLOMAT DENTAL | 16 | 802-998 | 2013 | 2 | 12 | 2020-11-20 | Poradnia Chirurgii Szczękowo - Twarzowej |  |  |
| 5 | Unit stomatologiczny | DC 170 | DIPLOMAT DENTAL | 17 | 802-999 | 2013 | 2 | 12 | 2020-11-20 | Poradnia Chirurgii Szczękowo - Twarzowej |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy)

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 55 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 55 – Lampa operacyjna bezcieniowa z torem wizyjnym – DR.MACH**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Lampa operacyjna bezcieniowa z torem wizyjnym | LED 5SC/35C | DR.MACH | 14/20947; 14/19921 | 802-1221 | 2014 | 2 | 12 | 2020-12-20 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej Blok Operacyjny |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 56 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 56 -** – **Respirator transportowy, kardiomonitory, kolumna anestezjologiczna, monitory, aparaty do znieczulenia, parowniki – Drager**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Respirator transportowy | OXYLOG | DRAGER | ASHE-0017 | 802-1291 | 2015 | 2 | 12 | 2020-08-30 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 2 | Aparat do znieczulenia | PRIMUS | DRAGER | ASKF-0118 | 802-1551 | 2017 | 4 | 6 | 2020-01-31 | Oddział Otorynolaryngologii - Blok Operacyjny |  |  |
| 3 | Aparat do znieczulenia | PRIMUS | DRAGER | ASKF-0117 | 802-1550 | 2017 | 4 | 6 | 2020-01-31 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej Blok Operacyjny |  |  |
| 4 | Aparat do znieczulenia | PERSEUS A 500 | DRAGER | ASKF-0079 | 802-1552 | 2017 | 2 | 12 | 2020-07-31 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 5 | Monitor | Infinity Kappa | Drager | 5493644250 | 802-697 | 2006 | 2 | 12 | 2020-05-31 | ZAKŁAD RADIOLOGII |  |  |
| 6 | Aparat do znieczulenia | PRIMUS | DRAGER | ARXF-0214 | 802-697 | 2006 | 4 | 6 | 2020-05-30 | ZAKŁAD RADIOLOGII |  |  |
| 7 | KARDIOMONITOR + EKRAN POWIELAJĄCY | GAMMA XL | Drager | 5514315966 | 802-709 | 2006 | 2 | 12 | 2020-06-30 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej |  |  |
| 8 | Aparat do znieczulenia | Fabius TRIO | DRAGER | ASAH-0049 | 802-802/09 | 2009 | 4 | 12 | 2020-05-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 9 | Kardiomonitor | Drager Vista | Drager | 6002602973 | 802-875 | 2010 | 1 | 24 | 2021-06-30 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 10 | Aparat do znieczulenia | Fabius GS premium | DRAGER | ASCM- 0077 | 802-930 | 2011 | 1 | 12 | 2021-05-31 | Oddział Otorynolaryngologii - Blok Operacyjny |  |  |
| 11 | Aparat do znieczulenia | Fabius GS premium | DRAGER | ASCM-0076 | 802-931/11 | 2011 | 1 | 12 | 2021-05-31 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 12 | PAROWNIK | D-Vapor 3000 | Drager | ASKC-0199 | 802-1552 | 2017 | 2 | 12 | 2020-07-31 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 13 | Monitor | Infinity Delta | Drager | - | 802-930 | 2011 | 1 | 24 | 2021-07-31 | Oddział Otorynolaryngologii - Blok Operacyjny |  |  |
| 14 | MONITOR | INFINITY DELTA | Drager | - | 802-802/11 | 2009 | 1 | 24 | 2021-05-31 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 15 | MONITOR | INFINITY M540 | Drager | 5612456370 | 802-1552 | 2017 | 1 | 24 | 2021-07-31 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 16 | PAROWNIK | Vapor 2000 | Drager | ASDC-0919 | 802-802 | 2009 | 2 | 12 | 2020-05-31 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 17 | MONITOR GAZÓW | SCIO | DRAGER | ASAF-0051 | 802-802/09 | 2009 | 2 | 12 | 2020-05-31 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 18 | MONITOR | INFINITY DELTA | Drager | - | 802-931/11 | 2011 | 1 | 24 | 2021-05-31 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 19 | PAROWNIK | D-Vapor | Drager | ASAH-0078 | 802-931 | 2011 | 2 | 12 | 2020-05-31 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 20 | MONITOR GAZÓW | SCIO 4 | DRAGER | ASBD-0115 | 802-931/11 | 2011 | 2 | 12 | 2020-05-31 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 21 | MONITOR | Infinity DELTA | Drager | 6008684168 | 802-1550 | 2017 | 1 | 24 | 2021-07-31 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej Blok Operacyjny |  |  |
| 22 | PAROWNIK | Vapor 2000 | Drager | ASKF-0440 | 802-1550 | 2017 | 2 | 12 | 2020-07-31 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej Blok Operacyjny |  |  |
| 23 | MONITOR | Infinity DELTA | Drager | 6008702274 | 802-1551 | 2017 | 1 | 24 | 2021-07-31 | Oddział Otorynolaryngologii - Blok Operacyjny |  |  |
| 24 | MONITOR | INFINITY C500 | Drager | 5612456370 | 802-1552 | 2017 | 1 | 24 | 2021-07-31 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 25 | PAROWNIK | Vapor 2000 | Drager | ARXK-0429 | 802-697 | 2006 | 2 | 12 | 2020-05-31 | ZAKŁAD RADIOLOGII |  |  |
| 26 | PAROWNIK | Vapor 2000 | Drager | ARXK-1304 | 802-697 | 2006 | 2 | 12 | 2020-05-31 | ZAKŁAD RADIOLOGII |  |  |
| 27 | PAROWNIK | Vapor 2000 | Drager | ASAF-0574 | 802-930 | 2011 | 2 | 12 | 2020-07-31 | Oddział Otorynolaryngologii - Blok Operacyjny |  |  |
| 28 | MONITOR GAZÓW | SCIO 4 | DRAGER | ASBD-0114 | 802-930/11 | 2011 | 2 | 12 | 2020-05-31 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 29 | PAROWNIK | Vapor 2000 | Drager | ASBB-1583 | 802-931 | 2011 | 2 | 12 | 2020-05-31 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 30 | KLOUMNA ANESTEZJOLOGICZNA | AGILA | Drager | ARXK-0640 | 802-706 |  | 1 | 60 | 2022-11-29 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej Blok Operacyjny |  |  |
| 31 | KLOUMNA ANESTEZJOLOGICZNA | AGILA | Drager | ARXK-0641 | 802-705 |  | 1 | 60 | 2022-11-29 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej Blok Operacyjny |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 57 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 57 - Tromboelastometr ROTEM DELTA – DRG Medtek**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Tromboelastometr ROTEM DELTA | SM2036 | DRG Medtek | SN 2036 | 17052/U | 2008 | 2 | 12 | 2020-10-31 | Laboratorium Centralne |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 58 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 58 – Pompa ssawna, skaner RTG – Durr Dental**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Pompa ssawna | VS1200S | DURR DENTAL | B243640002 | 441-002 | 2013 | 2 | 12 | 2020-12-19 | Poradnia Chirurgii Szczękowo - Twarzowej |  |  |
| 2 | SKANER RTG | VISTA SCAN MINI | Durr Dental | D241051025 | 802-995 | 2013 | 2 | 12 | 2020-12-19 | Zakład Radiologii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 59 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 59 –** **Czytnik mikropłytek – Elisa – Dynex**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | CZYTNIK MIKROPŁYTEK | MRX 1100 | Elisa-Dynex | 2CXB-3081 | 801-199/97 | 1997 | 2 | 12 | 2020-06-22 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Pracownia Izotopów |  |  |
| 2 | CZYTNIK MIKROPŁYTEK | DYNEX MRX | Elisa-Dynex | 1CXE-0030 | KNM 801-0003/08 | 2008 | 2 | 12 | 2020-05-30 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 60 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 60 – Myjka ultradźwiękowa – ELMA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Myjka ultradźwiękowa | S40 | ELMA | 10793123 | 802-1114 | 2013 | 2 | 12 | 2020-01-31 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Pracownia Endoskopii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 61 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 61 - Dwukanałowy symulator FIRING – EMILDUE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Dwukanałowy symulator FIRING | EVO | EMILDUE | F9497 | 802-1543 | 2017 | 2 | 12 | 2020-05-01 | Gabinet Rehabilitacji |  |  |
| 2 | Aparat do terapii ultradźwiekowej | US 13 EVO | EMILDUE | US062278 | 802-1544 | 2017 | 2 | 12 | 2020-05-01 | Gabinet Rehabilitacji |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 62 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 62 – Automatyczny czytnik mikropłytek – Elisa Dynex**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Automatyczny czytnik mikropłytek; filtry: 450MN,560NM,620NM, myjka | MR 1100 | Elisa-Dynex | 2CXB3081 | 801-199 | 1997 | 2 | 12 | 2020-03-14 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Pracownia Izotopów |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 63 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 63 – Inkubator dwutlenku węgla – EPPENDORF AG**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Inkubator dwutlenku węgla | 170R | EPPENDORF AG | C017EK501605 | 801-370 | 2015 | 2 | 12 | 2020-11-19 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Cytogenetyki |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 64 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 64 – Aparat do koagulacji – diatermia – ERBE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Aparat do koagulacji - diatermia | ICC 50 | ERBE | B-1917 | 801-193 | 1997 | 2 | 12 | 2020-04-29 | Oddział Dermatologii |  |  |
| 2 | APARAT DO ELEKTROKOAGULACJI ERBE VIO300+APC2 (PRZYSTAWKA JET2) (POMPA SSĄCA ESM2) | VIO300D | ERBE | 11379809, 11379885, 11400475, 11400476 | 802-1152, 802-1152/1, 802-1152/2 | 2014 | 2 | 12 | 2020-09-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 3 | DIATERMIA ELEKTROCHIRURGICZNA | VIO100C | ERBE | 11398678 | 802-1304 | 2015 | 2 | 12 | 2020-09-30 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 4 | DIATERMIA ELEKTROCHIRURGICZNA Z PRZYSTAWKĄ ARGONOWĄ | VIO 200S + APC2 | ERBE | 11438442, 11439117 | 802-1556/17, 802-1556/01/2017 | 2017 | 1 | 12 | 2021-11-22 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Pracownia Endoskopii |  |  |
| 5 | Diatermia Erbotrom | ICC300 | ERBE | B 1307 | 802-362 | 1996 | 2 | 12 | 2020-09-30 | Oddział Otorynolaryngologii - Blok Operacyjny |  |  |
| 6 | Stół operacyjny | OPX 300 RCB | ERBE | 2324 | 802-416 | 1997 | 2 | 12 | 2020-09-10 | Oddział Otorynolaryngologii - Blok Operacyjny |  |  |
| 7 | Lampa operacyjna | 380/DF | ERBE | 97/02201 | 802-422 | 1998 | 2 | 12 | 2020-09-30 | Oddział Otorynolaryngologii - Blok Operacyjny |  |  |
| 8 | Lampa operacyjna | MACH 380 | ERBE | 97/0201 | 802-423 | 1997 | 2 | 12 | 2020-09-30 | Oddział Otorynolaryngologii - Blok Operacyjny |  |  |
| 9 | Aparat do koagulacji - arganowy | APC300 | ERBE | B-2508 | 802-462 | 1999 | 2 | 12 | 2020-09-30 | Oddział Otorynolaryngologii - Blok Operacyjny |  |  |
| 10 | DIATERMIA CHIRURGICZNA ERBOTOM | ICC80 | ERBE | B-1752 | 802-538 | 2001 | 2 | 12 | 2020-04-29 | Oddział Dermatologii |  |  |
| 11 | Aparat do elektrokoagulacji | ICC 200 | ERBE | D2451 | 802-549 | 2002 | 2 | 12 | 2020-04-29 | Poradnia Chirurgii Szczękowo - Twarzowej |  |  |
| 12 | Aparat do elektrokoagulacji Erbotrom | ICC 300 | ERBE | F 2323 | 802-550 | 2002 | 2 | 12 | 2020-09-30 | Oddział Otorynolaryngologii - Blok Operacyjny |  |  |
| 13 | APARAT DO KOAGULACJI z DIATERMIĄ | ICC300+APC300 | ERBE | F1776, B6644 | 802-623/05 | 2005 | 2 | 12 | 2020-04-29 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 14 | Diatermia elektrochirurgiczna | ICC 350 ZMK | ERBE | D 1155 | 802-710 | 2006 | 2 | 12 | 2020-09-30 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej Blok Operacyjny |  |  |
| 15 | Diatermia ERBOTOM | ICC300 | ERBE | F 1184 | B-1/075-0001/08 | 2000 | 2 | 12 | 2020-09-30 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej Blok Operacyjny |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 65 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 65 – Respirator – EVENT MEDICAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Respirator | EVOLUTION 3E | EVENT MEDICAL | EVL11100 | 802-968 | 2012 | 2 | 12 | 2020-10-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. I |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 66 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 66 – Aparat USG – eZono A.G**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** |  | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | APARAT USG | eZono400 |  | eZono A.G | 9100200324 | 802-1398 | 2015 | 2 | 12 | 2020-11-29 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 67 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 67 – Lancetron – Famed**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Lancetron | GT-55 | Famed | 960037 | A-1/0055-0001/08 | 1997 | 2 | 12 | 2020-09-12 | Oddział Dermatologii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 68 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 68 – Respirator – Flight Medical**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za aparat** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | RESPIRATOR | Medical Flight 60 | Flight Medical | 11060222 | 802-968 | 2012 | 2 | 12 | 2020-01-21 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. II |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 69 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 69 – Kamera termowizyjna – FLIR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Kamera termowizyjna | FLIR - T62101 | FLIR | N27210 | 800-00001 | 2014 | 2 | 12 | 2020-12-03 | Oddział Dermatologii |  |  |
| 2 | Kamera termowizyjna | FLIR- E64501 | FLIR | 64502652 | ZCC – 1 – 800 – 00001/14 | 2014 | 2 | 12 | 2020-07-24 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej Blok Operacyjny |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 70 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 70 – Zestaw Fluke do stymulacji pacjenta – FLUKE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Zestawu Fluke do stymulacji pacjenta wraz z testerem pulsoksymetrów - kalibracja | ProSlim4 Spotlight | FLUKE | 124026, 2981776 | F/ST/64/2015 | 2015 | 2 | 12 | 2020-11-20 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 71 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 71 – Aparaty do dializy, aparaty do hemodializy, Concentrate Distribution System, Granumix 100,500, Przyrząd kalibracyjny UMED, Przystawka do umeda – FRESENIUS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Aparat do dializy wątrobwej | Mulitifiltrate Ci-Ca | FRESENIUS | 3MUG1771 | 17034 | 2004 | 1 | 24 | 2020-11-05 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 2 | Concentrate Distribution System | CDS 08 | FRESENIUS | 251S0595 | - | - | 2 | 24 | 2020-07-31 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 3 | Concentrate Distribution System | CDS 08 | FRESENIUS | 251S0596 | - | - | 2 | 24 | 2020-07-31 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 4 | Granumix 100 | 100 | FRESENIUS | S107180 | ----------------------- | BRAK | 1 | 24 | 2021-08-02 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 5 | Granumix 500 | 500 | FRESENIUS | S507003 | ----------------------- | BRAK | 1 | 24 | 2021-08-02 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 6 | APARAT DO CIĄGŁYCH DIALIZ | MULTIFILTRAT | FRESENIUS | 5MUG9744 | 802-1374 | 2015 | 1 | 24 | 2021-10-04 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 7 | Aparat do hemodializy | 4008S | FRESENIUS | 3VCAK402 | 802-556 | 2003 | 2 | 12 | 2020-11-16 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Stacja Dializ |  |  |
| 8 | Aparat do hemodializy | 4008S | FRESENIUS | 3VCAK983 | 802-557 | 2003 | 2 | 12 | 2020-11-22 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 9 | Aparat do hemodializy | 4008S | FRESENIUS | 3VCAN182 | 802-567 | 2003 | 2 | 12 | 2020-11-22 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Stacja Dializ |  |  |
| 10 | Aparat do hemodializy | 4008S | FRESENIUS | 3VCAN185 | 802-569 | 2003 | 2 | 12 | 2020-11-22 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Stacja Dializ |  |  |
| 11 | Aparat do hemodializy | 4008S | FRESENIUS | 3VCAN186 | 802-570 | 2003 | 2 | 12 | 2020-11-16 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Stacja Dializ |  |  |
| 12 | Przyrząd kalibracyjny UMED | D0094 | FRESENIUS | 8301005 | 802-612 | 2005 | 2 | 12 | 2020-12-17 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Stacja Dializ |  |  |
| 13 | Przystawka do umeda | D0166 | FRESENIUS | 6532005 | 802-612 | 2005 | 2 | 12 | 2020-12-17 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Stacja Dializ |  |  |
| 14 | Aparat do hemodializy | 5008 | FRESENIUS | 5VEA2340 | 802-666 | 2005 | 1 | 24 | 2020-06-07 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Stacja Dializ |  |  |
| 15 | Aparat do hemodializy | 5008 | FRESENIUS | 5VEA2343 | 802-667 | 2005 | 1 | 24 | 2020-06-07 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Stacja Dializ |  |  |
| 16 | Aparat do hemodializy | 5008 | FRESENIUS | 5VEA2344 | 802-668 | 2005 | 1 | 24 | 2020-06-08 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Stacja Dializ |  |  |
| 17 | Aparat do hemodializy | 4008S Classic | FRESENIUS | 1SXA5454 | 802-936 | 2011 | 1 | 24 | 2021-08-05 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 18 | Aparat do hemodializy | 4008S | FRESENIUS | 6VCABJ99 | B-1/221-0001/11 | 2006 | 2 | 12 | 2020-11-02 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Stacja Dializ |  |  |
| 19 | Aparat do hemodializy | 4008S | FRESENIUS | 6VCABJ98 | B-1/221-0002/11 | 2006 | 2 | 12 | 2020-10-16 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Stacja Dializ |  |  |
| 20 | Aparat do hemodializy | 4008S | FRESENIUS | 6VCABJ88 | B-1/221-0003/11 | 2006 | 2 | 12 | 2020-11-02 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Stacja Dializ |  |  |
| 21 | Aparat do hemodializy | 4008S | FRESENIUS | 6VCABJ89 | B-1/221-0004/11 | 2006 | 2 | 12 | 2020-10-16 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Stacja Dializ |  |  |
| 22 | Aparat do hemodializy | 4008S | FRESENIUS | 6VCABJ90 | B-1/221-0005/11 | 2006 | 2 | 12 | 2020-10-11 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Stacja Dializ |  |  |
| 23 | Aparat do hemodializy | 4008S | FRESENIUS | 6VCABJ91 | B-1/221-0006/11 | 2006 | 2 | 12 | 2020-10-11 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Stacja Dializ |  |  |
| 24 | Aparat do hemodializy | 5008 | FRESENIUS | 0VEAN519 | F/ST/54/2011 | 2011 | 1 | 24 | 2021-08-02 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Stacja Dializ |  |  |
| 25 | Aparat do hemodializy | 4008S Classic | FRESENIUS | 1SXA2490 | F/ST/55/2011 | 2011 | 1 | 24 | 2021-09-03 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Stacja Dializ |  |  |
| 26 | Aparat do hemodializy | 4008S Classic | FRESENIUS | 4SXACS29 | F/ST/65/2015 | 2015 | 1 | 24 | 2021-03-04 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Stacja Dializ |  |  |
| 27 | Aparat do hemodializy | 4008S Classic | FRESENIUS | 4SXACS30 | F/ST/66/2015 | 2015 | 1 | 24 | 2021-03-01 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Stacja Dializ |  |  |
| 28 | Aparat do hemodializy | 4008S Classic | FRESENIUS | 4SXACS32 | F/ST/67/2015 | 2015 | 1 | 24 | 2021-03-04 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Stacja Dializ |  |  |
| 29 | Aparat do hemodializy | 5008S | FRESENIUS | 4VSAN875 | F/ST/68/2015 | 2015 | 1 | 24 | 2021-03-01 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Stacja Dializ |  |  |
| 30 | Aparat do hemodializy | 4008S Classic | FRESENIUS | 5SXAHZ34 | F/ST/77/2015 | 2015 | 1 | 24 | 2021-12-14 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Stacja Dializ |  |  |
| 31 | Aparat do hemodializy | 4008S | FRESENIUS | 5SXAHZ33 | F/ST/78/2015 | 2015 | 1 | 24 | 2021-12-14 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Stacja Dializ |  |  |
| 32 | APARAT DO CIĄGŁYCH DIALIZ | MULTIFILTRAT | FRESENIUS | 4MUG1879 | 802-594 | 2015 | 1 | 24 | 2020-11-05 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 72 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 72 – Pompy do żywienia i infuzyjne oraz zgrzewarki - Fresenius Kabi**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Pompa do żywienia dojelitowego | AMIKA | Fresenius Kabi | 22924405 | 43/2016 | 2016 | 1 | 24 | 2020-06-13 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. II |  |  |
| 2 | Zgrzewarka do drenów | COMPOSEAL | FRESENIUS KABI | 1NUA2584 | 434-007 | 2007 | 2 | 12 | 2020-11-28 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Inżynierii Szpiku i Banku Komórek |  |  |
| 3 | Pompa do żywienia dojelitowego | AMIKA | Fresenius Kabi | 22924406 | 44/2016 | 2016 | 1 | 24 | 2020-06-13 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. IV |  |  |
| 4 | Pompa do żywienia dojelitowego | AMIKA | Fresenius Kabi | 23077803 | 45/2016 | 2016 | 1 | 24 | 2020-05-30 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 5 | Pompa do żywienia dojelitowego | AMIKA | Fresenius Kabi | 22924407 | 46/2016 | 2016 | 1 | 24 | 2020-05-30 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 6 | Zgrzewarka dielektryczna | 902406/F3006 | FRESENIUS KABI | 4NU06038 | 801-353/14 | 2014 | 2 | 12 | 2020-05-06 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Inżynierii Szpiku i Banku Komórek |  |  |
| 7 | pompa infuzyjna( wraz z wymianą akmulatorów) | INJECTOMAT AGILIA Z018093 | FRESENIUS KABI | 21937783 | 802-1067 | 2013 | 2 | 12 | 2020-10-03 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 8 | pompa infuzyjna( wraz z wymianą akmulatorów) | INJECTOMAT AGILIA Z018093 | FRESENIUS KABI | 21937763 | 802-1068 | 2013 | 2 | 12 | 2020-12-05 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 9 | pompa infuzyjna( wraz z wymianą akmulatorów) | INJECTOMAT AGILIA Z018093 | FRESENIUS KABI | 21937769 | 802-1069 | 2013 | 2 | 12 | 2020-12-05 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 10 | pompa infuzyjna( wraz z wymianą akmulatorów) | INJECTOMAT AGILIA Z018093 | FRESENIUS KABI | 21937766 | 802-1070 | 2013 | 2 | 12 | 2020-10-05 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 11 | pompa infuzyjna( wraz z wymianą akmulatorów) | INJECTOMAT AGILIA Z018093 | FRESENIUS KABI | 21937765 | 802-1071 | 2013 | 2 | 12 | 2020-10-05 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 12 | pompa infuzyjna( wraz z wymianą akmulatorów) | INJECTOMAT AGILIA Z018093 | FRESENIUS KABI | 21937771 | 802-1072 | 2013 | 2 | 12 | 2020-10-05 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 13 | pompa infuzyjna( wraz z wymianą akmulatorów) | INJECTOMAT AGILIA Z018093 | FRESENIUS KABI | 21937767 | 802-1073 | 2013 | 2 | 12 | 2020-10-05 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 14 | pompa infuzyjna( wraz z wymianą akmulatorów) | INJECTOMAT AGILIA Z018093 | FRESENIUS KABI | 21937770 | 802-1074 | 2013 | 2 | 12 | 2020-10-05 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 15 | pompa infuzyjna( wraz z wymianą akmulatorów) | INJECTOMAT AGILIA Z018093 | FRESENIUS KABI | 21937784 | 802-1075 | 2013 | 2 | 12 | 2020-10-05 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 16 | pompa infuzyjna( wraz z wymianą akmulatorów) | INJECTOMAT AGILIA Z018093 | FRESENIUS KABI | 21937768 | 802-1076 | 2013 | 2 | 12 | 2020-10-05 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 17 | POMPA INFUZYJNA STRZYKAWKOWA | AGILIA Z018093 | FRESENIUS KABI | 22440409 | 802-1166 | 2014 | 1 | 36 | 2021-11-09 | Oddział Otorynolaryngologii |  |  |
| 18 | POMPA INFUZYJNA STRZYKAWKOWA | AGILIA Z018093 | FRESENIUS KABI | 22440410 | 802-1167 | 2014 | 1 | 36 | 2021-11-09 | Oddział Otorynolaryngologii |  |  |
| 19 | POMPA INFUZYJNA STRZYKAWKOWA | AGILIA Z018093 | FRESENIUS KABI | 22440411 | 802-1168 | 2014 | 1 | 36 | 2021-11-09 | Oddział Otorynolaryngologii |  |  |
| 20 | POMPA INFUZYJNA STRZYKAWKOWA | AGILIA Z018093 | FRESENIUS KABI | 22440412 | 802-1169 | 2014 | 1 | 36 | 2021-11-09 | Oddział Otorynolaryngologii |  |  |
| 21 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22569947 | 802-1321 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-21 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 22 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22657476 | 802-1322 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-21 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 23 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22657475 | 802-1323 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-06 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 24 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22657474 | 802-1324 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-21 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 25 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22657473 | 802-1325 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-21 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 26 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22657472 | 802-1326 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-21 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 27 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22657471 | 802-1327 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-21 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 28 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22657470 | 802-1328 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-21 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 29 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22657469 | 802-1329 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-20 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 30 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22657468 | 802-1330 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-21 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 31 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22657467 | 802-1331 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-21 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 32 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22657466 | 802-1332 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-21 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 33 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22657465 | 802-1333 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-20 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 34 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22657459 | 802-1334 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-21 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 35 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22657458 | 802-1335 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-21 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 36 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22657462 | 802-1336 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-21 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 37 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22657461 | 802-1337 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-21 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 38 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22657464 | 802-1338 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-21 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 39 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22657460 | 802-1339 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-20 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 40 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22657457 | 802-1340 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-21 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 41 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22777850 | 802-1341 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-19 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 42 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22777849 | 802-1342 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-21 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 43 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22777862 | 802-1343 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-19 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 44 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22777863 | 802-1344 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-20 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 45 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22777907 | 802-1345 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-20 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 46 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22777905 | 802-1346 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-21 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 47 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22777904 | 802-1347 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-20 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 48 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22714087 | 802-1348 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-21 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 49 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22714086 | 802-1349 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-21 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 50 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22714085 | 802-1350 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-20 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 51 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22777869 | 802-1351 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-20 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 52 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22777870 | 802-1352 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-21 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 53 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22777871 | 802-1353 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-19 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 54 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22777872 | 802-1354 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-20 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 55 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22777873 | 802-1355 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-20 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 56 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22777874 | 802-1356 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-20 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 57 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22777875 | 802-1357 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-20 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 58 | pompa infuzyjna( wraz z wymianą akmulatorów) | INJEKTOMAT MC AGILJA | FRESENIUS KABI | 22777876 | 802-1358 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-30 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 59 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22777877 | 802-1359 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-20 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 60 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22777885 | 802-1360 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-20 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 61 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22777880 | 802-1361 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-20 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 62 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22777887 | 802-1362 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-21 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 63 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22777882 | 802-1363 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-21 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 64 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22777879 | 802-1364 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-20 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 65 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22777909 | 802-1365 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-19 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 66 | pompa infuzyjna( wraz z wymianą akmulatorów) | INJEKTOMAT MC AGILJA | FRESENIUS KABI | 22777881 | 802-1366 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-30 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 67 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22777883 | 802-1367 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-20 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 68 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22777886 | 802-1368 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-21 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 69 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22777878 | 802-1369 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-20 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 70 | pompa infuzyjna | VOLUMAT MC AGILIA | Fresenius Kabi | 22777884 | 802-1370 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-19 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 71 | pompa infuzyjna( wraz z wymianą akmulatorów) | INJEKTOMAT MC AGILJA | FRESENIUS KABI | 23437820 | 802-1552 | 2017 | 1 | 36 | 2020-07-10 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 72 | pompa infuzyjna( wraz z wymianą akmulatorów) | INJEKTOMAT MC AGILJA | FRESENIUS KABI | 23437918 | 802-1552 | 2017 | 1 | 36 | 2020-07-10 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 73 | pompa infuzyjna( wraz z wymianą akmulatorów) | INJEKTOMAT MC AGILJA | FRESENIUS KABI | 23437821 | 802-1552 | 2017 | 1 | 36 | 2020-07-10 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 74 | pompa infuzyjna( wraz z wymianą akmulatorów) | INJEKTOMAT MC AGILJA | FRESENIUS KABI | 23437822 | 802-1552 | 2017 | 1 | 36 | 2020-07-10 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 75 | pompa infuzyjna( wraz z wymianą akmulatorów) | INJEKTOMAT MC AGILJA | FRESENIUS KABI | 23437823 | 802-1552 | 2017 | 1 | 36 | 2020-07-10 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 76 | pompa infuzyjna( wraz z wymianą akmulatorów) | INJEKTOMAT MC AGILJA | FRESENIUS KABI | 23437824 | 802-1552 | 2017 | 1 | 36 | 2020-07-10 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 77 | Stacja dokująca | LINK 6 | FRESENIUS KABI | 23495365 | 802-1552 | 2017 | 1 | 36 | 2020-07-10 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 78 | Pompa do żywienia dojelitowego | AMBIX ACTIV | Fresenius Kabi | 23015004 | 802/667/U/2016 | 2015 | 1 | 24 | 2020-05-30 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 79 | Pompa do żywienia dojelitowego | AMBIX ACTIV | Fresenius Kabi | 22444630 | 802/670/U/2016 | 2015 | 1 | 24 | 2020-06-01 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 80 | pompa infuzyjna | INJECTOMAT AGILIA | Fresenius Kabi | 22777855 | 8021314/15 | 2015 | 2 | 12 | 2020-05-13 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 81 | pompa infuzyjna | INJECTOMAT AGILIA | Fresenius Kabi | 22777854 | 8021315/15 | 2015 | 2 | 12 | 2020-05-13 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 82 | pompa infuzyjna | INJECTOMAT AGILIA | Fresenius Kabi | 22777853 | 8021316/15 | 2015 | 2 | 12 | 2020-05-13 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 83 | pompa infuzyjna | INJECTOMAT AGILIA | Fresenius Kabi | 22777852 | 8021317/15 | 2015 | 2 | 12 | 2020-05-13 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 84 | pompa infuzyjna | INJECTOMAT AGILIA | Fresenius Kabi | 22777851 | 8021318/15 | 2015 | 2 | 12 | 2020-05-13 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 85 | pompa infuzyjna | INJECTOMAT AGILIA | Fresenius Kabi | 22777859 | 8021319/15 | 2015 | 2 | 12 | 2020-05-13 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 86 | pompa infuzyjna | INJECTOMAT AGILIA | Fresenius Kabi | 22777868 | 8021320/15 | 2015 | 2 | 12 | 2020-05-13 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 87 | pompa infuzyjna( wraz z wymianą akmulatorów) | INJEKTOMAT MC AGILJA | FRESENIUS KABI | 22777908 | B-1/200-0001/15 | 2015 | 1 | 36 | 2021-09-18 | Oddział Otorynolaryngologii - Blok Operacyjny |  |  |
| 88 | pompa infuzyjna | INJECTOMAT AGILIA | Fresenius Kabi | 22777848 | B-1/200-0002/15 | 2015 | 2 | 12 | 2020-05-13 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 89 | pompa infuzyjna | INJECTOMAT AGILIA | Fresenius Kabi | 22777888 | B-1/200-0003/15 | 2015 | 2 | 12 | 2020-05-13 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 90 | pompa infuzyjna | INJECTOMAT AGILIA | Fresenius Kabi | 22777889 | B-1/200-0004/15 | 2015 | 2 | 12 | 2020-05-13 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 91 | pompa infuzyjna | INJECTOMAT AGILIA | Fresenius Kabi | 22777890 | B-1/200-0005/15 | 2015 | 2 | 12 | 2020-05-13 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 92 | pompa infuzyjna | INJECTOMAT AGILIA | Fresenius Kabi | 22777891 | B-1/200-0006/15 | 2015 | 2 | 12 | 2020-05-13 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 93 | pompa infuzyjna | INJECTOMAT AGILIA | Fresenius Kabi | 22777892 | B-1/200-0007/15 | 2015 | 2 | 12 | 2020-05-13 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 94 | pompa infuzyjna | INJECTOMAT AGILIA | Fresenius Kabi | 22777860 | B-1/200-0008/15 | 2015 | 2 | 12 | 2020-05-13 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 95 | pompa infuzyjna | INJECTOMAT AGILIA | Fresenius Kabi | 22777861 | B-1/200-0009/15 | 2015 | 2 | 12 | 2020-05-13 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 96 | pompa infuzyjna | INJECTOMAT AGILIA | Fresenius Kabi | 22777858 | B-1/200-0010/15 | 2015 | 2 | 12 | 2020-05-13 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 97 | pompa infuzyjna | INJECTOMAT AGILIA | Fresenius Kabi | 22777857 | B-1/200-0011/15 | 2015 | 2 | 12 | 2020-05-13 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 98 | pompa infuzyjna | INJECTOMAT AGILIA | Fresenius Kabi | 22777856 | B-1/200-0012/15 | 2015 | 2 | 12 | 2020-05-13 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 73 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 73 – System cyfrowej obróbki zdjęć RTG FCR Fuji Film,**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | SYSTEM CYFROWEJ OBROBKI ZDJĘĆ RTG FCR: | (część systemu: CZYTNIK PŁYT OBRAZOWYCH XG- | Fuji Film | 57035121B, | A-7/034-0001/18 | 2011 | 2 | 12 | 2020-12-26 | Zakład Radiologii |  |  |
| 2 | SYSTEM CYFROWEJ OBROBKI ZDJĘĆ RTG FCR: | 1. Czytmik płyt Fujifilm FCR XG-1 2. Konsola techniczna (Bucky)   Stacja robocza-komputer  Monitor EIZO Ups EVER Sinline   1. Konsola techniczna Reymont   Stacja robocza Optiplex 780 Ups Eaton mod. 5E500I, Monitor Eizo flexscan I362T, | Fuji Film | 1. Czytnik płyt sn:57035121B  2. Konsola techniczna (Bucky)  Stacja robocza-komputer sn: JC7J35J  Monitor EIZO sn:35782114  Ups EVER Sinline 1200 E0366507   1. Konsola techniczna Reymont   Stacja robocza sn:707J35J,  Ups sn G460F37156, Monitor, sn:35831114, | A-7/034-0001/18,  491-775/11  A-7/010-0003/18491-776/11 A-7/010-0002/18 | 2011-2018 | 2 | 12 | 2020-06-19 | Zakład Radiologii |  |  |
| 3 | ZESTAW DO ENDOSKOPII Z TOREM FUJIFILM (MONITOR LCD, PROCESOR WIZJI MOD VP3500HD, VIDEOGASTROSKOP, ŹRÓDŁO ŚWIATŁA XL 4450, SSAK ASKIR 30, WÓZEK) | MONITOR LCD, PROCESOR WIZJI MOD VP3500HD, VIDEOGASTROSKOP, ŹRÓDŁO ŚWIATŁA XL 4450, SSAK ASKIR 30, WÓZEK | Fujifilm | 19PAAF3500010, 1V609K772, SN-1G374K902, ZSO094K964, 61493, 0000LA1185) | 802-1500 | 2016 | 2 | 12 | 2020-09-06 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej I Transplantacyjnej - Pracownia Endoskopii |  |  |
| 4 | DRUKARKA RTG | DRYPIX PRIMA | FUJI | 26900422 | 802-996/13 | 2013 | 2 | 12 | 2020-06-30 | Zakład Radiologii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 74 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 74 – Videokolonoskop – FUJINION**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za aparat** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | VIDEOKOLONOSKOP | EC-530FI | FUJINION | 1C653K310 | 802-1500 | 2016 | 4 | 6 | 2020-01-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Pracownia Endoskopii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

