|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………..(nazwa i adres wykonawcy) |  | **Załącznik nr 3a do SWZ** |
|  |
| dotyczy: postępowania prowadzonego w trybie podstawowym na dostawę materiałów do biopsji gruboigłowej wspomaganej próżniowo wraz z najmem systemu, znak sprawy: 4 WSzKzP.SZP.2612.24.2021 |
|  |

**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 Oddziału/Zakładu/Pracowni:

……………………………………………

 imię i nazwisko

**Wykonawca:**

………………………………………………………………

………………………………………………………………

………………………………………………………………

w imieniu którego sprzęt przekazuje:

…………………………………………….

imię i nazwisko

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NAZWA** | **Typ** | **ILOŚĆ SZTUK** | **Numer****seryjny** | **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/Zakładu/Pracowni

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………..(nazwa i adres wykonawcy) |  | **Załącznik nr 3b do SWZ** |
|  |
| dotyczy: postępowania prowadzonego w trybie podstawowym na dostawę materiałów do biopsji gruboigłowej wspomaganej próżniowo wraz z najmem systemu, znak sprawy: 4 WSzKzP.SZP.2612.24.2021 |
|  |

**DOTYCZY ( NAJEM ) - PROTOKÓŁ DEINSTALACJI**

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:

w imieniu którego odbioru dokonują:

1. Pracownik DAM:

……………………………………………

imię i nazwisko

1. Pracownik Oddziału/Zakładu/Pracowni:

……………………………………………

 imię i nazwisko

**Wykonawca:**

……………………………………………

w imieniu którego sprzęt odbiera:

…………………………………………

imię i nazwisko

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa sprzętu** | **Typ** | **Ilość sztuk** | **Numer****seryjny** | **kod DAM** | **Nazwa programu do kasowania DO** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. Opis procedury bezpowrotnego niszczenia DO ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

----------------------------------------------------------------------

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NAZWA** | **Typ** | **ILOŚĆ SZTUK** | **Numer****seryjny** | **kod SSM** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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 Oddziału /Zakładu/Pracowni

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………..(nazwa i adres wykonawcy) |  | **Załącznik nr 3c do SWZ** |
|  |
| dotyczy: postępowania prowadzonego w trybie podstawowym na dostawę materiałów do biopsji gruboigłowej wspomaganej próżniowo wraz z najmem systemu, znak sprawy: 4 WSzKzP.SZP.2612.24.2021 |
|  |

**Dotyczy: poz. 7 załącznika nr 2 do SWZ (Formularz cenowy)**

**Wymagania szczegółowe dotyczące procedury dostawy i uruchomienia sprzętu będącego przedmiotem umowy.**

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

**A Akceptacja harmonogramu**

1. Harmonogram dostawy należy uzgodnić z upoważnionym pracownikiem Zakładu Radiologii Zabiegowej oraz z upoważnionym pracownikiem Działu Aparatury Medycznej;
2. Dostawca 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. Dostawca w uzgodnionym terminie dostarcza zamówiony sprzęt własnym staraniem;
6. Zamawiający potwierdza odbiór ilościowy sprzętu i oprogramowania od Dostawcy.
7. Formalne przekazanie sprzętu pod opiekę Zamawiającego, dokonuje upoważniony przedstawiciel Dostawcy, wymieniony w pkt. A.c), po sprawdzeniu ilościowym sprzętu lub zaplombowanych opakowań.
8. **Uruchomienie sprzętu**
9. Zamawiający wskazuje przyłącze zasilania 230V.
10. Dostawca rozpakowuje sprzęt i instaluje w miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
11. Dostawca dostarcza pozostałe kable połączeniowe i zasilające dla urządzeń.
12. Dostawca konfiguruje wszystkie parametry sprzętu/aparatury medycznej, stacji roboczych, drukarek, serwerów druku, serwerów RS232 i oprogramowania sterującego zgodnie z wymaganiami Zamawiającego i zasadami pracy.
13. Dostawca 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. Dostawca przeprowadza szkolenie dla pracowników komórki zamawiającej oraz OPI 4WSKzP, w zakresie obsługi sprzętu/aparatury medycznej oraz w zakresie nadawania uprawnień.
15. Dostawca przekazuje Zamawiającemu wszystkie dokumenty wymienione w SWZ
16. **Przekazanie sprzętu i oprogramowania do eksploatacji**
17. Dostawca zgłasza Zamawiającemu gotowość do przekazania sprzętu i oprogramowania.
18. Zamawiający dokonuje odbioru na podstawie protokołu instalacji i przekazania stanowiącego załącznik nr 3a do SWZ.
19. Dostawca odpowiada przed Zamawiającym za całość realizowanej umowy, w tym za prace zlecone podwykonawcom.
20. Zamawiający nie dokonuje odbioru prac od podwykonawców, tylko bezpośrednio od Dostawcy.
21. Dostawca będzie realizował przedmiot umowy zgodnie z zaleceniami producenta sprzętu/aparatury medycznej, producenta oprogramowania oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami.
22. Dostawca dostarczy wszystkie licencje niezbędne do pracy dostarczonego sprzętu.
23. Dostawca będzie wykonywał prace u Zamawiającego prowadzącego nieprzerwanie działalność leczniczą.
24. Dostawca usunie wszystkie szkody powstałe w wyniku jego działalności.

……………….…dnia………………

 ………...............................................................................

 (podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie prawnym
lub posiadających pełnomocnictwo)