|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………..(nazwa i adres wykonawcy) |  | **Załącznik nr 3a do SWZ** |
|  |
| dotyczy: przetargu nieograniczonego na dostawę specjalistycznych materiałów medycznych wraz z najmem systemu do mappingu trójwymiarowego i najmem 10 szt. programatorów dla Pracowni Elektrofizjologii, znak sprawy: 4 WSzKzP.SZP.2612.22.2022 |
|  |
| **DOTYCZY (PRZEKAZANIA) - PROTOKÓŁ PRZEKAZANIA TOWARU / SPRZĘTU MEDYCZNEGO** |

 **Miejsce realizacji**

 **Oddział/Pracownia/Zakład**

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ we Wrocławiu

 50 – 981 Wrocław, ul. R . Weigla 5

 tel./ fax 261 660-……………..

**------------------------------------------------------------------------**

**Nazwa Firmy**

Pełny adres: kod pocztowy, ulica, numer lokalu

tel………………...

fax………………..

**Proszę o przekazanie sprzętu medycznego nr umowy:**

**………pełny numer umowy……………….**

|  |
| --- |
| **PAKIET NR …………………….Pełna nazwa sprzętu medycznego** |
| **lp.** | **Przedmiot umowy** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Ilość sztuk przyjęta do Oddziału/ Pracowni zgodnie z zawartą umową** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **nazwa producenta, numer katalogowy** |
| 1 | **Pełna nazwa sprzętu medycznego zgodnie z zawartą umową** | sztuka |  |  |  |  |  |  |
| 2 | **Pełna nazwa sprzętu medycznego zgodnie z zawartą umową** | sztuka |  |  |  |  |  |  |
| 3 | **Pełna nazwa sprzętu medycznego zgodnie z zawartą umową** | sztuka |  |  |  |  |  |  |
| 4 | **Pełna nazwa sprzętu medycznego zgodnie z zawartą umową** | sztuka |  |  |  |  |  |  |
| (…) | (…) | (…) | (…) | (…) | (…) | (…) | (…) | (…) |
| **RAZEM PAKIET ……….** |  |  |  |

***Wykonawca***  ***………………………………………………***

***Kierownik Pracowni/ Pielęgniarka koordynująca ……………………………………………***

***Wydział Zaopatrzenia Medycznego ……………………………………………..***

 ***Data przekazania/odbioru sprzętu i podpis***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………..(nazwa i adres wykonawcy) |  | **Załącznik nr 3b do SWZ** |
|  |
| dotyczy: przetargu nieograniczonego na dostawę specjalistycznych materiałów medycznych wraz z najmem systemu do mappingu trójwymiarowego i najmem 10 szt. programatorów dla Pracowni Elektrofizjologii, znak sprawy: 4 WSzKzP.SZP.2612.22.2022 |
|  |
| **DOTYCZY (ZUŻYCIA) - PROTOKÓŁ ZUŻYCIA JEDNORAZOWEGO SPRZĘTU** **DO ZABIEGU** |



**Miejsce realizacji**

**Oddział/Pracownia/Zakład**

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ we Wrocławiu

 50 – 981 Wrocław, ul. R . Weigla 5

 tel./ fax 261 660-……………..

**------------------------------------------------------------------------**

**Nazwa Firmy**

Pełny adres: kod pocztowy, ulica, numer lokalu

tel………………... / fax………………..

Uprzejmie informuję, że dnia…………..zostały zużycie:

 - Numer historii choroby

* Ilość i rodzaj
* Numer seryjny zużytego sprzętu
* …………………………………..

**Miejsce na fiszki (nalepki):**

Proszę o uzupełnienie stanu magazynowego oraz o wystawienie faktury VAT za w/w produkt/-ty

***…………………… ……………………………………… data*** podpis

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………..(nazwa i adres wykonawcy) |  | **Załącznik nr 3c do SWZ** |
|  |
| dotyczy: przetargu nieograniczonego na dostawę specjalistycznych materiałów medycznych wraz z najmem systemu do mappingu trójwymiarowego i najmem 10 szt. programatorów dla Pracowni Elektrofizjologii, znak sprawy: 4 WSzKzP.SZP.2612.22.2022 |
|  |
| **DOTYCZY (ODBIORU) - PROTOKÓŁ ODBIORU TOWARU / SPRZĘTU MEDYCZNEGO**  |

 **Miejsce realizacji**

**Oddział/Pracownia/Zakład**

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ we Wrocławiu

50 – 981 Wrocław, ul. R . Weigla 5

tel./ fax 261 660-……………..