.**Załącznik nr 751 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 75 – Aparat do naświetlań preparatów – GAMBRO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Aparat do naświetlań preparatów | IBL 437 C | GAMBRO | 92376 | 802-270/93 | 1993 | 2 | 12 | 2020-05-10 | Pracownia Napromieniowania Krwi |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 76 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 76 – Aparat USG – GE Healthcare**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | DEFIBRYLATOR Marquette | RESPONDER 3000 | GE Medical System | 101128779 | 802-583/04 | 2004 | 2 | 12 | 2020-06-27 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 2 | APARAT USG | Logiq e BT11 | GE Medical Systems | 212174WX7 | 802-923 | 2011 | 2 | 12 | 2020-04-26 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. III |  |  |
| 3 | Aparat USG | Logiq C5 Premium | GE Healthcare | 245810WX7 | F/ST/58/2012 | 2012 | 2 | 12 | 2020-06-16 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 77 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 77 – Densytometr – General Elektric**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| **1** | **Densytometr** | **PRDGY ADVANCE** | **General Elektric** | **301450** | **802-719** | **2007** | **2** | **12** | **2020-01-29** | **Pracownia Densytometrii** |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 78 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 78 –** **Urządzenie do oczyszczania powietrza – GENANO – LTD,**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Urządzenie do oczyszczania powietrza | GENANO 310 | GENANO LTD | 3101996 | 802-1409/15 | 2015 | 4 | 6 | 2020-05-30 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. V |  |  |
| 2 | Urządzenie do oczyszczania powietrza | GENANO 310 | GENANO LTD | 3101997 | 802-1410/15 | 2015 | 4 | 6 | 2020-05-30 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 3 | Urządzenie do oczyszczania powietrza | GENANO 310 | GENANO LTD | 3101995 | 802-1411/15 | 2015 | 4 | 6 | 2020-05-30 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 4 | Urządzenie do oczyszczania powietrza | GENANO 310 | GENANO LTD | 3101999 | 802-1412/15 | 2015 | 4 | 6 | 2020-05-30 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 5 | Urządzenie do oczyszczania powietrza | GENANO 310 | GENANO LTD | 3101998 | 802-1413/15 | 2015 | 4 | 6 | 2020-05-30 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 79 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 79 – Macerator – HAIGH**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Macerator | S+ | HAIGH | 1132D-1-1176 | 802-885 | 2011 | 2 | 12 | 2020-09-27 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 2 | Macerator | S+ | HAIGH | 1132D-1/1240 | 802-928 | 2011 | 2 | 12 | 2020-09-27 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. IV |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 80 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 80 – Zgrzewarki rotacyjne – HAWO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Urządzenie do cięcia torebek i zgrzewania | HM 800 AS | HAWO | 489271 | 434 - 010 | 2016 | 2 | 12 | 2020-10-09 lub po 30 tys. godzin | Centralna Sterylizatornia |  |  |
| 2 | ZGRZEWARKA ROTACYJNA Z KLAWIATURĄ I PODAJNIKIEM ROLKOWYM | DC-V 210 | HAWO | 429804/0708 | 434-008 | 2008 | 4 | 6 | 2020-07-30 | Centralna Sterylizatornia |  |  |
| 3 | Zgrzewarka rotacyjna | 3010DC-V | HAWO | SM452414 | 434-009 | 2011 | 2 | 12 | 2020-08-14 | Centralna Sterylizatornia |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 81 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 81 – Inkubator do hodowli komórek - HERAEUS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Inkubator do hodowli komórek | BB-16 | HERAEUS | 94103290 | 801-101 | 1993 | 2 | 12 | 2020-11-22 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Cytogenetyki |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy)

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 82 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 82 – Łóżko do intensywnej terapii z materacem przeciwodleżynowym – HILL ROM**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | ŁÓŻKO SZPITALNE Z WAGĄ | AVANT GUARD 1600 Ability | HILL ROM | HRP002327092 | 802-1012 | 2013 | 2 | 12 | 2020-08-26 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. III |  |  |
| 2 | ŁÓŻKO SZPITALNE Z WAGĄ | AVANT GUARD 1600 Ability | HILL-ROM | HRP002327090 | 802-1013 | 2013 | 2 | 12 | 2020-09-24 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 3 | ŁÓŻKO SZPITALNE Z WAGĄ | AVANT GUARD 1600 Ability | HILL-ROM | HRP 002327091 | 802-1014 | 2013 | 2 | 12 | 2020-09-24 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 4 | ŁÓŻKO SZPITALNE Z WAGĄ | AVANT GUARD 1600 Ability | HILL-ROM | HRP002327625 | 802-1015 | 2013 | 2 | 12 | 2020-09-24 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 5 | ŁÓŻKO SZPITALNE Z WAGĄ | AVANT GUARD 1600 Ability | HILL-ROM | HRP002327649 | 802-1016 | 2013 | 2 | 12 | 2020-09-24 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 6 | ŁÓŻKO SZPITALNE Z WAGĄ | AVANT GUARD 1600 Ability | HILL ROM | HRP002375621 | 802-1108 | 2013 | 2 | 12 | 2020-08-26 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. II |  |  |
| 7 | ŁÓŻKO SZPITALNE Z WAGĄ | AVANT GUARD 1600 Ability | HILL ROM | HRP002375619 | 802-1109 | 2013 | 2 | 12 | 2020-08-26 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 8 | ŁÓŻKO DO INTENSYWNEJ TERAPII Z MATERACEM PRZECIWODLEŻYNOWYM | AVANT GUARD 1600 | HILL ROM | HRP002563102 - MATERAC, 14AG1803 POMPA | 802-1405 | 2015 | 2 | 12 | 2020-11-16 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 9 | ŁÓŻKO DO INTENSYWNEJ TERAPII Z MATERACEM PRZECIWODLEŻYNOWYM | AVANT GUARD 1600 | HILL ROM | HRP002563101 - MATERAC, 14AG1802 POMPA | 802-1406 | 2015 | 2 | 12 | 2020-11-16 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 10 | ŁÓŻKO DO INTENSYWNEJ TERAPII Z MATERACEM PRZECIWODLEŻYNOWYM | AVANT GUARD 1600 | HILL ROM | HRP002563103 - MATERAC, 14AG1801 POMPA | 802-1407 | 2015 | 2 | 12 | 2020-11-15 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 11 | ŁÓŻKO DO INTENSYWNEJ TERAPII Z MATERACEM PRZECIWODLEŻYNOWYM | AVANT GUARD 1600 | HILL ROM | HRP002563104 - MATERAC, 14AG1800 | 802-1408 | 2015 | 2 | 12 | 2020-11-21 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 12 | ŁÓŻKO DO INTENSYWNEJ TERAPII Z MATERACEM PRZECIWODLEŻYNOWYM | AVANT GUARD 1600 | HILL ROM | HRP002623759 - MATERAC, 16AG0274 POMPA | 802-1486 | 2016 | 2 | 12 | 2020-12-17 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 13 | ŁÓŻKO DO INTENSYWNEJ TERAPII Z MATERACEM PRZECIWODLEŻYNOWYM | AVANT GUARD 1600 | HILL ROM | HRP002624017 - MATERAC, 16AG0278 | 802-1487 | 2016 | 2 | 12 | 2020-11-06 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 14 | ŁÓŻKO DO INTENSYWNEJ TERAPII Z MATERACEM PRZECIWODLEŻYNOWYM | AVANT GUARD 1600 | HILL ROM | HRP002623646 - MATERAC, 16AG0280 POMPA | 802-1488 | 2016 | 2 | 12 | 2020-11-29 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 15 | ŁÓŻKO DO INTENSYWNEJ TERAPII Z MATERACEM PRZECIWODLEŻYNOWYM I SZAFKĄ | PRIMO | HILL ROM | HRP002623806 - MATERAC, 16AG0279 - POMPA | 802-1489 | 2016 | 2 | 12 | 2020-08-27 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 16 | Łóżko do intensywnej terapii wyposażone w system pomiaru masy ciała | AVANT GUARD 1600 Ability | HILL-ROM | HPR0020 86036 | 802-914/11 | 2011 | 2 | 12 | 2020-04-30 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 17 | Łóżko do intensywnej terapii wyposażone w system pomiaru masy ciała | AVANT GUARD 1600 Ability | HILL-ROM | HPR 002086030 | 802-915/11 | 2011 | 2 | 12 | 2020-04-30 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 18 | Łóżko do intensywnej terapii wyposażone w system pomiaru masy ciała | AVANT GUARD 1600 Ability | HILL-ROM | HPR002086025 | 802-916/11 | 2011 | 2 | 12 | 2020-04-30 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 19 | ŁÓŻKO DO INTENSYWNEJ TERAPII Z MATERACEM PRZECIWODLEŻYNOWYM I SZAFKĄ | 405 | HILL ROM | NOS3HE0516 | 802-944 | 2012 | 2 | 12 | 2020-10-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. IV |  |  |
| 20 | ŁÓŻKO DO INTENSYWNEJ TERAPII Z MATERACEM PRZECIWODLEŻYNOWYM I SZAFKĄ | 405 | HILL ROM | NOS3HE0489 | 802-945 | 2012 | 2 | 12 | 2020-10-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. IV |  |  |
| 21 | ŁÓŻKO DO INTENSYWNEJ TERAPII Z MATERACEM PRZECIWODLEŻYNOWYM I SZAFKĄ | 405 | HILL ROM | NOS3HE05497 | 802-946 | 2012 | 2 | 12 | 2020-10-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. IV |  |  |
| 22 | ŁÓŻKO DO INTENSYWNEJ TERAPII Z MATERACEM PRZECIWODLEŻYNOWYM I SZAFKĄ | 405 | HILL ROM | NOS3HE0469 | 802-947 | 2012 | 2 | 12 | 2020-10-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. IV |  |  |
| 23 | ŁÓŻKO DO INTENSYWNEJ TERAPII Z MATERACEM PRZECIWODLEŻYNOWYM I SZAFKĄ | 405 | HILL ROM | NOS3HE0499 | 802-948 | 2012 | 2 | 12 | 2020-10-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. IV |  |  |
| 24 | ŁÓŻKO DO INTENSYWNEJ TERAPII Z MATERACEM PRZECIWODLEŻYNOWYM I SZAFKĄ | 405 | HILL ROM | NOS3HE0514 | 802-949 | 2012 | 2 | 12 | 2020-10-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. I |  |  |
| 25 | ŁÓŻKO DO INTENSYWNEJ TERAPII Z MATERACEM PRZECIWODLEŻYNOWYM I SZAFKĄ | 405 | HILL ROM | NOS3HE0515 | 802-950 | 2012 | 2 | 12 | 2020-10-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. IV |  |  |
| 26 | ŁÓŻKO DO INTENSYWNEJ TERAPII Z MATERACEM PRZECIWODLEŻYNOWYM I SZAFKĄ | 405 | HILL ROM | NOS3HE0470 | 802-951 | 2012 | 2 | 12 | 2020-10-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. IV |  |  |
| 27 | ŁÓŻKO SZPITALNE Z WAGĄ | TOTAL CARE | HILL ROM | L333AM1845 | 802-952 | 2012 | 2 | 12 | 2020-11-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 28 | ŁÓŻKO INTENSYWNEGO NADZORU POOPERACYJNEGO | 1600 | HILL ROM | HRP0021536657 | 802-953 | 2012 | 2 | 12 | 2020-10-06 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 29 | ŁÓŻKO INTENSYWNEGO NADZORU POOPERACYJNEGO | 1600 | HILL ROM | HRP0021536587 | 802-954 | 2012 | 2 | 12 | 2020-10-06 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 83 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 83 – Pompa infuzyjna objętościowa – Hospira inc (Promed)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Pompa infuzyjna objętościowa | Plum A Plus | Hospira inc (promed) | 16702657 | 802-858 | 2009 | 2 | 12 | 2020-10-11 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. I |  |  |
| 2 | Pompa infuzyjna objętościowa | Plum A Plus | Hospira inc (promed) | 16702658 | 802-859 | 2009 | 2 | 12 | 2020-10-11 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. II |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 84 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 84 – Kompaktowy system do naświetlań stóp i dłoni CP-4/3 PUVA, UVB- ¾ – HYDROSUM**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | KOMPAKTOWY SYSTEM DO NAŚWIETLAŃ STÓP I DŁONI CP-4/3 PUVA, UVB- 3/4 | CP-4 | HYDROSUM | 13210001 | 802-00001 | 2013 | 2 | 12 | 2020-11-09 | Oddział Dermatologii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 85 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 85 – Miernik luminacji z daetektorem 7803m, system do kontroli jakości IBA – IBA DOSIMETRY GMBH**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | MIERNIK LUMINACJI Z DAETEKTOREM | LXCAN, LX-LS | 7803M | 7803M, 14865 | 802-788 | 2009 | 1 | 24 | 2021-08-07 | Zakład Radiologii |  |  |
| 2 | SYSTEM DO KONTROLI JAKOŚCI IBA: | DOZYMETR DOSIMAX PLUS i NR 09-90039 | IBA DOSIMETRY GMBH | B241407645 | 802-788/09 | 2008 | 2 | 12 | 2020-08-01 | Zakład Radiologii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 86 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 86 – Aparat do pomiaru stężeń kwasów nukleinowych Nanophotometr – IMPLEN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Aparat do pomiaru stężeń kwasów nukleinowych Nanophotometr | P-330 | IMPLEN | 6014 | 801-339 | 2013 | 2 | 12 | 2020-11-25 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Biol. Molekularnej |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy)

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 87 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 87 – Neurostymulator – Inomed Medizintechnik**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Neurostymulator | C2 | Inomed Medizintechnik | 16K297 | 802-1546 | 2017 | 2 | 12 | 2020-05-20 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej Blok Operacyjny |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy)

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 88 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 88 – Urządzenie do szybkiego badania czadu krzepnięcia – International Technik**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | URZĄDZENIE DO SZYBKIEGO BADANIA CZASU KRZEPNIĘCIA | Hemochron | International Technik | HR5784 | 802-759 | 2008 | 2 | 12 | 2020-11-21 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy)

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 89 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 89 – Urządzenie do ogrzewania powierzchniowego pacjenta – ISTAMBUŁ MEDICAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | URZĄDZENIE DO OGRZEWANIA POWIERZCHNIOWEGO PACJENTA | W-300 | ISTAMBUL MEDICAL | 300K1411014 | 802-1188 | 2014 | 2 | 12 | 2020-11-22 | Oddział Otorynolaryngologii - Blok Operacyjny |  |  |
| 2 | URZĄDZENIE DO OGRZEWANIA POWIERZCHNIOWEGO PACJENTA | W-300 | ISTAMBUL MEDICAL | 300C1302003 | 802-971 | 2013 | 1 | 24 | 2020-05-22 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 3 | System do ogrzewania pacjenta (materac grzewczy) | IMI90MS, W-300 | Istanbul Medical Turcja | 1905OB1301017A ( 300C1302007) | 802-972/13 | 2013 | 2 | 12 | 2020-05-02 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej Blok Operacyjny |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 90 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 90 – Pompa infuzyjna IVAC P4000 – IVAC**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Pompa infuzyjna IVAC P4000 | P4000 | IVAC | 4000-02693 | A-1/193-0001/07 | 1995 | 2 | 12 | 2020-11-02 | Oddział Otorynolaryngologii - Blok Operacyjny |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 91 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 91 – Zestaw do laparoskopii i bronchofiberoskop – KARL STORZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | ZESTAW DO LAPAROSKOPII KARL STORZ: 1.   Sterownik kamery  2.  Źródło światła 3.  Pompa ssąco tłocząca  4.  Insuflator 5.   System do archiwizacji 6.  Monitor główny 7. Monitor poglądowy 8.  Kamerai | 1.333020  2. Xenon Nova 175  3.Endomat HA MOU 4.Endoflator  5. Aida Compact Neo HD  6.Prolite 7.9619NB/KS19 8.1HDTV | KARL STORZ | 1.   VW706901-P 2.   0W0687061 3.   UW 29803-B 4.   WW12257 5.   KSB13774  6.  11123327000886 7.  51304068RW007 8.  WW823915-H IMAGE | 802-1077/13 | 2013 | 2 | 12 | 2020-04-19 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 2 | Bronchofiberoskop – fiberoskop intubacyjny | 11301BN1 | KARL STORZ | 1032099 | 802-704 | 2006 | 2 | 12 | 2020-12-14 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej Blok Operacyjny |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 92 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 92 – Unit stomatologiczny – KAVO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Unit stomatologiczny | E80C | KAVO | 2013-10100661 | 802-1002/13 | 2013 | 2 | 12 | 2020-07-09 | Poradnia Chirurgii Szczękowo - Twarzowej |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 93 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 93 – Aparat do podciśnieniowej metody leczenia ran V.A.C. – KCI,**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | APARAT DO PODCIŚNIENIOWEJ METODY LECZENIA RAN V.A.C | INFO V.A.C. | KCI | VGFR80118 | 802-1438/16 | 2015 | 2 | 12 | 2020-07-31 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. II |  |  |
| 2 | APARAT DO PODCIŚNIENIOWEJ METODY LECZENIA RAN V.A.C | Ultra Therapy Unit | KCI | VFVS00666 | 802-1491 | 2016 | 2 | 12 | 2020-11-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. II |  |  |
| **WARTOŚĆ OFERTY:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy)

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 94 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 94 – Myjnia basenów - dezynfekator – KEN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Myjnia basenów - dezynfekator | BWD731 | KEN | 62834 | 802-1240 | 2015 | 2 | 12 | 2020-09-24 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 2 | Myjnia basenów - dezynfekator | BWD731 | KEN | 62835 | 802-1241 | 2015 | 2 | 12 | 2020-09-24 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 3 | Myjnia basenów - dezynfekator | BWD731 | KEN | 62833 | 802-1242 | 2015 | 2 | 12 | 2020-09-24 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. V |  |  |
| 4 | Myjnia basenów - dezynfekator | BWD731 | KEN | 62839 | 802-1243 | 2015 | 2 | 12 | 2020-09-24 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. IV |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy)

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 95 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 95 – Stół operacyjny zabiegowy, Materac przeciwodleżynowy – Konkret**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Stół operacyjny zabiegowy | Amber | Konkret | AM2016/06/001 | 802-1510 | 2016 | 2 | 12 | 2020-08-08 | Oddział Dermatologii |  |  |
| 2 | Materac przeciwodleżynowy | ADS Basic | Konkret | B071067 | B-1/239-0001/16 | 2016 | 2 | 12 | 2020-08-08 | Oddział Dermatologii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 96 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 96 – Aparat do kriochirurgii Kriomedpol – KRIOPOL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przeglkąd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Aparat do kriochirurgii | K26 | Kriomedpol | 102/12/2010 | 802-00001/11 | 2010 | 2 | 12 | 2020-05-08 | Oddział Dermatologii |  |  |
| 2 | Aparat do kriochirurgii | K26 | Kriomedpol | 040/03/2013 | 802-1003/13 | 2013 | 2 | 12 | 2020-06-11 | Poradnia Chirurgii Szczękowo - Twarzowej |  |  |
| 3 | Aparat do kriochirurgii | K26 | Kriomedpol | 041/03/2013 | 802-1004/13 | 2013 | 2 | 12 | 2020-06-11 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej Blok Operacyjny |  |  |
| 4 | Aparat do kriochirurgii | K-26-M1 | KRIOPOL | 19 | 802-382 | 1996 | 2 | 12 | 2020-12-19 | Oddział Otorynolaryngologii - Blok Operacyjny |  |  |
| 5 | Urządzenie do kriochirurgii | K-26-M1 | KRIOMEDPOL | 49 | 802-745 | 2002 | 2 | 12 | 2020-10-30 | Oddział Dermatologii |  |  |
| 6 | Aparat do kriochirurgii | K-26 | KRIOMEDPOL | 802372 | B-1/0018-0001/09 | 1996 | 2 | 12 | 2020-10-30 | Oddział Dermatologii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 97 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 97 – Sekwenator oraz Aparat do Real Time PCR – Life Technologies**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | SEKWENATOR | 3500 GENETIC ANALYZER | LIFE TECHNOLOGIES | 22121-061 | 801-299 | 2010 | 2 | 12 | 2020-03-01 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Biol. Molekularnej |  |  |
| 2 | Aparat do Real Time PCR | 7500 Fast DX INSTRUMENT | LIFE TECHNOLOGIES | 275030574 | 801-334/13 | 2013 | 2 | 12 | 2020-05-05 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Biol. Molekularnej |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 98 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 98 – Fotel dializacyjny LIKAMED – Fresenius Medical Care**,