**------------------------------------------------------------------------**

**Nazwa Firmy:** *Pełny adres: kod pocztowy, ulica, numer lokalu*

tel………………... / fax………………..

**Proszę o odbiór sprzętu medycznego nr umowy:**

*………pełny numer umowy……………….*

|  |
| --- |
| **PAKIET NR …………………….Pełna nazwa sprzętu medycznego** |
| **lp.** | **Przedmiot umowy** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Ilość sztuk przyjęta do Oddziału/ Pracowni zgodnie z zawartą umową** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **nazwa producenta, numer katalogowy** |
| 1 | **Pełna nazwa sprzętu medycznego zgodnie z zawartą umową** | sztuka |  |  |  |  |  |  |
| 2 | **Pełna nazwa sprzętu medycznego zgodnie z zawartą umową** | sztuka |  |  |  |  |  |  |
| 3 | **Pełna nazwa sprzętu medycznego zgodnie z zawartą umową** | sztuka |  |  |  |  |  |  |
| (…) | (…) | (…) | (…) | (…) | (…) | (…) | (…) | (…) |
| **RAZEM PAKIET ……….** |  |  |  |

***……………………………………………………….***

 ***Data odbioru sprzętu***

***Wykonawca ………………….………………… podpis***

***Kierownik Pracowni/ Pielęgniarka koordynująca ……………………………………….podpis***

***Wydział Zaopatrzenia Medycznego ……………………… ………………podpis***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………..(nazwa i adres wykonawcy) |  | **Załącznik nr 3d do SWZ** |
|  |
| dotyczy: przetargu nieograniczonego na dostawę specjalistycznych materiałów medycznych wraz z najmem systemu do mappingu trójwymiarowego i najmem 10 szt. programatorów dla Pracowni Elektrofizjologii, znak sprawy: 4 WSzKzP.SZP.2612.22.2022 |
|  |
| **DOTYCZY (NAJEM) - PROTOKÓŁ INSTALACJI I PRZEKAZANIA**  |

**do umowy nr …………… z dnia ………………**

Miejscowość: Wrocław data odbioru …………….

1. **Zamawiający:**

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu

ul. R. Weigla 5

50-981 Wrocław

w imieniu którego odbioru dokonują:

1. Pracownik DAM:

…………………………………………

imię i nazwisko

1. Pracownik Pracowni:

…………………………………………

imię i nazwisko

**Wykonawca:**

………………………………………………………………

………………………………………………………………

………………………………………………………………

w imieniu którego sprzęt przekazuje:

…………………

imię i nazwisko

1. Przedmiot protokołu …………………………………………………………… typ ……………………, rok produkcji …………, producent ……………:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NAZWA | Typ | ILOŚĆ SZTUK | Numerseryjny | kod DAM |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Odbiorca potwierdza otrzymanie wraz z dostarczonym sprzętem medycznym :
* instrukcji obsługi i użytkowania w języku polskim w formie papierowej i elektronicznej
* wykazu autoryzowanych punktów serwisowych
* kopii Certyfikatu CE wydanego przez jednostkę notyfikacyjną (jeżeli dotyczy) wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w jęz. obcym
* kopii Deklaracji Zgodności wystawioną przez producenta wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym
* karty gwarancyjnej
* paszportu technicznego
1. Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi, konserwacji, mycia i dezynfekcji przedmiotu przekazania przeprowadzono w dniach:
…………………… w godz. ……………
…………………… w godz. ……………
2. W szkoleniu tym wzięły udział następujące osoby:
* …………………………………………………………………
* …………………………………………………………………
* …………………………………………………………………
* …………………………………………………………………
* …………………………………………………………………
* …………………………………………………………………
* …………………………………………………………………
* …………………………………………………………………
* …………………………………………………………………
* …………………………………………………………………

Certyfikaty szkolenia zostaną dosłane do 14 dni od daty podpisania protokołu.