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Fotel dializacyjny | NOVO CE220 | Likamed-FRESENIUS MEDICAL CARE | 1DLL0749 | 802-1017 | 2001 | 1 | 24 | 2021-08-05 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 2 | Fotel dializacyjny | NOVO CE220 | Likamed-FRESENIUS MEDICAL CARE | 1DLL0118 | 802-1018 | 2001 | 1 | 24 | 2021-08-05 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 3 | Fotel dializacyjny | NOVO CE200 | Likamed -FRESENIUS MEDICAL CARE | 0DLL2341 | 802-505 | 2000 | 1 | 24 | 2021-08-05 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 4 | Fotel dializacyjny | NOVO CE200 | Likamed -FRESENIUS MEDICAL CARE | 0DLL1750 | 802-506 | 2000 | 1 | 24 | 2021-08-05 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 5 | Fotel dializacyjny | NOVO CE200 | Likamed -FRESENIUS MEDICAL CARE | 0DLL1751 | 802-507 | 2000 | 1 | 24 | 2021-08-05 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 6 | Fotel dializacyjny | NOVO X220 | Likamed -FRESENIUS MEDICAL CARE | 3XCL0569 | 802-571 | 2003 | 1 | 24 | 2021-08-05 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 7 | Fotel dializacyjny | NOVO X220 | Likamed -FRESENIUS MEDICAL CARE | 3XCL0907 | 802-572 | 2003 | 1 | 24 | 2021-08-05 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 8 | Fotel dializacyjny | NOVO X220 | Likamed -FRESENIUS MEDICAL CARE | 3XCL0908 | 802-573 | 2003 | 1 | 24 | 2021-08-05 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 9 | Fotel dializacyjny | NOVO X220 | Likamed -FRESENIUS MEDICAL CARE | 3XCL0909 | 802-574 | 2003 | 1 | 24 | 2021-08-05 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 10 | Fotel dializacyjny | NOVO X220 | Likamed -FRESENIUS MEDICAL CARE | 3XCL0910 | 802-575 | 2003 | 1 | 24 | 2021-08-05 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. – koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 99 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 99 – Łóżko elektryczne z wagą – Linet**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Łóżko elektryczne z wagą | Eleganza 3XC | Linet | 20160274237 | 802-1504 | 2016 | 2 | 12 | 2020-08-08 | Oddział Dermatologii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 100 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 100 – Urządzenie do oczyszczania powietrza – GENANO LTD**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Urządzenie do oczyszczania powietrza | GENANO 310 | GENANO LTD | 3101059 | 802-827/09 | 2009 | 4 | 6 | 2020-05-30 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku – Poradnia |  |  |
| 2 | Urządzenie oczyszczające powietrze | GENANO 310 | GENANO LTD | 3100908 | 802-828 | 2009 | 4 | 6 | 2020-05-30 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. III |  |  |
| 3 | Urządzenie oczyszczające powietrze | GENANO 310 | GENANO LTD | 3101523 | 802-925 | 2011 | 4 | 6 | 2020-05-30 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 4 | Urządzenie oczyszczające powietrze | GENANO 310 | GENANO LTD | 3101522 | 802-926 | 2011 | 4 | 6 | 2020-05-30 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. III |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 101 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 101 – Audiometry oraz Mostki impendancyjne – MADSEN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Mostek impendancyjny | Zodiac 901 Madsen | MADSEN | 36393 | 802-258 | 1992 | 2 | 12 | 2020-10-30 | Pracownia Audiometrii |  |  |
| 2 | Audiometr | Midimate 622 | MADSEN | 36831 | 802-259 | 1992 | 2 | 12 | 2020-08-30 | Pracownia Audiometrii |  |  |
| 3 | Mostek impendancyjny | Zodiac 901 Madsen | MADSEN | 265490 | 802-713 | 2007 | 2 | 12 | 2020-09-30 | Pracownia Audiometrii |  |  |
| 4 | Audiometr kliniczny (w ramach przeglądu aparatu należy skalibrować go z zestawem Audio JBL STUDIO (wzmacniacz, odtwarzacz CD oraz głośniki) do badań audiometrii tonalnej i słownej w przestrzeni. | ITERA 2A | MADSEN | 209160 | 802-595 | 2004 | 2 | 12 | 2020-09-20 | Pracownia Audiometrii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 102 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 102 – Holtery RR – MDS BOSO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |  |
| 1 | SYSTEM HOLTERA CIŚNIENIA | TM-2430 | MDS BOSO | MO 714633 | 802-715 | 2007 | 2 | 12 | 2020-05-22 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej - Pracownia EKG |  |  |  |
| 2 | Holter RR | TM2430 | MDS BOSO | M0714644 | 802-717 | 2007 | 2 | 12 | 2020-10-26 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |  |
| 3 | Holter RR | TM2430 | MDS BOSO | M0714634 | 802-718 | 2007 | 2 | 12 | 2020-10-26 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |  |
| 4 | Aparat do 24 godzinnego monitorowania ciśnienia (Holter RR) | TM2430 | MDS BOSO | M0720443 | 802-822/09 | 2009 | 2 | 12 | 2020-05-22 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 103 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 103 – Urządzenie piezoelektryczne – Mectron SPA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Urządzenie piezoelektryczne | Piezosurgery II | Mectron | 070KF071 | 802-003 | 2008 | 2 | 12 | 2020-10-26 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej Blok Operacyjny |  |  |
| 2 | Urządzenie piezoelektryczne | Piezosurgery White | Mectron SPA | 415005275 | 802-1549 | 2017 | 2 | 12 | 2020-10-26 | Poradnia Chirurgii Szczękowo - Twarzowej |  |  |
| **WARETOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 104 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 104 – Aparat do fotoimmunoterapii – MED. TECH SOLUTION**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Aparat do fotoimmunoterapii (część składowa separatora komórkowego) | UVA PIT System | MED. TECH SOLUTION | 2013-20168 | 801-328/13 | 2013 | 2 | 12 | 2020-05-21 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku – Poradnia |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 105 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 105 – Urządzenie do terapii światłem spolaryzowanym Solaris + stolik medyczny – Medicolux**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Urządzenie do terapii światłem spolaryzowanym Solaris + stolik medyczny | Solaris | Medicolux | 708971 | A-1/0227-0001/13 | 2007 | 2 | 12 | 2020-05-09 | Oddział Dermatologii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 106 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 106 – Lampy operacyjne – MEDILAND,**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | LAMPA OPERACYJNO - ZABIEGOWA | Mediled 6 | MEDILAND | 2120504008002 | 802-1140 | 2012 | 2 | 12 | 2020-09-21 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. IV |  |  |
| 2 | LAMPA OPERACYJNA | Mediled 4 | MEDILAND | 2120330016002 | 802-1141 | 2013 | 2 | 12 | 2020-09-21 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 3 | LAMPA OPERACYJNA | Mediled 3 | MEDILAND | 612077022088 | 802-1142 | 2012 | 2 | 12 | 2020-09-21 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. II |  |  |
| 4 | LAMPA ZABIEGOWA 3 ogniskowa | Mediled 4 | MEDILAND | 2120220007002 | 802-1143 | 2012 | 2 | 12 | 2020-09-21 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Poradnia Chirurgiczna |  |  |
| 5 | LAMPA ZABIEGOWA 3 ogniskowa | Mediled 4 | MEDILAND | 2120220007001 | 802-1144 | 2012 | 2 | 12 | 2020-09-21 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Poradnia Chirurgiczna |  |  |
| 6 | LAMPA ZABIEGOWA 3 ogniskowa | Mediled 4 | MEDILAND | 2120330016001 | 802-1145 | 2012 | 2 | 12 | 2020-09-21 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Poradnia Chirurgiczna |  |  |
| 7 | LAMPA OPERACYJNA MEDILAD 76CA24, MONITOR MEDYCZNY KT-E240FEE | Mediled 76 CA24 | MEDILAND | 2120330015002, 12E240F6A034 | 802-1146 | 2012 | 2 | 12 | 2020-09-21 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 8 | LAMPA OPERACYJNA MEDILAD 76CA24, MONITOR MEDYCZNY KT-E240FEE | Mediled 76 CA24 | MEDILAND | 2120330015001 | 802-1147 | 2012 | 2 | 12 | 2020-09-21 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 9 | LAMPA OPERACYJNA | Mediled 6 | MEDILAND | 2120504008001 | 802-1148 | 2012 | 2 | 12 | 2020-09-21 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 107 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 107 – Myjnia do basenów – MEDIM**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Myjnia do basenów | Tuttnauer | MEDIM | 901030 | 802-820 | 2009 | 2 | 12 | 2020-01-10 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej |  |  |
| 2 | Myjnia do basenów | Tuttnauer | MEDIM | 901031 | 802-821 | 2009 | 2 | 12 | 2020-01-10 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 108 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 108 – Kabina do terapii światłem UV – MEDISUM**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| **1** | **KABINA DO TERAPII ŚWIATŁEM UV** | **2800-PC-44-AB** | **MEDISUM** | **746** | **802-0009** | **2007** | **2** | **12** | **2020-09-23** | **Oddział Dermatologii** |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 109 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 109 – Automatyczny wstrzykiwacz do kontrastu – MEDRAD**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Automatyczna strzykawka kontrastu znajdująca się przy aparacie rentgenowskim | MARK V Plus | MEDRAD | 628921 | 802-290 | 1994 | 2 | 12 | 2020-02-28 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej I Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 2 | Automatyczna strzykawka kontrastu znajdującej się przy aparacie do angiografii cyfrowej | Mark V ProVis | Medrad | 102771 | 802-696 | 2006 | 2 | 12 | 2020-02-28 | Zakład Radiologii |  |  |
| 3 | Automatyczny wstrzykiwacz do kontrastu | SPECTRIS SOLARIS EP/MR | MEDRAD | 301201242174 | 802-749 | 2007 | 2 | 12 | 2020-09-18 | Zakład Radiologii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 110 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 110 – Aparat do pomiaru czasu krzepnięcia krwi – MEDTRONIC**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| **1** | **Aparat do pomiaru czasu krzepnięcia krwi** | **ACT PLUS** | **MEDTRONIC** | **2004918** | **801-346** | **2014** | **2** | **12** | **2020-02-02** | **Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii** |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 111 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 111 – System do badań wysiłkowych – ITAQM**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | System do badań wysiłkowych | CARDIV | ITAM | 49 | 802-924 | 2011 | 1 | 24 | 2020-01-31 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 112 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 112 – HELARIUM – łóżko do naświetleń – METEC – SONNE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | HELARIUM - ŁÓŻKO DO NAŚWIETLEŃ | 1000 KL, PUFA Walkman 180/200 | METEC-SONNE | 1481 | A4/074-0001/98 | 1990 | 2 | 12 | 2020-11-09 | Oddział Dermatologii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 113 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 113 – Aparat do kriochirurgii – Metrum**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Aparat do kriochirurgii | CRYO-S ELETRIC | Metrum | CSE 0144 CI | 802-1005/13 | 2013 | 2 | 12 | 2020-06-30 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej Blok Operacyjny |  |  |
| 2 | Aparat do kriochirurgii | CRYO-S CLASSIC | Metrum | CSC 2613 BJ | 802-1006/13 | 2013 | 2 | 12 | 2020-06-30 | Poradnia Chirurgii Szczękowo - Twarzowej |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 114 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 114 – Aparat do terapii ultradźwiękowej – Mettler Elsctronics**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Aparat do terapii ultradzwiękowej | Sonicator 715 | Mettler Elsctronics | 82XA1736 | 802-521 | 2002 | 2 | 12 | 2020-06-13 | Oddział Dermatologii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 115 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 115 – Aparat do automatycznej sterylnej selekcji magnetycznej komórek – MILLTENYI BGIOTEC**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Aparat do automatycznej sterylnej selekcji magnetycznej komórek | CLINI MACS Prodigy | MILLTENYI BIOTEC | 175 | 801-354/14 | 2014 | 2 | 12 | 2020-05-06 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Inżynierii Szpiku i Banku Komórek |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 116 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 116 – Kardiomonitory, defibrylatory, Aparaty EKG, System centralnego monitorowania – MINDRAY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Stacja centralnego nadzoru z centralką pielęgniarską | Hypervisior VI Think Centre | MINDRAY /Lenovo | 7556B7G | 802-1043 | 2013 | 2 | 12 | 2020-08-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. II |  |  |
| 2 | KARDIOMONITOR | IPM 10 | Mindray | FG-38007866 | 802-1045 | 2013 | 2 | 12 | 2020-08-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. II |  |  |
| 3 | KARDIOMONITOR | IPM 10 | Mindray | FG-38007863 | 802-1046 | 2013 | 2 | 12 | 2020-08-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. II |  |  |
| 4 | KARDIOMONITOR | IPM 10 | Mindray | FG-38007867 | 802-1047 | 2013 | 2 | 12 | 2020-08-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. II |  |  |
| 5 | KARDIOMONITOR | IPM 10 | Mindray | FG-38007868 | 802-1048 | 2013 | 2 | 12 | 2020-08-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. II |  |  |
| 6 | KARDIOMONITOR | IPM 10 | Mindray | FG-38007864 | 802-1049 | 2013 | 2 | 12 | 2020-08-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. II |  |  |
| 7 | KARDIOMONITOR | IPM 10 | Mindray | FG-38007861 | 802-1050 | 2013 | 2 | 12 | 2020-08-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. II |  |  |
| 8 | KARDIOMONITOR | IPM 10 | Mindray | FG-38007865 | 802-1051 | 2013 | 2 | 12 | 2020-08-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. II |  |  |
| 9 | KARDIOMONITOR | IPM 10 | Mindray | FG-38007862 | 802-1052 | 2013 | 2 | 12 | 2020-08-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. II |  |  |
| 10 | Aparat USG | MINDRAY DC-N3 | MINDRAY | 6D-3A001107 | 802-1106 | 2013 | 2 | 12 | 2020-11-06 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej Blok Operacyjny |  |  |
| 11 | defibrylator | BENE HEART D3 | MINDRAY | EL5602-0834 | 802-1290 | 2015 | 1 | 12 | 2021-05-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 12 | DEFIBRYLATOR | Bene HEART D3 | MINDRAY | EL56020933 | 802-1291 | 2015 | 2 | 12 | 2020-08-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 13 | Aparat EKG | Bene Heart R12 | MINDRAY | FN-58002932 | 802-1380 | 2015 | 2 | 12 | 2020-09-30 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 14 | Aparat EKG | Bene Heart R12 | MINDRAY | FN-58002933 | 802-1381 | 2015 | 2 | 12 | 2020-09-30 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 15 | System centralnego monitorowania | Hypervisor VI | MINDRAY | CZC5320993 | 802-1424 | 2015 | 2 | 12 | 2020-12-30 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 16 | KARDIOMONITOR | IMEC10 | MINDRAY | EX-5B029902 | 802-1424 | 2015 | 2 | 12 | 2020-12-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 17 | KARDIOMONITOR | IMEC10 | MINDRAY | EX-5B029903 | 802-1424 | 2015 | 2 | 12 | 2020-12-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 18 | KARDIOMONITOR | IMEC10 | MINDRAY | EX-5B029904 | 802-1424 | 2015 | 2 | 12 | 2020-12-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 19 | KARDIOMONITOR | IMEC10 | MINDRAY | EX-5B029905 | 802-1424 | 2015 | 2 | 12 | 2020-12-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 20 | KARDIOMONITOR | IMEC10 | MINDRAY | EX-5B029906 | 802-1424 | 2015 | 2 | 12 | 2020-12-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 21 | KARDIOMONITOR | IMEC10 | MINDRAY | EX-5B029907 | 802-1424 | 2015 | 2 | 12 | 2020-12-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 22 | KARDIOMONITOR | IMEC10 | MINDRAY | EX-5B029908 | 802-1424 | 2015 | 2 | 12 | 2020-12-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 23 | KARDIOMONITOR | IMEC10 | MINDRAY | EX-5B029909 | 802-1424 | 2015 | 2 | 12 | 2020-12-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 24 | KARDIOMONITOR | IMEC10 | MINDRAY | EX-5B029910 | 802-1424 | 2015 | 2 | 12 | 2020-12-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 25 | KARDIOMONITOR | IMEC10 | MINDRAY | EX-5B029911 | 802-1424 | 2015 | 2 | 12 | 2020-12-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 26 | KARDIOMONITOR | IMEC10 | MINDRAY | EX-5B029912 | 802-1424 | 2015 | 2 | 12 | 2020-12-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 27 | KARDIOMONITOR | IMEC10 | MINDRAY | EX-5B029913 | 802-1424 | 2015 | 2 | 12 | 2020-12-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 28 | KARDIOMONITOR | IMEC10 | MINDRAY | EX-5B029914 | 802-1424 | 2015 | 2 | 12 | 2020-12-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 29 | KARDIOMONITOR | IMEC10 | MINDRAY | EX-5B029915 | 802-1424 | 2015 | 2 | 12 | 2020-12-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 30 | KARDIOMONITOR | IMEC10 | MINDRAY | EX-5B029916 | 802-1424 | 2015 | 2 | 12 | 2020-12-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 31 | KARDIOMONITOR | IMEC10 | MINDRAY | EX-5B029917 | 802-1424 | 2015 | 2 | 12 | 2020-12-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 32 | KARDIOMONITOR | IMEC10 | MINDRAY | EX-5B029918 | 802-1424 | 2015 | 2 | 12 | 2020-12-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 33 | KARDIOMONITOR | IMEC10 | MINDRAY | EX-5B029919 | 802-1424 | 2015 | 2 | 12 | 2020-12-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 34 | KARDIOMONITOR | IMEC10 | MINDRAY | EX-5B029920 | 802-1424 | 2015 | 2 | 12 | 2020-12-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 35 | KARDIOMONITOR | IMEC10 | MINDRAY | EX-5B029922 | 802-1424 | 2015 | 2 | 12 | 2020-12-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 36 | KARDIOMONITOR | IMEC10 | MINDRAY | EX-5B029923 | 802-1424 | 2015 | 2 | 12 | 2020-12-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 37 | KARDIOMONITOR | IMEC10 | MINDRAY | EX-5B0299924 | 802-1424 | 2015 | 2 | 12 | 2020-12-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 38 | KARDIOMONITOR | IMEC10 | MINDRAY | EX-5B029921 | 802-1425 | 2015 | 2 | 12 | 2020-12-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 39 | KARDIOMONITOR | IMEC10 | MINDRAY | EX-5B029901 | 802-1426 | 2015 | 2 | 12 | 2020-12-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 40 | KARDIOMONITOR | IMEC 10 | MINDRAY | EX-5B 029765 | 802-1427 | 2015 | 2 | 12 | 2020-12-31 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej |  |  |
| 41 | KARDIOMONITOR | IMEC10 | MINDRAY | EX-5B029748 | 802-1428 | 2015 | 2 | 12 | 2020-12-30 | Oddział Otorynolaryngologii |  |  |
| 42 | KARDIOMONITOR | IMEC 7 | MINDRAY | GM-67001148/2016 | 802-1492 | 2016 | 2 | 12 | 2020-09-30 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. IV |  |  |
| 43 | KARDIOMONITOR | IMEC 7 | MINDRAY | GM-67001099 | 802-1498 | 2016 | 2 | 12 | 2020-08-31 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 44 | KARDIOMONITOR | IMEC 7 | MINDRAY | GM-68001254/2016 | 802-1501 | 2016 | 2 | 12 | 2020-09-30 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. IV |  |  |
| 45 | KARDIOMONITOR | IMEC 7 | MINDRAY | GM-67001150/2016 | 802-1502 | 2016 | 2 | 12 | 2020-09-30 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. IV |  |  |
| 46 | KARDIOMONITOR MODUŁOWY | PM - 6000 | MINDRAY | AB56-2243 | 802-624 | 2005 | 2 | 12 | 2020-08-31 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 47 | defibrylator | BENE HEART D3 | MINDRAY | EL26003436 | 802-968 | 2012 | 1 | 12 | 2021-05-31 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. I |  |  |
| 48 | KARDIOMONITOR | IMEC12 | MINDRAY | EVA003117 | 802-968 | 2012 | 2 | 12 | 2020-10-19 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 49 | Defibrylator | Bene HEART D3 | Mindray | EL33006947 | 802-983/13 | 2013 | 2 | 12 | 2020-05-06 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. I |  |  |
| 50 | Defibrylator | Bene HEART D3 | Mindray | EL33006948 | 802-984 | 2013 | 2 | 12 | 2020-05-06 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. I |  |  |
| 51 | Defibrylator | Bene HEART D3 | Mindray | EL33006944 | 802-985 | 2013 | 2 | 12 | 2020-05-06 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. I |  |  |
| 52 | Defibrylator | Bene HEART D3 | Mindray | EL33006945 | 802-986 | 2013 | 2 | 12 | 2020-05-06 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. I |  |  |
| 53 | Defibrylator | Bene HEART D3 | Mindray | EL 33006941 | 802-987/13 | 2013 | 2 | 12 | 2020-05-06 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. II |  |  |
| 54 | Defibrylator | Bene HEART D3 | Mindray | EL 33006943 | 802-988/13 | 2013 | 2 | 12 | 2020-05-06 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. II |  |  |
| 55 | Defibrylator | Bene HEART D3 | Mindray | EL 33006946 | 802-989/13 | 2013 | 2 | 12 | 2020-05-06 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. II |  |  |
| 56 | Defibrylator | Bene HEART D3 | Mindray | EL 33006949 | 802-990/13 | 2013 | 2 | 12 | 2020-05-06 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. II |  |  |
| 57 | Defibrylator | Bene HEART D3 | Mindray | EL 33006940 | 802-991/13 | 2013 | 2 | 12 | 2020-05-06 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. II |  |  |
| 58 | Defibrylator | Bene HEART D3 | Mindray | EL 33006942 | 802-992/13 | 2013 | 2 | 12 | 2020-05-06 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. II |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 117 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 117 – Mosty medyczne – MZ LIBEREC**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Most medyczny | ZMP07 | MZ LIBEREC | 471 | BRAK | 2012 | 2 | 12 | 2020-10-14 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 2 | Zestaw mostów (pojedynczy - 1 szt, podwójny - 1 szt, potrójny - 1 szt, panel przyścienny - 1 szt. | ZMP07, RN07-DN2 | MZ LIBEREC | 13/001262, 13/001280, 13/001433, 13/001418 | BRAK | 2012 | 2 | 12 | 2020-10-14 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 3 | Most medyczny | ZMP07 | MZ LIBEREC | 470 | BRAK | 2012 | 2 | 12 | 2020-10-14 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 118 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 118 – Spektrofotometr do pomiaru stężeń kwasów nukl. – NANO DROP**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Spektrofotometr do pomiaru stężeń kwasów nukl. | ND1000 UV/VIS | NANO DROP | B-944 | 801-267 | 2007 | 2 | 12 | 2020-10-15 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Biol. Molekularnej |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 119 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 119 – Zamrażarka niskotemperaturowa – NEW BRUNSWIK SCIENTTIFIC**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Lodówko - zamrażarka z wyświetlaczem | U360-86 | NEW BRUNSWICK SCIENTIFIC | 1005-7580-0411 | 801-306 | 2011 | 2 | 12 | 2020-08-29 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Biol. Molekularnej |  |  |
| 2 | Zamrażarka niskotemperaturowa | U725 | NEW BRUNSWICK SCIENTIFIC | 1005-9213-0213 | 801-322 | 2013 | 2 | 12 | 2020-08-09 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Biol. Molekularnej |  |  |
| 3 | Zamrażarka niskotemperaturowa | U725 | NEW BRUNSWICK SCIENTIFIC | 1005-9347-0313 | 801-323 | 2013 | 2 | 12 | 2020-08-29 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Biol. Molekularnej |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 120 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 120 – Monitor Zwiotczenia – ORGANON LTD**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Monitor Zwiotczenia | - | ORGANON LTD | 04-2007092 | B-1/211-0002/09 | 2008 | 2 | 12 | 2020-10-27 | Oddział Otorynolaryngologii - Blok Operacyjny |  |  |
| 2 | Monitor zwiotczenia | TOF WATH SX | Organon Ltd | 42007092 | B1/0211-0003/09 | 2009 | 2 | 12 | 2020-09-19 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej Blok Operacyjny |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 121 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 121 – Rejestrator holterowski EKG – Oxford**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Rejestrator holterowski EKG | DMS-300-7-OXFORD | Oxford | 6860 | 802-576/03 | 2003 | 2 | 12 | 2020-05-29 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej - Pracownia EKG |  |  |
| 2 | Rejestrator holterowski EKG | DMS-300-7-OXFORD | Oxford | 6888 | 802-577/03 | 2003 | 2 | 12 | 2020-06-30 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej - Pracownia EKG |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 122 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 122 – Niskotemperaturowa zamrażarka Panasonic MDF – DU500VH-PE – Panasonic**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Niskotemperaturowa zamrażarka Panasonic MDF-DU500VH-PE | MDF-DU500VH-PE | PANASONIC | 15030037 | KNM-ZPB-0000315 | BRAK | 2 | 12 | 2020-10-30 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Pracownia Izotopów |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 123 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 123 – Zestaw do endoskopii z torem wizyjnym POENTAX – PENTAX**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | BRONCHOSKOP INTUBACYJNY | FI-16RBS | PENTAX | H111134 | 802-1171/14 | 2014 | 2 | 12 | 2020-06-10 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 2 | Zestaw do endoskopii z torem wizyjnym PENTAX: 1. Wideogastroskop, 2. Videokolonoskop, 3. Wideoprpcesor, 4. Monitor Medyczny, 5. Endoskopowa pompa irygacyjna , 6. Wózek medyczny | 1. EG-29-i 10, 2. EC-3890FI2, 3. EPK-I5000, 4.90K0010 Endovue 24’ LED, 5.020-100 Waterfall, 6. Clasic-Cart | PENTAX | 1. A113913, 2. H112617, 3. EE013740, 4. 16-262881, 5. 22 0181, 6. 2016-0043 | 802-1499 | 2016 | 2 | 12 | 2020-11-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Pracownia Endoskopii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 124 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 124 – Kardiomonitory, defibrylatory, monitory, System centralnego monitorowania – PHILIPS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Kardiomonitor | INTELLVUE MP5 | PHILIPS | DE 21074615 | 802-1111 | 2013 | 1 | 24 | 2020-09-26 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 2 | Kardiomonitor | INTELLVUE MP5 | PHILIPS | DE 21074622 | 802-1112 | 2013 | 1 | 24 | 2021-01-07 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 3 | KARDIOMONITOR | INTEL Vue MP5 | PHILIPS | DE 21074617 | 802-1113 | 2013 | 1 | 24 | 2021-01-07 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. II |  |  |
| 4 | MONITOR TRANSPORTOWY | INTELLIVUE X2 | Philips | DE315F8434 | 802-1154 | 2014 | 2 | 12 | 2020-07-30 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 5 | MONITOR TRANSPORTOWY | INTELLIVUE X2 | PHILIPS | DE315G0017 | 802-1155 | 2014 | 2 | 12 | 2020-10-09 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. II |  |  |
| 6 | DEFIBRYLATOR | EFFICIA DMF 100/866199 | PHILIPS | CN32603526 | 802-1292 | 2015 | 2 | 12 | 2020-09-30 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej odc. IIIB |  |  |
| 7 | DEFIBRYLATOR | EFFICIA DMF 100/866199 | PHILIPS | CN32603522 | 802-1293 | 2015 | 2 | 12 | 2020-09-30 | ZAKŁAD RADIOLOGII |  |  |
| 8 | DEFIBRYLATOR Z WÓZKIEM | EFFICIA DMF 100/866199 | PHILIPS | CN32603523 | 802-1294 | 2015 | 2 | 12 | 2020-09-30 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej |  |  |
| 9 | DEFIBRYLATOR | EFFICIA DMF 100/866199 | PHILIPS | CN32603521 | 802-1295 | 2015 | 2 | 12 | 2020-09-30 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej Blok Operacyjny |  |  |
| 10 | DEFIBRYLATOR | EFFICIA DMF 100/866199 | PHILIPS | CN32603525 | 802-1296 | 2015 | 2 | 12 | 2020-09-30 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 11 | DEFIBRYLATOR | EFFICIA DMF 100/866199 | PHILIPS | CN32603524 | 802-1297 | 2015 | 2 | 12 | 2020-09-30 | Oddział Otorynolaryngologii |  |  |
| 12 | KARDIOMONITOR | INTEL Vue MP5 | PHILIPS | DE 53793130 | 802-1298 | 2015 | 1 | 24 | 2020-09-26 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej odc. IIIA |  |  |
| 13 | KARDIOMONITOR | INTEL Vue MP5 | PHILIPS | DE 53794419 | 802-1299 | 2015 | 1 | 24 | 2020-09-26 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej odc. IIIA |  |  |
| 14 | KARDIOMONITOR | INTEL Vue MP5 | PHILIPS | DE 53794401 | 802-1300 | 2015 | 1 | 24 | 2020-09-27 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 15 | KARDIOMONITOR | INTEL Vue MP5 | Philips | DE 53794406 | 802-1301 | 2015 | 1 | 24 | 2020-09-27 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 16 | KARDIOMONITOR | INTEL Vue MP5 | PHILIPS | DE 53794422 | 802-1302 | 2015 | 1 | 24 | 2020-09-27 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 17 | Kardiomonitor | INTELLVUE MP5 | PHILIPS | DE 53794399 | 802-1303 | 2015 | 1 | 24 | 2020-09-26 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 18 | Kardiomonitor | INTELLVUE MP5 | PHILIPS | DE 57198981 | 802-1490 | 2016 | 1 | 24 | 2020-10-03 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 19 | KARDIOMONITOR | Efficia CM120 | PHILIPS | CN62612624 | 802-1537 | 2016 | 2 | 12 | 2020-12-05 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej odc. I |  |  |
| 20 | KARDIOMONITOR | Efficia CM120 | PHILIPS | CN62612625 | 802-1538 | 2016 | 2 | 12 | 2020-12-05 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej |  |  |
| 21 | DEFIBRYLATOR | EFFICIA DFM 100 | PHILIPS | CN32619200 | 802-1672 | 2018 | 2 | 12 | 2020-09-30 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 22 | KARDIOMONITOR | DIASCOPE | Philips | 12110959 | 802-514 | 2000 | 2 | 12 | 2020-10-31 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. III |  |  |
| 23 | SYSTEM CENTRALNEGO MONITOROWANIA | 865001 | PHILIPS | 4725A02581HG | 802-720 | 2007 | 2 | 12 | 2020-09-30 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 24 | KARDIOMONITOR | INTELLIVVE MP70 | Philips | DE61757640 | 802-720 | 2007 | 2 | 12 | 2020-09-30 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 25 | KARDIOMONITOR | INTELLIVVE MP70 | Philips | DE61757637 | 802-720 | 2007 | 2 | 12 | 2020-07-30 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 26 | KARDIOMONITOR | INTELLIVVE MP70 | Philips | DE61757633 | 802-720 | 2007 | 2 | 12 | 2020-09-30 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 27 | KARDIOMONITOR | INTELLIVVE MP70 | Philips | DE61757631 | 802-720 | 2007 | 2 | 12 | 2020-10-10 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 28 | KARDIOMONITOR | INTELLIVVE MP70 | Philips | DE61757625 | 802-720 | 2007 | 2 | 12 | 2020-09-30 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 29 | MONITOR | INTELLIVVE MP700 | PHILIPS | DE12510754 | 802-720 | 2007 | 2 | 12 | 2020-06-24 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 30 | MONITOR | INTELLIVVE MP700 (MODUŁ) | PHILIPS | DE12510738 | 802-720 | 2007 | 2 | 12 | 2020-06-24 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 31 | Defibrylator | HEART START MRX | PHILIPS | US00320628 | 802-725 | 2007 | 2 | 12 | 2020-02-12 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 32 | Defibrylator | HEART START MRX M3535A | PHILIPS | US00320629 | 802-726 | 2007 | 2 | 12 | 2020-02-12 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 33 | DEFIBRYLATOR Z MOŻLIWOŚCIĄ KARDIOWERSJI | HEART START MRx | Philips | US 00320627 | 802-727/07 | 2007 | 2 | 12 | 2020-06-24 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej - Izba Przyjęć |  |  |
| 34 | Defibrylator | HEART START MRX M3535A | PHILIPS | US00537803 | 802-825 | 2009 | 2 | 12 | 2020-09-30 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Stacja Dializ |  |  |
| 35 | KARDIOMONITOR | INTEL Vue MP5 | PHILIPS | DE 91324158 | 802-832 | 2008 | 1 | 24 | 2021-12-20 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 36 | Kardiomonitor PHILIPS INTELLVUE MP5 | INTELLVUE MP5 | Philips | DE 91324163 | 802-833 | 2009 | 1 | 24 | 2021-12-20 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. I |  |  |
| 37 | KARDIOMONITOR | INTEL Vue MP5 | PHILIPS | DE 91324183 | 802-834 | 2009 | 1 | 24 | 2021-12-20 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. V |  |  |
| 38 | KARDIOMONITOR | INTEL Vue MP30 | PHILIPS | DE 72876222 | 802-853 | 2010 | 1 | 24 | 2020-07-31 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej |  |  |
| 39 | KARDIOMONITOR | INTEL Vue MP30 | PHILIPS | DE 72876226 | 802-854 | 2010 | 1 | 24 | 2020-07-27 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 40 | KARDIOMONITOR | INTEL Vue MP30 | PHILIPS | DE 72876223 | 802-855 | 2010 | 1 | 24 | 2020-05-23 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| 41 | KARDIOMONITOR | INTEL Vue MP30 | PHILIPS | DE 72876228 | 802-856 | 2010 | 1 | 24 | 2020-07-20 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej odc. IIIA |  |  |
| 42 | KARDIOMONITOR | INTEL Vue MP30 | PHILIPS | DE 72876235 | 802-857 | 2010 | 1 | 24 | 2020-07-31 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej odc. IIIA |  |  |
| 43 | Kardiomonitor PHILIPS MP5 | INTELLVUE MP5 | Philips | DE91332999 | 802-870 | 2010 | 1 | 24 | 2021-10-26 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. I |  |  |
| 44 | Kardiomonitor Philips MP5 | INTELLVUE MP5 | PHILIPS | DE91332992 | 802-871 | 2010 | 1 | 24 | 2021-10-26 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. IV |  |  |
| 45 | Kardiomonitor Philips SN DE9 | INTELLVUE MP5 | PHILIPS | DE 91332997 | 802-872 | 2010 | 1 | 24 | 2021-12-21 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. III |  |  |
| 46 | Kardiomonitor Philips MP5 | INTELLVUE MP5 | PHILIPS | DE91332991 | 802-873 | 2010 | 1 | 24 | 2021-09-30 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. IV |  |  |
| 47 | Kardiomonitor Intellivve MP5 firma PHILIPS | INTELLVUE MP5 | PHILIPS | DE 91333012 | 802-874 | 2010 | 1 | 24 | 2021-10-26 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. IV |  |  |
| 48 | KARDIOMONITOR | INTEL Vue MP30 | PHILIPS | DE 72899592 | 802-934 | 2011 | 1 | 24 | 2020-02-08 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej |  |  |
| 49 | KARDIOMONITOR | INTEL Vue MP30 | PHILIPS | DE 728A8582 | 802-959 | 2012 | 1 | 24 | 2021-10-26 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej odc. I |  |  |
| 50 | KARDIOMONITOR | INTEL Vue MP30 | PHILIPS | DE 728 A8593 | 802-960 | 2012 | 1 | 24 | 2021-10-26 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej odc. I |  |  |
| 51 | Defibrylator | HEART START MRX | PHILIPS | US00557928 | 802-961 | 2012 | 2 | 12 | 2020-09-30 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej odc. IIIA |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 125 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 125 – Aparaty RTG – PHILIPS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Aparat RTG | Bucky Diagnost TH/VT | PHILIPS | 9890 010 06512/79454 | 802-523 | 2001 | 2 | 12 | 2020-12-30 | Zakład Radiologii |  |  |
| 2 | Aparat RTG do zdjęć celowanych | EASY DIAGNOST | PHILIPS | 9848 500 42401/79455 | 802-524 | 2001 | 2 | 12 | 2020-12-30 | Zakład Radiologii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 126 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 126 – Defibrylatory – Physio Control Poland**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | DEFIBRYLATOR | LIFEPAK 20E | Physio Control Poland | 42545774 | 802-1158 | 2014 | 2 | 12 | 2020-10-19 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. III |  |  |
| 2 | DEFIBRYLATOR | LIFEPAK 20E | Physio Control Poland | 42524159 | 802-1159 | 2014 | 2 | 12 | 2020-10-19 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. II |  |  |
| 3 | DEFIBRYLATOR | LIFEPAK 20E | Physio Control Poland | 42524154 | 802-1160 | 2014 | 2 | 12 | 2020-10-19 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 4 | DEFIBRYLATOR | LIFEPAK 20E | Physio Control Poland | 42548059 | 802-1161 | 2014 | 2 | 12 | 2020-10-19 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 5 | DEFIBRYLATOR (wraz z wymianą BATERII I PINU) | LIFEPAK 15 | Physio Control Poland | 42855039 | 802-1162 | 2014 | 2 | 12 | 2020-11-19 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej |  |  |
| 6 | DEFIBRYLATOR | LIFEPAK 20E | Physio Control Poland | 42555941 | 802-1163 | 2014 | 2 | 12 | 2020-11-30 | Oddział Otorynolaryngologii |  |  |
| 7 | DEFIBRYLATOR | LIFEPAK 20E | Physio Control Poland | 42573004 | 802-1164 | 2014 | 2 | 12 | 2020-10-19 | Oddział Dermatologii |  |  |
| 8 | DEFIBRYLATOR | LIFEPAK 20E | Physio Control Poland | 44117616 | 802-1423 | 2015 | 2 | 12 | 2020-12-21 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. I |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia umowy.

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

***Na cenę przeglądu okresowego składa się*::** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 127 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 127 –Aparaty RTG – Planmeca**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | aparat RTG punktowy (do zdjęć stomatologicznych wewnętrzustnych) | PRO X | Planmeca | IPX007058 | 802-993/13 | 2013 | 2 | 12 | 2020-06-21 | Zakład Radiologii |  |  |
| 2 | Aparat RTG pantomograficzny | PRO MAX | Planmeca | RPX242999 | 802-994/13 | 2013 | 2 | 12 | 2020-06-21 | Zakład Radiologii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 128 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 128 – Radiometr – Polon Alfa**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | RADIOMETR | eco-c + sonda (wzorcowanie dla promieniowania gamma Cs-137 w zakresie mocy dawki, wykrywania skażeń emiterami beta : żródłem Sr-90/Y90 oraz C-14) | Polon Ecolab Gdańsk | 021/93 | A-1/105-0005/98 | 1998 | 2 | 12 | 2020-05-23 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 2 | RADIOMETR | RUST3 + sonda SGB-2P (wzorcowanie dla wykrywania skażeń emiterami beta : żródłem C-14) | Polon Alfa | 163/79 | A-1/105-0006/98 | 1998 | 2 | 12 | 2020-05-23 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 3 | RADIOMETR ECO-C | (wzorcowanie dla promieniowania gamma Cs-137 w zakresie mocy dawki, wykrywania skażeń emiterami beta : żródłem Sr-90/Y90 oraz C-14) | Polon Ecolab Gdańsk | 580/98 | A-1/113/0001/08 | 2008 | 2 | 12 | 2020-05-23 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 4 | Przyrząd dozymetryczny - radiometr | EKO-C ( wzorcowanie dla promieniowania gamma Cs-137 w zakresie mocy dawki, wykrywania skażeń emiterami beta : żródłem Sr-90/Y90) | Polon Ecolab Gdańsk | 301/96 | PSK-M 1/96 | 1996 | 2 | 12 | 2020-05-23 | Pracownia Napromieniowania Krwi |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 129 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 129 –** **Myjka dezynfektor – Prohs**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Myjka dezynfektor | ProhS Plus | Prohs | L16420125 | 802-1505 | 2016 | 2 | 12 | 2020-08-08 | Oddział Dermatologii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy)