1. Niniejszym zgodnie stwierdzamy, ze sprzęt wymieniony w pkt. 2 niniejszego protokołu zostaje przyjęty do eksploatacji **bez zastrzeżeń.**

**Wykonawca: Zamawiający:**

………..……………………………………

up. pracownik Działu Aparatury Medycznej

………..………………..………………

 up. pracownik Oddziału

………..………………..………………

up. pracownik Ośrodka Przetwarzania Informacji

(jeżeli dotyczy)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………..(nazwa i adres wykonawcy) |  | **Załącznik nr 3e do SWZ** |
|  |
| dotyczy: przetargu nieograniczonego na dostawę specjalistycznych materiałów medycznych wraz z najmem systemu do mappingu trójwymiarowego i najmem 10 szt. programatorów dla Pracowni Elektrofizjologii, znak sprawy: 4 WSzKzP.SZP.2612.22.2022 |
|  |
| **DOTYCZY (NAJEM) - PROTOKÓŁ DEINSTALACJI i USUNIĘCIA DANYCH**  |

**do umowy nr …………… z dnia ………………**

Miejscowość: Wrocław data odbioru …………….

1. **Zamawiający:**

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu

ul. R. Weigla 5, 50-981 Wrocław

w imieniu którego przekazania dokonują:

1. Pracownik DAM:

…………………………………………

imię i nazwisko

1. Pracownik Pracowni:

…………………………………………

imię i nazwisko

1. Pracownik OPI:

…………………………………………

imię i nazwisko

**Wykonawca:**

………………………………………………………………

………………………………………………………………

………………………………………………………………

………………………………………………………………

w imieniu którego sprzęt odbiera:

………………………………………

imię i nazwisko

1. **Przedmiot protokołu** (dane identyfikacyjne urządzenia/pamięci) typ ……………………, rok produkcji …………, producent ……………:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa sprzętu | Typ | Ilość sztuk | Numerseryjny | kod DAM | Nazwa programu do kasowania DO |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Opis procedury bezpowrotnego niszczenia DO – każdorazowo pod nadzorem OPI**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**----------------------------------------------------------------------**

(*data i czytelny podpis osoby dokonującej kasowania DO)*

1. **W przypadku braku możliwości realizacji pkt. 3 – przekazanie na własność dysków Zamawiającemu – zgodnie z zapisami § ….. pkt. ….. niniejszej umowy**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NAZWA | Typ | ILOŚĆ SZTUK | Numerseryjny | kod DAM |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Niniejszym zgodnie stwierdzamy, ze sprzęt wymieniony w pkt. 2 niniejszego protokołu zostaje przekazany **bez zastrzeżeń, (wpisać uwagi lub zastrzeżenia)**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Wykonawca: Zamawiający:**

………..…………………………

 up. pracownik Działu Aparatury Medycznej

………………………………………

up. pracownik Ośrodka Przetwarzania Informacji (jeżeli dotyczy)

………..…………………………

up. pracownik Oddziału/Zakładu/Pracowni

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………..(nazwa i adres wykonawcy) |  | **Załącznik nr 3f do SWZ** |
|  |
| dotyczy: przetargu nieograniczonego na dostawę specjalistycznych materiałów medycznych wraz z najmem systemu do mappingu trójwymiarowego i najmem 10 szt. programatorów dla Pracowni Elektrofizjologii, znak sprawy: 4 WSzKzP.SZP.2612.22.2022 |
|  |
| **WYMAGANIA SZCZEGÓŁOWE DOTYCZĄCE PROCEDURY DOSTAWY I URUCHOMIENIA SPRZĘTU BĘDĄCEGO PRZEDMIOTEM UMOWY**dotyczy: pakiet nr 1 poz. 4, pakiet nr 2 poz. 5, pakiet nr 5 poz. 9, pakiet nr 7 poz. 3, pakiet nr 8 poz. 4, pakiet nr 9 poz. 7, pakiet nr 15 poz. 25, pakiet nr 16 poz. 4 i pakiet nr 19 poz. 9 |