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 130 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 130 –** **Fotel zabiegowy elektryczny – Pura**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Fotel zabiegowy elektryczny | Pura DIA-CB32a | Pura | 1831 | 802-1506 | 2016 | 2 | 12 | 2020-06-26 | Oddział Dermatologii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 131 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 131 –** **Respiratory – Puritan Bennett**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | RESPIRATOR | PURITAN BENNETT 840 | Puritan Bennett | 3512132422 | 802-1008/13 | 2013 | 2 | 12 | 2020-06-03 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 2 | RESPIRATOR | PURITAN BENNETT 840 | Puritan Bennett | 3512132414 | 802-1009/13 | 2013 | 2 | 12 | 2020-06-03 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 3 | RESPIRATOR | PURITAN BENNETT 840 | Puritan Bennett | 3512132411 | 802-1010/13 | 2013 | 2 | 12 | 2020-06-03 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 4 | RESPIRATOR | PURITAN BENNETT 840 | Puritan Bennett | 3512132424 | 802-1011/13 | 2013 | 2 | 12 | 2020-06-03 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 5 | RESPIRATOR | BENNET PURITAN 980 | Puritan Bennett | 35B1601027 | 802-1539 | 2017 | 2 | 12 | 2020-03-07 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 6 | RESPIRATOR | PURITAN BENNETT 7200 | Puritan Bennett | 9580408 | 802-328/95 | 1995 | 2 | 12 | 2020-06-03 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej Blok Operacyjny |  |  |
| 7 | RESPIRATOR | PURITAN BENNETT 7200 | Puritan Bennett | 9480660 | 802-348/95 | 1994 | 2 | 12 | 2020-06-03 | Oddział Otorynolaryngologii |  |  |
| 8 | RESPIRATOR | PURITAN BENNETT WPB 740 | Puritan Bennett | 3501000720 | 802-477/00 | 2000 | 2 | 12 | 2020-06-03 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 9 | RESPIRATOR | NBP840 | Puritan Bennett | 3121118880 | 802-917 | 2011 | 2 | 12 | 2020-11-28 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 10 | RESPIRATOR | NBP840 | Puritan Bennett | 3121118990 | 802-918 | 2011 | 2 | 12 | 2020-11-28 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 11 | RESPIRATOR | NBP840 | Puritan Bennett | 3121118500 | 802-919 | 2011 | 2 | 12 | 2020-11-28 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 12 | RESPIRATOR | BENNET PURITAN 840 | Puritan Bennett | 3121128350 | 802-935/12 | 2012 | 2 | 12 | 2020-06-03 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 132 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 132–** **APARAT RTG mobilny – Radiologia S.A.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | APARAT RTG Mobilny | TXL - PLUS4 | Radiologia S.A. | PKL - 10796 | 802-1244 | 2015 | 1 | 12 | 2021-02-20 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 2 | APARAT RTG Mobilny | TX PLUS 4 | RADIOLOGIA S.A | 12530 | 802-879 | 2010 | 1 | 12 | 2021-12-10 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 133 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 133 –** **Destylator elektryczny – POLNA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Destylator elektryczny | DE 20 plus | POLNA | 0033/17 | 802-1633 | 2017 | 1 | 12 | 2021-11-30 | Apteka |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 134 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 134 –** **Tester bezpieczeństwa elektrycznego urządzeń medycznych – RIGEL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Tester bezpieczeństwa elektrycznego urządzeń medycznych | Rigel 288 | RIGEL | 06D-1124 | F/ST/56/2012 | 2012 | 2 | 12 | 2020-04-26 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 135 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 135 –** **Aparaty do izolacji kwasów nukleinowych – ROCHE,**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Analizator | Multiplate 5.0 | ROCHE | 100377 | 17052 | 2008 | 2 | 12 | 2020-05-05 | Laboratorium Hematologiczne |  |  |
| 2 | Aparat do izolacji kwasów nukleinowych | Magna Pure 24 | ROCHE | 1346 | 801-1383 | 2018 | 2 | 12 | 2020-11-22 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Biol. Molekularnej |  |  |
| 3 | Analizator | AVL 9180 | ROCHE | U18.6961 | 801-241 | 2003 | 2 | 12 | 2020-02-07 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 4 | Aparat do izolacji kwasów nukleinowych | Magna Pure Compact | ROCHE | MPCB00001425 | 801-316 | 2012 | 2 | 12 | 2020-11-29 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Biol. Molekularnej |  |  |
| 5 | Aparat do pomiaru agregacji funkcji płytek | Multiplate | ROCHE | 101347 | 801-333 | 2013 | 2 | 12 | 2020-01-25 | Laboratorium Hematologiczne |  |  |
| 6 | Aparat do izolacji kwasów nukleinowych DNA i RNA | Magna Pure LC 2.0 | ROCHE | 2C0000277 | 802-830 | 2009 | 2 | 12 | 2020-11-29 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Biol. Molekularnej |  |  |
| 7 | Aparat do izolacji kwasów nukleinowych | Magna Pure Compact | ROCHE | MPCBO858 | 802-777 | 2008 | 2 | 12 | 2020-11-29 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Biol. Molekularnej |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 136 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 136 –** **Zestaw FESS z wyposażeniem – Rudolf Medical**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Zestaw FESS Z wyposażeniem | BRAK | Rudolf Medical | IM 260-181,nr serii 828/IM 112-101, U780/DP20-2393 | 802-801 | 2009 | 2 | 12 | 2020-09-20 | Oddział Otorynolaryngologii - Blok Operacyjny |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 137 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 137–** **Kardiomonitor – S&W**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Kardiomonitor | DS. Tr+ | S&W(TRAVELLER) | 12112709 | 802-515 | 2000 | 2 | 12 | 2020-07-02 | Oddział Otorynolaryngologii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 138 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 138 –** **Miksery recepturowe – SAMIX**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Mikser recepturowy | EPRUS U 1000 | SAMIX | 8208/3000063/10792 | 802-1622 | 2017 | 1 | 12 | 2021-02-04 | Apteka |  |  |
| 2 | Mikser recepturowy | EPRUS U 1000 | SAMIX | 8202/00698/10791 | 802-1631 | 2017 | 1 | 12 | 2021-02-04 | Apteka |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 139 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 139 –** **Urządzenie piezoelektryczne – Santhes Acceon**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Urządzenie piezoelektryczne | Piezoelectronic System Synthes | Santhes Acceon | 864643008 | 802-1548 | 2015 | 2 | 12 | 2020-10-30 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej Blok Operacyjny |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 140 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 140 –** **Destylarka wody – SNAYO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Wirówka laboratoryjna z chłodzeniem | FALCON 6/300 | SANYO | SG98/05/084 | 801-209 | 1999 | 2 | 12 | 2020-10-30 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Pracownia Izotopów |  |  |
| 2 | Cieplarka | MIR-162 | SANYO | 90100639 | B-1/002-0001/08 | 1999 | 2 | 12 | 2020-10-30 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Pracownia Izotopów |  |  |
| 3 | Destylarka wody +odbieralnik wody | FISTREM CALYPSO | SANYO | L9907072+L9906007 | B-1/061-0002/08 | 1999 | 2 | 12 | 2020-10-30 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Pracownia Izotopów |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 141 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 141 –** **Stoły operacyjne – SCHAERER**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przelew** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | STÓŁ OPERACYJNY | AXIS 400 | SCHAERER | 2009 | 802-344/95 | 1995 | 2 | 12 | 2020-05-09 | Oddział Otorynolaryngologii |  |  |
| 2 | Stół Operacyjny | AXIS 500 | SCHAERER | 3453 | 802-698/06 | 2006 | 2 | 12 | 2020-05-09 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej Blok Operacyjny |  |  |
| 3 | STÓŁ OPERACYJNY | ARCUS601 | SCHAERER MEDICAL | AR-4505 | 802-938 | 2012 | 2 | 12 | 2020-12-20 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 4 | STÓŁ OPERACYJNY | ARCUS601 | SCHAERER MEDICAL | AR-4506 | 802-939 | 2012 | 2 | 12 | 2020-12-20 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 142 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 142 – Lampy do naświetleń – SCHULZE & BOHM**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Lampa do naświetlań | MEDISUN 80 UVA 311 GRZEBIEŃ | SCHULZE&BOHM (OPTIMED) | SN 07-110428 | 802-0006/07 | 2007 | 2 | 12 | 2020-05-10 | Oddział Dermatologii |  |  |
| 2 | Lampa do naświetlań | MEDISUN GIGATEST I MED.-LIGHT | SCHULZE&BOHM (OPTIMED) | SN 0663 | 802-0007/07 | 2007 | 2 | 12 | 2020-03-27 | Oddział Dermatologii |  |  |
| 3 | Urządzenie do terapii fotodynamicznej | DYNALUX 700 | SCHULZE BOHM (OPTIMED) | SM0528 | 802-695/06/I | 2006 | 2 | 12 | 2020-10-12 | Oddział Dermatologii |  |  |
| 4 | Urządzenie do terapii fotodynamicznej | DYNALUX 70 | SCHULZE BOHM (OPTIMED) | SN 06-110274 | 802-695/06/II | 2006 | 2 | 12 | 2020-10-19 | Oddział Dermatologii |  |  |
| 5 | Lampa do naświetlań | MEDISUN 80 UVB 311 GRZEBIEŃ | SCHULZE&BOHM (OPTIMED) | SN 07-110452 | KDE 802-0006/07 | 2007 | 2 | 12 | 2020-05-10 | Oddział Dermatologii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 143 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 143 – Aparaty USG – SIEMENS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | USG ACUSON S1000 | ACUSON S1000 | SIEMENS | 211204 | 802-1197 | 2014 | 2 | 12 | 2020-12-15 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej |  |  |
| 2 | Aparat USG | ACUSON NX - 2 | SIEMENS | 520862 | 802-1674 | 2017 | 1 | 12 | 2021-09-04 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej odc. I |  |  |
| 3 | Aparat RTG | VERTIX CX STOJAK | SIEMENS | 1313 | 802-781 | 1996 | 2 | 12 | 2020-06-13 | Zakład Radiologii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 144 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 144 – Wirówki laboratoryjne – SIGMA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Wirówka wysokoobrotowa | Sigma1-15PK | SIGMA | 121220 | 801-270 | 2007 | 2 | 12 | 2020-10-30 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Biol. Molekularnej |  |  |
| 2 | Wirówka lab. | 6-16K | SIGMA | 130371 | 801-289/09 | 2009 | 2 | 12 | 2020-04-26 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Inżynierii Szpiku i Banku Komórek |  |  |
| 3 | Wirówka | 1-14K | SIGMA | 136984 | 801-295 | 2010 | 2 | 12 | 2020-10-30 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Biol. Molekularnej |  |  |
| 4 | Wirówka laboratoryjna | 3-16PK | SIGMA | 141515 | 801-302/11 | 2011 | 2 | 12 | 2020-04-26 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Inżynierii Szpiku i Banku Komórek |  |  |
| 5 | Wirówka laboratoryjna | 2-16KL | SIGMA | 149804 | 801-325 | 2013 | 2 | 12 | 2020-10-30 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Biol. Molekularnej |  |  |
| 6 | Wirówka laboratoryjna do preparatyki krwi | 8KBS | SIGMA | 154392 | 801-352/14 | 2014 | 2 | 12 | 2020-04-26 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Inżynierii Szpiku i Banku Komórek |  |  |
| 7 | Wirówka | 1-15K | SIGMA | 79705 | B-1/110-0013/08 | 2001 | 2 | 12 | 2020-10-30 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Pracownia Izotopów |  |  |
| 8 | Wirówka | 1-15K | SIGMA | 76244 | B-1/110-0014/08 | 2000 | 2 | 12 | 2020-10-30 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Pracownia Izotopów |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM**: | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 145 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 145 – Myjnia dezynfektor – SMEG**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Myjnia-dezynfektor | WD4060 | SMEG | 3122010391 | 802-1150 | 2014 | 2 | 12 | 2020-11-30 | Centralna Sterylizatornia |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 146 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 146 – Respirator transportowy – SMITHS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Respirator transportowy | PARAPAC PLUS | SMITHS | 1806086 | 802-1675 | 2018 | 1 | 12 | 2021-09-24 | Oddział Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej - Pracownia EKG |  |  |
| 2 | Respirator transportowy | PARAPAC 200D | SMITHS | 1104269 | 802-902 | 2011 | 2 | 12 | 2020-01-14 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 147 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 147 –** **Urządzenie do aktywnej regulacji temperatury pacjenta – Smith Medical ASD**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Urządzenie do aktywnej regulacji temperatury pacjenta - Konwekcyjny ogrzewacz pacjenta | Level1 Equator EQ-5000-INT-230 | Smith Medical ASD | S102B09478 | 802-1431/16 | 2015 | 2 | 12 | 2020-05-07 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 2 | Urządzenie do aktywnej regulacji temperatury pacjenta - Konwekcyjny ogrzewacz pacjenta | Level1 Equator EQ-5000-INT-230 | Smith Medical ASD | S102B09479 | 802-1432/16 | 2015 | 2 | 12 | 2020-05-07 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 3 | Urządzenie do aktywnej regulacji temperatury pacjenta - Konwekcyjny ogrzewacz pacjenta | Level1 Equator EQ-5000-INT-230 | Smith Medical ASD | S102B09476 | 802-1433/16 | 2015 | 2 | 12 | 2020-05-07 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 4 | Urządzenie do aktywnej regulacji temperatury pacjenta - Konwekcyjny ogrzewacz pacjenta | Level1 Equator EQ-5000-INT-230 | Smith Medical ASD | S102B09477 | 802-1434/16 | 2015 | 2 | 12 | 2020-05-07 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 5 | Urządzenie do aktywnej regulacji temperatury pacjenta - Konwekcyjny ogrzewacz pacjenta | Level1 Equator EQ-5000-INT-230 | Smith Medical ASD | S102B09475 | 802-1435/16 | 2015 | 2 | 12 | 2020-05-07 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 6 | Urządzenie do aktywnej regulacji temperatury pacjenta - Konwekcyjny ogrzewacz pacjenta | Level1 Equator EQ-5000-INT-230 | Smith Medical ASD | S102B09489 | 802-1436/16 | 2015 | 2 | 12 | 2020-05-07 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 7 | Urządzenie do aktywnej regulacji temperatury pacjenta - Konwekcyjny ogrzewacz pacjenta | Level1 Equator EQ-5000-INT-230 | Smith Medical ASD | S102B09480 | 802-1437/16 | 2015 | 2 | 12 | 2020-05-07 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 148 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 148 – Kieszonkowy detektor przepływu – DOPPLER SONOMED**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Kieszonkowy detektor przepływu - DOPPLER | MD-4 | SONOMED | 2011023 | B-1/0145-0001/11 | 2011 | 2 | 12 | 2020-01-04 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 149 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 149 –** **Ultrasonograf – SONOSCAPE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Ultrasonograf | S8Exp | SONOSCAPE | 4309545 | 802-1379 | 2015 | 2 | 12 | 2020-11-22 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 2 | Przenośny aparat USG | S8 | SONOSCAPE | 904382 | 802-880 | 2010 | 2 | 12 | 2020-06-30 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 150 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 150 –** **Kardiomonitor – SpaceLabs**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Kardiomonitor | Spacelabs Elance10' | SpaceLabs | 3300-006077 | 802-974 | 2013 | 2 | 12 | 2020-05-31 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 2 | Kardiomonitor | Spacelabs Elance10' | SpaceLabs | 3300-006076 | 802-975 | 2013 | 2 | 12 | 2020-05-31 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 3 | Kardiomonitor | Spacelabs Elance12' | SpaceLabs | 3300-006006 | 802-976 | 2013 | 2 | 12 | 2020-05-31 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Stacja Dializ |  |  |
| 4 | Kardiomonitor | Spacelabs Elance12' | SpaceLabs | 3300-006005 | 802-977 | 2013 | 2 | 12 | 2020-05-31 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Stacja Dializ |  |  |
| 5 | Kardiomonitor | Spacelabs Elance10' | SpaceLabs | 3300-006078 | 802-978 | 2013 | 2 | 12 | 2020-05-31 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej |  |  |
| 6 | Kardiomonitor | Spacelabs Elance12' | SpaceLabs | 3300-006007 | 802-979 | 2013 | 2 | 12 | 2020-05-31 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej Blok Operacyjny |  |  |
| 7 | Kardiomonitor | Spacelabs Elance12' | Spacelabs Healthcare | 3300-006010 | 802-980 | 2013 | 2 | 12 | 2020-05-31 | Oddział Dermatologii |  |  |
| 8 | Kardiomonitor | Spacelabs Elance12' | SpaceLabs | 3300-006009 | 802-981 | 2013 | 2 | 12 | 2020-05-31 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 9 | Kardiomonitor | Spacelabs Elance12' | SpaceLabs | 3300-006008 | 802-982 | 2013 | 2 | 12 | 2020-05-31 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 151 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 151 – Holtery RR – Spacelabs**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Holter RR | SpaceLabs 90217A | Spacelabs | 217A-007791 | F/ST/72/2015 | 2015 | 2 | 12 | 2020-09-24 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 2 | Holter RR | SpaceLabs 90217A | Spacelabs | 217A-007798 | F/ST/73/2015 | 2015 | 2 | 12 | 2020-07-02 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 3 | Holter RR | SpaceLabs 90217A | Spacelabs | 217A-007793 | F/ST/74/2015 | 2015 | 2 | 12 | 2020-09-05 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 4 | Holter RR | SpaceLabs 90217A | Spacelabs | 217A-007790 | F/ST/75/2015 | 2015 | 2 | 12 | 2020-07-02 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 5 | Holter RR | SpaceLabs 90217A | Spacelabs | 217A-007789 | F/ST/76/2015 | 2015 | 2 | 12 | 2020-07-02 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| **WARTOIŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 152 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 152 –** **Sterylizatory parowe – Spółdzielnia Pracy Mechanicznej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Sterylizator Parowy | ASHE 400/600 | Spółdzielnia Pracy Mechanicz. | 320 | 802-355/96 | 1996 | 2 | 12 | 2020-06-10 | Laboratorium Centralne |  |  |
| 2 | Sterylizator Parowy | ASHE 400/600 | Spółdzielnia Pracy Mechanicz. | 316 | 802-356 | 1996 | 2 | 12 | 2020-06-10 | Laboratorium Centralne |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 153 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 153 –** **Aparat do hybrydyzacji i denaturacji – STATSPIN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Aparat do hybrydyzacji i denaturacji | ThermoBrite S 500-24 | STATSPIN | 714S50001045 | 802-724/07 | 2007 | 2 | 12 | 2020-05-20 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Cytogenetyki |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 154 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 154 – Myjki do basenów – Steelco/Tottnauer**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Myjka do basenów | REVO100M | Steelco/Tottnauer | 901033 | 802-818 | 2009 | 2 | 12 | 2020-07-26 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 2 | Myjka do basenów | REVO100M | Steelco/Tottnauer | 901032 | 802-819 | 2009 | 2 | 12 | 2020-11-22 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 155 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 155 –** **Sterylizator powietrzny – WAMED**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Sterylizator powietrzny | SP-30G | WAMED | 130-SP-30G-17 | 802-1651 | 2017 | 1 | 12 | 2021-11-30 | Apteka |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 156 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 156 – Respirator transportowy –SMITHS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Respirator transportowy | PARAPAC 200D | SMITHS | 1310084 | 802-1149/14 | 2013 | 2 | 12 | 2020-09-13 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 157 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 157 – Zestaw do endoskopii zatoki szczękowej – STORZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Zestaw do endoskopii zatoki szczękowej: Tor wizyjny, kamiera, źródło światła Stotrz Doposażenie zestawu 07/03/2016 optyka:C1311107 (0O) C1505447 (30O)C1310258 (45O)C1312126 (70O) | BRAK | STORZ | LR 104841 | 802-739 | 1998 | 2 | 12 | 2020-12-14 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej Blok Operacyjny |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 158 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 158 – Konsola CORE – STRYKER**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Konsola CORE - uniwersalny sterownik do mikronapędów | CORE | STRYKER | 1214404063 | 802-941 | 2012 | 2 | 12 | 2020-09-30 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej Blok Operacyjny |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 159 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 159 – Myjka ultradźwiękowa – SUPERSONIIK**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Myjka ultradźwiękowa | UD100SH | SUPERSONIC | 81016094 | B-1/226-0001/13 | 2013 | 2 | 12 | 2020-04-01 | Centralna Sterylizatornia |  |  |
| 2 | Myjka ultradźwiękowa | UD100SH | SUPERSONIC | 81016109 | B-1/226-0002/13 | 2013 | 2 | 12 | 2020-04-04 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej |  |  |
| **WARETOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 160 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 160 – Zbiornik kriogeniczny – TAYLOR WHARTON**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Zbiornik Kriogeniczny | 24K | TAYLOR WHARTON | 555-005-W3 | 17045 | 2004 | 2 | 12 | 2020-04-23 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Inżynierii Szpiku i Banku Komórek |  |  |
| 2 | Zbiornik kriogeniczny | 24K | TAYLOR WHARTON | 555-008-W9 | 17048 | 2005 | 2 | 12 | 2020-04-23 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Inżynierii Szpiku i Banku Komórek |  |  |
| 3 | Komp. zamr. do kontr. zamr. mat. biol | Ice Cube 15M | SYLAB | 15MZ39ZS03 | 486-013/06/I | 2006 | 2 | 12 | 2020-04-23 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Inżynierii Szpiku i Banku Komórek |  |  |
| 4 | Zbiornik kriogeniczny | 300i | AIR LIKVID DMC | 97086 | 801-200/97 | 1997 | 2 | 12 | 2020-04-23 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Inżynierii Szpiku i Banku Komórek |  |  |
| 5 | Pojemnik do przechowywania materiału biologicznego (zbiornik kriogeniczny) | 24K | SYLAB | 555-001-R8 | 801-213/99 | 1999 | 2 | 12 | 2020-04-23 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Inżynierii Szpiku i Banku Komórek |  |  |
| 6 | Zbiornik kriogeniczny | 24K | TAYLOR WHARTON | 555-016-U6 | 801-234/02 | 2002 | 2 | 12 | 2020-04-23 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Inżynierii Szpiku i Banku Komórek |  |  |
| 7 | Zbiornik kriogeniczny | 24K | TAYLOR WHARTON | 555MP-016-CC5 | 801-255/06 | 2006 | 2 | 12 | 2020-04-23 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Inżynierii Szpiku i Banku Komórek |  |  |
| 8 | Zbiornik kriogeniczny | 24K | TAYLOR WHARTON | 555MP-012-CC6 | 801-256/06 | 2006 | 2 | 12 | 2020-04-23 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Inżynierii Szpiku i Banku Komórek |  |  |
| 9 | Zbiornik Kriog, do transportu w parach azotu | CX-500-S | TAYLOR WHARTON | 139502 | 801-269/07 | 2007 | 2 | 12 | 2020-04-23 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Inżynierii Szpiku i Banku Komórek |  |  |
| 10 | Zbiornik do przechow. komórek w parach azotu | 24K | TAYLOR WHARTON | 555MP-002-EE1 | 801-282/08 | 2008 | 2 | 12 | 2020-04-23 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Inżynierii Szpiku i Banku Komórek |  |  |
| 11 | Zbiornik Cryoce | 24K | TAYLOR WHARTON | 555-007-FF10 | 801-290/09 | 2009 | 2 | 12 | 2020-04-23 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Inżynierii Szpiku i Banku Komórek |  |  |
| 12 | Zbiornik Cryoce | 24K | TAYLOR WHARTON | 555-013-FF4 | 801-291/09 | 2009 | 2 | 12 | 2020-04-23 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Inżynierii Szpiku i Banku Komórek |  |  |
| 13 | Zbiornik magazynowy do przechowywania materiału transplantacyjnego | 24K | TAYLOR WHARTON | 555MP-018-GG9 | 801-293/10 | 2010 | 2 | 12 | 2020-04-23 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Inżynierii Szpiku i Banku Komórek |  |  |
| 14 | Komp. zamr. do kontr. zamr. mat. biol | Ice Cube 14M | SYLAB | 14MZ17ZH02 | 801-298/10 | 2010 | 2 | 12 | 2020-04-23 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Inżynierii Szpiku i Banku Komórek |  |  |
| 15 | Zbiornik magazynowy do przechowywania tkanek | 10K | TAYLOR WHARTON | 562-020-HH4 | 801-303/11 | 2011 | 2 | 12 | 2020-04-23 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Inżynierii Szpiku i Banku Komórek |  |  |
| 16 | zbiornik kriogeniczny | 25K | TAYLOR WHARTON | 555-013-JJ6 | 801-317/12 | 2012 | 2 | 12 | 2020-04-23 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Inżynierii Szpiku i Banku Komórek |  |  |
| 17 | Zbiornik kriogeniczny | 24K | TAYLOR WHARTON | 555MP-016-JJ8 | 801-330/13 | 2013 | 2 | 12 | 2020-04-23 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Inżynierii Szpiku i Banku Komórek |  |  |
| 18 | Zbiornik kriogeniczny Cryo | 10 K | TAYLOR WHARTON | 562-012-LL7 | 802-1156/14 | 2014 | 2 | 12 | 2020-04-23 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Inżynierii Szpiku i Banku Komórek |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 161 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 161 – Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa – TERUMO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | TE 331 | TERUMO | 2005-05080 | 802-632/05 | 2005 | 2 | 12 | 2020-04-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. II |  |  |
| 2 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | TERUMO TE 331 | TERUMO | 2005-05081 | 802-633/05 | 2005 | 2 | 12 | 2020-04-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 3 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | TERUMO TE 331 | TERUMO | 2005-05082 | 802-634/05 | 2005 | 2 | 12 | 2020-04-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 4 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | TE 331 | TERUMO | 2005-05083 | 802-635/05 | 2005 | 2 | 12 | 2020-04-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 5 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | TE 331 | TERUMO | 2005-05089 | 802-636/05 | 2005 | 2 | 12 | 2020-04-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 6 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | TE 371 TIVA | TERUMO | 7100001 | 802-732/08 | 2007 | 2 | 12 | 2020-04-30 | Oddział Otorynolaryngologii - Blok Operacyjny |  |  |
| 7 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | TE 331 | TERUMO | 2008-05134 | 802-751/08 | 2008 | 2 | 12 | 2020-04-30 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 8 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | TE 331 | TERUMO | 2008-05135 | 802-752/08 | 2008 | 2 | 12 | 2020-04-30 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 9 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | TE 331 | TERUMO | 2008-05138 | 802-753/08 | 2008 | 2 | 12 | 2020-04-30 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 10 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | TE 331 | TERUMO | 2008-05139 | 802-754/08 | 2008 | 2 | 12 | 2020-04-30 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 11 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | TE 331 | TERUMO | 2008-05140 | 802-755/08 | 2008 | 2 | 12 | 2020-04-30 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 12 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | TE 331 | TERUMO | 2008-05141 | 802-756/08 | 2008 | 2 | 12 | 2020-04-30 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 13 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | TE 331 | TERUMO | 2008-05142 | 802-757/08 | 2008 | 2 | 12 | 2020-04-30 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 14 | Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa | TE 331 | TERUMO | 2008-05143 | 802-758/08 | 2008 | 2 | 12 | 2020-04-30 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| 15 | Pompa infuzyjna strzykawkowa | TE 331 | TERUMO | 2009-03032 | 802-814/09 | 2009 | 2 | 12 | 2020-04-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 16 | Pompa infuzyjna strzykawkowa | TE 331 | TERUMO | 2009-03034 | 802-815/09 | 2009 | 2 | 12 | 2020-04-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 17 | Pompa infuzyjna strzykawkowa | TE 331 | TERUMO | 2009-03026 | 802-816/09 | 2009 | 2 | 12 | 2020-04-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| 18 | Pompa infuzyjna strzykawkowa | TE 331 | TERUMO | 2009-03033 | 802-817/09 | 2009 | 2 | 12 | 2020-04-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 162 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 162 – Zgrzewarka do jałowego łączenia drenów – TERUMO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Zgrzewarka do jałowego łączenia drenów Terumo | TSCD-II | TERUMO | 2006-10013 | 434-006/6 | 2006 | 2 | 12 | 2020-04-29 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Inżynierii Szpiku i Banku Komórek |  |  |
| 2 | Zgrzewarka do jałowego łączenia drenów Terumo | TSCD-II | TERUMO | 2011-07008 | 801-307/11 | 2011 | 2 | 12 | 2020-04-29 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Inżynierii Szpiku i Banku Komórek |  |  |
| 3 | Zgrzewarka z wyposażeniem do jałowego łączenia drenów | TSCD-II | TERUMO | 2013-07009 | 801-329 | 2013 | 2 | 12 | 2020-09-13 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Inżynierii Szpiku i Banku Komórek |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 163 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 163 – Separator komórkowy – TERUMO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Separator komórkowy | SPECTRA OPTIA | TERUMO | 1P00245 | 801-283/08 | 2008 | 4 | 6 | 2020-05-30 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku – Poradnia |  |  |
| 2 | Separator komórkowy | SPECTRA OPTIA | TERUMO | 1P00445 | 801-285/09 | 2009 | 4 | 6 | 2020-05-30 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku – Poradnia |  |  |
| 3 | Separator komórkowy | SPECTRA OPTIA | TERUMO | 1P01781 | 801-328/13 | 2013 | 4 | 6 | 2020-05-30 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku – Poradnia |  |  |
| 4 | Separator komórkowy | SPECTRA OPTIA | TERUMO | 1P03346 | 802-1397/15 | 2015 | 4 | 6 | 2020-05-30 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku – Poradnia |  |  |
| 5 | Separator komórkowy | SPECTRA OPTIA | TERUMO | 1P03849 | 802-1484 | 2016 | 4 | 6 | 2020-05-30 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku |  |  |
| 6 | Separator komórkowy | SPECTRA OPTIA | TERUMO | 1P03845 | 802-1485 | 2016 | 4 | 6 | 2020-05-30 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku – Poradnia |  |  |
| 7 | Separator komórkowy | SPECTRA OPTIA | TERUMO | 1P00352 | 802-1535/16 | 2016 | 4 | 6 | 2020-05-30 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku – Poradnia |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 164 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 164 – Macerator – THE HAIGH ENGINEERING**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Macerator | S+ | THE HAIGH ENGINEERING | S/N1132E-1-2133 | 802-1238 | 2015 | 2 | 12 | 2020-09-27 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| 2 | Macerator | S+ | THE HAIGH ENGINEERING | S/N1132E-1-2134 | 802-1239 | 2015 | 2 | 12 | 2020-09-27 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 165 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 165 – Kolumna anestetyczno – chirurgiczna ERBE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Kolumna anestetyczno-chirurgiczna | DA 730 | ERBE | A-1520 | 802-442/98 | 1998 | 2 | 12 | 2020-09-30 | Oddział Otorynolaryngologii - Blok Operacyjny |  |  |
| 2 | Kolumna anestetyczno-chirurgiczna | DA 730 | ERBE | A-1521 | 802-443/98 | 1998 | 2 | 12 | 2020-09-30 | Oddział Otorynolaryngologii - Blok Operacyjny |  |  |
| **WARETOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 166 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 166 – Aparaty RTG – Toshiba**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Aparat RTG | MAX 1000A | TOSHIBA | 7597011 | 802-459/99 | 1999 | 1 | 12 | 2021-10-30 | Zakład Radiologii |  |  |
| 2 | Aparat RTG do angiografii cyfrowej z wyposażeniem | Infinix VC-i | Toshiba | 99A06X7024 | 802-696 | 2006 | 1 | 12 | 2021-09-24 | Zakład Radiologii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 167 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 167 – Aparaty USG – TOSHIBA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Aparat USG z funkcją Dopplera | Aplio400/TUS-A400 | TOSHIBA | T1F1484525 | 802-1165 | 2014 | 2 | 12 | 2020-08-20 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 2 | Aparat USG | TUS-X100/XARIO100/ | TOSHIBA | 99C1574756 | 802-1404 | 2015 | 2 | 12 | 2020-08–13 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 3 | Aparat USG | Aplio XG/SSA-790A | TOSHIBA | 99L1196470 | 802-913 | 2011 | 2 | 12 | 2020-01-31 | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 168 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 168 – Urządzenia do rozmrażania osocza – TRANSMED**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Urządzenie do suchego rozmrażania osocza i preparatów krwiopochodnych | SAHARA III | TRANSMED | 99121097 | 801-284 | 2006 | 2 | 12 | 2020-12-31 | Laboratorium Centralne |  |  |
| 2 | Urządzenie do suchego rozmrażania osocza i preparatów krwiopochodnych | SAHARA III Maxitherm | TRANSMED | 99123191 | 801-355 | 2006 | 2 | 12 | 2020-12-31 | Laboratorium Centralne |  |  |
| 3 | Urządzenie do rozmrażania osocza | SAHARA WP-5 | Transmed Medizin Technik | 99120147 | 802-598 | 2004 | 2 | 12 | 2020-09-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 169 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 169 – Kardiomonitor EKG – Unitra Biazet**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Kardiomonitor ekg | DS 2 | Unitra Biazet | 10092331 | B-1/098-0001/98 | 1998 | 2 | 12 | 2020-06-18 | Oddział Otorynolaryngologii - Blok Operacyjny |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 170 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 170 – Diatermia – ValleyLab**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Diatermia | SURGISTAT II | ValleyLab | VL10010038 | 802-542/02 | 2002 | 2 | 12 | 2020-06-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Pracownia Endoskopii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 171 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 171 – Osmometr – VAPRO–WESCOR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Osmometr | 5520 | VAPRO-WESCOR | 55201045 | B-1/168-0002/08 | 1999 | 2 | 12 | 2020-11-09 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Pracownia Izotopów |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 172 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 172 – Lampy do naświetlań – WALDMANN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Lampa Waldman | UV100L | Waldman | 11851-99 | 10102 | 1999 | 2 | 12 | 2020-06-28 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. II |  |  |
| 2 | Lampa do naświetleń | UV 1000K | WALDMANN | 13035 | 802-346 | 1995 | 2 | 12 | 2020-11-09 | Oddział Dermatologii |  |  |
| 3 | PUVA lampa do naświetlań | 180L + 200 L | WALDMANN | 180L-3462 200L 3549 | 802-475 | 2000 | 2 | 12 | 2020-11-09 | Oddział Dermatologii |  |  |
| 4 | Urządzenie do fototerapii | UV 1000KL | WALDMANN | 13647 | 802-744 | 2000 | 2 | 12 | 2020-11-09 | Oddział Dermatologii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 173 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 173 – Licznik promieniowania gamma – Wallac**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Licznik promieniowania gamma | LKB - 1470 - 002 | Wallac | 4700973 | 801 - 179 | 1996 | 2 | 12 | 2020-02-05 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 2 | Licznik promieniowania gamma | LKB - 1275 | Wallac | 2751279 | A-1/143-0001/08 | 2008 | 2 | 12 | 2020-02-05 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 174 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 174 – Kardiomonitory – Welch Allyn**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Kardiomonitor | PROPAQ CS242 | Welch Allyn | GA107656 | 802-764 | 2008 | 2 | 12 | 2020-08-03 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. I |  |  |
| 2 | Kardiomonitor | PROPAQ CS242 | Welch Allyn | GA 108073 | 802-775 | 2008 | 2 | 12 | 2020-08-27 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. VII |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 175 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 175 – Detektory – WOM**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Detektor | GAMMAFINDER II | WOM | 40473 | 802-1236/15 | 2014 | 2 | 12 | 2020-05-08 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 176 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 176 – Tomograf komputerowy – Philips**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Tomograf komputerowy INGUENITY CT ELITE - TESTY | INGUENITY CT ELITE | Philips | 32214 | 802-1666/18 | 2018 | 2 | 12 | 2020-10-21 | Zakład Radiologii |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 177 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 177 – Mikroskop operacyjny CARL ZEISS – CARL ZEISS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Mikroskop operacyjny CARL ZEISS | OPTIME PREVENT | CARL ZEISS | 6636161453 | 802-1430/16 | 2016 | 2 | 12 | 2020-05-24 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej Blok Operacyjny |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 178 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 178 – Aparat RTG – ZIEHM**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Aparat RTG | CIVISION | ZIEHM | 90161 | 802-850 | 2010 | 1 | 12 | 2021-03-30 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 179 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 179 – Defibrylatory – ZOLL MEDICAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Defibrylator | ZOLL M- SERIES | ZOLL MEDICAL | TO8C100702 | 802-750/08 | 2008 | 2 | 12 | 2020-06-10 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. III |  |  |
| 2 | Defibrylator | AED PLUS | ZOLL MEDICAL | X08F158198 | 802-766 | 2008 | 2 | 12 | 2020-09-24 | Oddział Chirurgii Szczękowo -Twarzowej |  |  |
| 3 | Defibrylator | AED PLUS | ZOLL MEDICAL | X08F161351 | 802-767 | 2008 | 2 | 12 | 2020-09-24 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| 4 | Defibrylator | AED PLUS | ZOLL MEDICAL | XO8F158213 | 802-768 | 2008 | 2 | 12 | 2020-09-24 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej odc. IV |  |  |
| 5 | Defibrylator | AED PLUS | ZOLL MEDICAL | X08FI6I368 | 802-769 | 2008 | 2 | 12 | 2020-09-30 | Oddział Otorynolaryngologii |  |  |
| 6 | Defibrylator | AED PLUS | ZOLL MEDICAL | X08F161365 | 802-770 | 2008 | 2 | 12 | 2020-09-24 | Oddział Dermatologii |  |  |
| 7 | Defibrylator | AED PLUS | ZOLL MEDICAL | X08F158212 | 802-771 | 2008 | 2 | 12 | 2020-09-30 | Poradnia Chirurgii Szczękowo - Twarzowej |  |  |
| 8 | Defibrylator | AED PLUS | ZOLL MEDICAL | X08F161356 | 802-773 | 2008 | 2 | 12 | 2020-09-30 | Oddział Hematologii i Transplantacji Szpiku odc. III |  |  |
| **WARTROŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 180 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 180 – Zestaw do hybrydyzacji – Cytotest**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 180 | Zestaw do hybrydyzacji/ sprzęt do badań metodą FISH z gwarancja utrzymania stałej temperatury od 35 do 90 stopni. | Cytotest CT 500 | Cytotest | A064-01369 | 801-1384 | 2018 | 1 | 12 | 2021-11-20 | Laboratorium Hematologiczne – Pracownia Cytogenetyki |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 181 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 181 – Generator SOLER do termoablacji guzów wątroby- ANGIODINAMICS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Generator SOLERO do termoablacji guzów wątroby | MW Soler Generator | ANGIODYNAMICS | QBY0002478 | 802-1305 | 2017 | 2 | 12 | 2020-09-20 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 182 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 182 – Holter RR – MORTARA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Holter RR | H12 | MORTARA | 104394976160 | 802-597 | 2004 | 2 | 12 | 2020-01-26 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 183 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 183 – System oczyszczania wody – Milipore**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | System oczyszczania wody | MilliQ Direct 8 | MILLIPORE | ZROQ00800 | KNT-801-00006/18 | 2015 | 1 | 24 | 2020-03-15 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Pracownia Izotopów |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 184 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 184 – Biophotometr D30 – Eppendorf**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | BIOPHOTOMETR D30 | D309 | Eppendorf | E2572599 | KNT-801-00007/18 | 2018 | 1 | 24 | 2020-03-12 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Pracownia Izotopów |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 185 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 185 – System dokumentacji żeli – Labnt**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | System dokumentacji żeli | Endro GDS Touch | Labnt | T 1148A1 | KNT-801-00002/3/17 | 2017 | 1 | 36 | 2020-11-28 | Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych - Pracownia Izotopów |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 186 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 186 – Biopompa Stocker – Stocker Instrumente**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | BIOPOMPA STOCKER | SCP+SCPC | STOCKERT INSTRUMENTE | 60S1159 | 802-626 | 2005 | 2 | 12 | 2020-09-19 | Oddział Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej - Blok Operacyjny |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 187 do SIWZ**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**Pakiet nr 187 – Wyciąg laboratoryjny – KM TEK–FIN OY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Typ aparatu** | **Producent** | **Nr fabryczny** | **Nr inwentarzowy** | **Rok prod.** | **Ilość przeglądów w okresie umowy** | **Częstotliwość** | **Termin wykonania pierwszego przeglądu do:** | **Miejsce użytkowania** | **Cena brutto za 1 przegląd** | **Cena brutto za okres umowy** |
| 1 | Wyciąg Laboratoryjny | Antib 650 | KM TEK-FIN OY | 5082/11 | 801-321 | 2013 | 2 | 12 | 2020-10-30 | Apteka (plc) |  |  |
| 2 | Wyciąg Laboratoryjny | Antib 650 | KM TEK-FIN OY | 5774/17 | 802-1637 | 2017 | 1 | 12 | 2021-10-30 | Apteka |  |  |
| 3 | Wyciąg Laboratoryjny | Antib 650 | KM TEK-FIN OY | 5772/17 | 802-1628 | 2017 | 1 | 12 | 2021-10-30 | Apteka |  |  |
| 4 | Wyciąg Laboratoryjny | Antib 650 | KM TEK-FIN OY | 5773/17 | 802-1623 | 2017 | 1 | 12 | 2021-10-30 | Apteka |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM:** | | | | | | | | | | |  |  |

**W przypadku, gdy umowa zostanie zawarta po terminie wykonania przeglądu podanego przez Zamawiającego, Wykonawca zobowiązany będzie do wykonania przeglądu w terminie do 7 dni robocze od dnia zawarcia**

**Wykonawca jest zobowiązany wykonywać okresowe przeglądy i konserwację aparatów zgodnie z wymogami producenta aparatu.**

W zakres okresowych przeglądów technicznych i konserwacyjnych wchodzi między innymi (jeśli dotyczy):

- kontrola funkcjonowania systemu,

- sprawdzenie zgodności parametrów technicznych z dokumentacją aparatury medycznej,

- sprawdzeniu funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy, regulacja, czyszczenie, smarowanie, w tym kalibracja, legalizacja, walidacja ( w przypadku gdy jest wymagana przez producenta lub obowiązujące przepisy prawne, ustawienie (uregulowanie) wymaganych przez producenta parametrów urządzeń, , wzorcowanie

- wymiana zestawów serwisowych uszczelek, filtrów lub innych elementów zużywalnych zgodnie z zaleceniami producenta,

- niewielkie modernizacje techniczne

- aktualizacje oprogramowania w przypadku urządzeń które je posiadają,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa mechanicznego,

- kontrola występowania usterek zewnętrznych, bezpieczeństwa wyrobu,

- inspekcja zużycia części,

- sprawdzaniu bezpieczeństwa elektrycznego (instalacji urządzeń).

**Wykonanie testów bezpieczeństwa elektrycznego** Wykonawca jest zobowiązany potwierdzić protokołem, zgodnie z obowiązującymi normami: PN-EN zawierającymi nazwę badanego sprzętu, numer seryjny, listę badanych parametrów, nazwę i numer seryjny przyrządu pomiarowego używanego przy testowaniu, numer świadectwa wzorcowania i czas jego ważności.

Jeżeli w ramach czynności serwisowej obowiązuje legalizacja, walidacja aparatu, bądź jego części Wykonawca zobowiązany jest do wykonania tejże legalizacji, walidacji i przedstawienie odpowiednich świadectw.

**Na cenę przeglądu okresowego składa się:** - koszt robocizny jako zryczałtowana kwota zawierająca wszelkie składowe takie jak: koszty delegacyjne, dojazdu, transportu, ewentualnie koszt przesyłki sprzętu i aparatury (gdy przedmiot serwisu jest zabierany przez Wykonawcę usług, a następnie w ten sam sposób dostarczany po wykonaniu przeglądu) czynności konserwacyjne i pomiarowe, wystawienie certyfikatów itd. - koszt części zużywalnych wymienianych podczas przeglądu okresowego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik Nr 188 do SIWZ**

Miejscowość ………………. dnia ……………….2020 r.

…………………………………………

Pieczęć firmowa wykonawcy

**OFERTA**

**DLA SAMODZIELNEGO PUBLICZNGO SZPITALA KLINICZNEGO**

**IM. ANDRZEJA MIELĘCKIEGO ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**

**W KATOWICACH**

Nazwa wykonawcy: …………………………………................................……………………………

Siedziba:…………………………………………………....................................……………………

REGON: …………………………………….. NIP:……………………………………………

Osoba upoważniona do kontaktu z zamawiającym: . …………………...……………………………………..…

Tel:. ………………………………..............… e-mail: **………………………………………………….**

Osoba upoważniona do podpisania umowy : ………………………………………………………

W przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej, osobą uczestniczącą w realizacji zamówienia,  
o której mowa w § 3 ust. 2 projektu mowy będzie Pani/Pan: …………………………………………

tel.: …………………………………….. e-mail: ……………………………………………………..

Wadium wniesione w pieniądzu należy zwrócić na konto:

………………………………………………………………………………………………………………

***Zamawiający wymaga wypełnienia wszystkich pól / podania wszystkich danych wymaganych w ramce powyżej.***

W nawiązaniu do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym oferuję ***WYKONANIE USŁUGI W ZAKRESIE OKRESOWYCH PRZEGLĄDÓW I KONSERWACJI APARATURY MEDYCZNEJ*** na warunkach określonych w specyfikacji istotnych warunków zamówienia za cenę:

## ***PAKIET Nr …..…\*\****

bez podatku VAT………………...…………………zł

podatek VAT ………% …………………………….zł

**z podatkiem VAT** ………………………………….zł

Słownie: ……………………………………………………………………………………...........zł

## *Wykonawca zobowiązany jest do powtórzenia powyższego wzoru tyle razy, ile części* – *Pakietów oferuje. Należy wpisać numer oferowanego Pakietu.*

1. Oświadczamy, że cena/y brutto zawarta/e w Ofercie zawierają wszystkie koszty, jakie ponosi Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.
2. Oświadczamy, że akceptujemy warunki płatności określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia przedmiotowego postępowania.
3. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 60 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczamy, że niniejsza oferta zawiera informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji: **TAK / NIE\*.**
5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z projektem umowy, stanowiącym Załącznik Nr 5 do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umowy zgodnej z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
6. Oświadczam, że wybór mojej/naszej oferty będzie prowadził do **powstania u zamawiającego obowiązku podatkowego** zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, o którym mowa  
   w Rozdziale XIII pkt. 7) SIWZ **[] TAK**  / powyższy obowiązek podatkowy będzie dotyczył …………………[] **NIE\***.
7. Oświadczamy, że zamówienie zrealizujemy: bez udziału podwykonawców / z udziałem podwykonawców\*.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

\* - *niepotrzebne skreślić*

\*\* - *wypełnia wykonawca*

**Załącznik Nr 189 do SIWZ**

***Zamawiający:***

**SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

**40-027 Katowic ul. Francuska 20/24**

***Wykonawca:***

…………………………………………

………………………..………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

***reprezentowany przez:***

…………………………………………

……………………..……………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy**

**składane na podstawie art. 24 ust. 11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY KAPITAŁOWEJ**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. ***„WYKONANIE USŁUGI W ZAKRESIE OKRESOWYCH PRZEGLĄDÓW I KONSERWACJI APARATURY MEDYCZNEJ”***,prowadzonego przez SPSKM w Katowicach*,* oświadczam, co następuje:

Składając ofertę w postępowaniu o udzielnie zamówienia publicznego, którego przedmiotem są ***„WYKONANIE USŁUGI W ZAKRESIE OKRESOWYCH PRZEGLĄDÓW I KONSERWACJI APARATURY MEDYCZNEJ”,***  prowadzonym przez SPSKM Katowice oświadczamy, że:

1. nie należymy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 11 ustawy Prawo zamówień publicznych \*,
2. należymy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 11 ustawy Prawo zamówień publicznych\*. W przypadku przynależności Wykonawcy do grupy kapitałowej, o której mowa w art. 24 ust. 11 ustawy Prawo zamówień publicznych, Wykonawca składa wraz z ofertą listę podmiotów należących do grupy kapitałowej.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

\* - niepotrzebne skreślić.

**\*** *należy zaznaczyć właściwą odpowiedź***;** *wykonawca, który należy do grupy kapitałowej zobowiązany jest do złożenia listy podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej*

**Załącznik Nr 190 do SIWZ**

***Zamawiający:***

**SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

**40-027 Katowic ul. Francuska 20/24**

***Wykonawca:***

…………………………………………

……………………………..……………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

***reprezentowany przez:***

…………………………………………

……………………..……………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU / PODMIOTÓW**

**ODDAJĄCYCH DO DYSPOZYCJI WYKONAWCY NIEZBĘDNE ZASOBY**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. ***„WYKONANIE USŁUGI W ZAKRESIE OKRESOWYCH PRZEGLĄDÓW I KONSERWACJI APARATURY MEDYCZNEJ”***, prowadzonego przez SPSKM w Katowicach, oświadczam, że zobowiązuję się do oddania do dyspozycji wykonawcy …………………………………………….\* niezbędnych zasobów wykazanych poniżej na okres korzystania  
z nich od ………… do ………….przy wykonywaniu zamówienia:

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

\* podać nazwę wykonawcy

**Załącznik Nr 191 do SIWZ**

***Zamawiający:***

**SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

**40-027 Katowic ul. Francuska 20/24**

***Wykonawca:***

………………………………………………

……………………………..………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

***reprezentowany przez:***

………………………………………………

……………………..………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**WYKAZ OSÓB ZDOLNYCH DO WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Numer pakietu*** | ***Imię i nazwisko osób skierowanych do realizacji przedmiotu zamówienia*** | ***Uprawnienia (odbyte szkolenia), kwalifikacje zawodowe, doświadczenie, wykształcenie, upoważniające do wykonania przeglądu/konserwacji danego przedmiotu zamawiania[[1]](#footnote-1)*** | ***Zakresu wykonywanych przez nie czynności podczas realizowania przedmiotu zamówienia*** | ***Informacja o podstawie do dysponowania tymi osobami.[[2]](#footnote-2)*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Wykonawca oświadcza, iż osoby skierowane przez niego do realizacji przedmiotu zamówienia:**

1) będą dysponować określonym przez wytwórcę zapleczem technicznym, częściami zamiennymi, częściami zużywalnymi i materiałami eksploatacyjnymi;

2) będą posiadać określone przez wytwórcę instrukcje serwisowe wyrobu oraz odpowiednie procedury i instrukcje wykonywania czynności, które stanowią przedmiot zamówienia;

3) posiadające określone przez wytwórcę kwalifikacje i doświadczenie zawodowe niezbędne do prawidłowego wykonania przedmiotu zamówienia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

**Załącznik nr 191 A do SIWZ**

***Zamawiający:***

**SP Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego**

**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

**40-027 Katowic ul. Francuska 20/24**

***Wykonawca:***

………………………………………………

……………………………..………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

***reprezentowany przez:***

………………………………………………

……………………..………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**WYKAZ OSÓB ZDOLNYCH DO WYKONANIA ZAMÓWIENIA – składany w celu uzyskania punktów w kryterium oceny ofert – *DOŚWIADCZENIE***

Zamawiający w niniejszym kryterium oceny ofert przyzna punkty za łączne doświadczenie osób skierowanych do realizacji zamówienia w wykonywaniu usług przeglądów i konserwacji sprzętu medycznego odpowiadającemu przedmiotowi zamówienia w zakresie danej części. Maksymalną ilość punktów otrzyma oferta, w której zostanie wykazana największa ilość wykonanych przeglądów/konserwacji sprzętu medycznego odpowiadającemu przedmiotowi zamówienia w zakresie danej części w okresie od 01.07.2018r. – do dnia składania ofert. Zamawiający zsumuje okres realizacji umów przez osoby wskazane w wykazie osób.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Numer pakietu/ nazwa sprzętu którego dotyczy wykazany przegląd/konserwacja*** | ***Imię i nazwisko osób skierowanych do realizacji przedmiotu zamówienia*** | ***Podmiot na rzecz, którego usługa została wykonana*** | ***Data wykonania przeglądu/konserwacji*** | ***Na potwierdzenie wykonanej usługi do niniejszego wykazu dołączamy dokument (np. referencje, zlecenie, faktura, protokół zdawczo-odbiorczy itp.)*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis osoby/osób uprawnionej/ uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

1. Należy podać min.: rodzaj posiadanych uprawień (certyfikat, potwierdzenie odbytego szkolenia, autoryzacja wytwórcy itp…); datę ich wystawienia; okres ich obowiązywania (jeśli dotyczy); urządzenia, których uprawnienia dotyczą; podmiot, który wystawił dane uprawnienia. [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy podać na jakiej podstawie dysponuje się osobą skierowana do realizacji przedmiotu zamówienia (np. umowa o pracę, umowa zlecenia, umowa o dzieło, zobowiązanie innego podmiotu do oddania do dyspozycji, umowa przedwstępna itp.). **W przypadku powołania się na potencjał podmiotu trzeciego (podwykonawcę), należy podać, czy jest to dysponowanie bezpośrednie czy pośrednie**.

   **Bezpośrednie** - „W przypadkach, gdy tytułem prawnym do powołania się przez wykonawcę na dysponowanie osobami zdolnymi do wykonania zamówienia jest stosunek prawny istniejący bezpośrednio pomiędzy wykonawcą a osobą (osobami), na dysponowanie której (których) wykonawca się powołuje, mamy do czynienia z dysponowaniem bezpośrednim **(w takim przypadku nie zachodzi, sytuacja o której mowa w art. 22a Pzp, gdyż nie występują żadne zasoby podmiotów trzecich)**. Przy czym bez znaczenia jest tutaj charakter prawny takiego stosunku, tj. czy mamy tu do czynienia z umową o pracę, umową o świadczenie usług, umową przedwstępną, czy też z samozatrudnieniem się osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą itd.”

   **Pośrednie** „Natomiast z pośrednim dysponowaniem osobami zdolnymi do wykonania zamówienia mamy do czynienia w sytuacji, gdy więź prawna łączy wykonawcę z podmiotem (osobą) dysponującą tymi właśnie osobami. Innym słowy, wykonawca zawiera umowę z podmiotem (osobą fizyczną, prawną lub inną jednostką organizacyjną), w którego władaniu czy dyspozycji znajduje się osoba zdolna do wykonania zamówienia i ten podmiot zobowiązuje się do udostępnienia swoich zasobów zgodnie z art. 22a ust. 2 Pzp.”

   **Wykonawca dokument/dokumenty potwierdzające uprawnienia Wykonawcy będzie zobowiązany dostarczyć Zamawiającemu przed zawarciem umowy.** [↑](#footnote-ref-2)