* + 1. Wykonawca przedstawia na piśmie harmonogram realizacji umowy (harmonogram dostawy Wykonawca ma obowiązek przedstawić Zamawiającemu w terminie **3 dni roboczych** od daty zawarcia umowy), który powinien obejmować następujące etapy:

**A Akceptacja harmonogramu**

1. Harmonogram dostawy należy uzgodnić z upoważnionym pracownikiem Pracowni Elektrofizjologii Inwazyjnej oraz z upoważnionym pracownikiem Działu Aparatury Medycznej;
2. Wykonawca dostarczy imienną listę osób, które będą wykonywały prace w ramach niniejszej umowy.
3. Lista zawiera: imię, nazwisko, nr dowodu tożsamości, nazwę firmy.
4. **Dostarczenie sprzętu**
5. Wykonawca w uzgodnionym terminie dostarcza zamówiony sprzęt własnym staraniem;
6. Zamawiający potwierdza odbiór ilościowy sprzętu i oprogramowania od Wykonawcy.
7. Formalne przekazanie sprzętu pod opiekę Zamawiającego, dokonuje upoważniony przedstawiciel Wykonawcy, wymieniony w pkt. A.c), po sprawdzeniu ilościowym sprzętu lub zaplombowanych opakowań.
8. **Uruchomienie sprzętu**
9. Zamawiający wskazuje przyłącze zasilania 230V.
10. Wykonawca rozpakowuje sprzęt i instaluje w miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
11. Wykonawca dostarcza pozostałe kable połączeniowe i zasilające dla urządzeń.
12. Wykonawca konfiguruje wszystkie parametry sprzętu/aparatury medycznej, stacji roboczych, drukarek, serwerów druku, serwerów RS232 i oprogramowania sterującego zgodnie z wymaganiami Zamawiającego i zasadami pracy.
13. Wykonawca przygotowuje sprzęt/aparaturę medyczną zarówno do pracy w trybie autonomicznym jak i w trybie integracji z systemem informatycznym o nazwie ………..w zakresie pełnej funkcjonalności. **Szkolenie personelu Zamawiającego**
14. Wykonawca przeprowadza szkolenie dla pracowników komórki zamawiającej oraz OPI 4WSKzP, w zakresie obsługi sprzętu/aparatury medycznej oraz w zakresie nadawania uprawnień.
15. Wykonawca przekazuje Zamawiającemu wszystkie dokumenty wymienione w SWZ
16. **Przekazanie sprzętu i oprogramowania do eksploatacji**
17. Wykonawca zgłasza Zamawiającemu gotowość do przekazania sprzętu i oprogramowania.
18. Zamawiający dokonuje odbioru na podstawie protokołu instalacji i przekazania stanowiącego załącznik nr 3d do SWZ.
19. Wykonawca odpowiada przed Zamawiającym za całość realizowanej umowy, w tym za prace zlecone podwykonawcom.
20. Zamawiający nie dokonuje odbioru prac od podwykonawców, tylko bezpośrednio od Wykonawcy.
21. Wykonawca będzie realizował przedmiot umowy zgodnie z zaleceniami producenta sprzętu/aparatury medycznej, producenta oprogramowania oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami.
22. Wykonawca dostarczy wszystkie licencje niezbędne do pracy dostarczonego sprzętu.
23. Wykonawca będzie wykonywał prace u Zamawiającego prowadzącego nieprzerwanie działalność leczniczą.
24. Wykonawca usunie wszystkie szkody powstałe w wyniku jego działalności.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………..(nazwa i adres wykonawcy) |  | **Załącznik nr 3g do SWZ** |
|  |
| dotyczy: przetargu nieograniczonego na dostawę specjalistycznych materiałów medycznych wraz z najmem systemu do mappingu trójwymiarowego i najmem 10 szt. programatorów dla Pracowni Elektrofizjologii, znak sprawy: 4 WSzKzP.SZP.2612.22.2022 |
|  |
| **LISTA PRACOWNIKÓW WYKONAWCY**  |

uprawnionych do realizacji zadań wynikających z umowy nr ………………., spełniających wymogi

niniejszej umowy

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Nr telefonu** | **Adres e-mail** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

…………..…dnia…………… ..................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo