|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………..  (nazwa i adres wykonawcy) |  | **Załącznik nr 3a do SWZ** |
|  | | |
| dotyczy: przetargu nieograniczonego na dostawę specjalistycznych materiałów medycznych dla Pracowni Hemodynamiki wraz z najmem konsoli FFR, IVUS HD oraz systemem do angioplastyki rotacyjnej, znak sprawy: 4 WSzKzP.SZP.2612.19.2021 | | |
|  | | |
| **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 dla Pracowni Hemodynamiki wraz z najmem konsoli FFR, IVUS HD oraz systemem do angioplastyki rotacyjnej, znak sprawy: 4 WSzKzP.SZP.2612.19.2021 | | |
|  | | |
| **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 dla Pracowni Hemodynamiki wraz z najmem konsoli FFR, IVUS HD oraz systemem do angioplastyki rotacyjnej, znak sprawy: 4 WSzKzP.SZP.2612.19.2021 | | |
|  | | |
| **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 dla Pracowni Hemodynamiki wraz z najmem konsoli FFR, IVUS HD oraz systemem do angioplastyki rotacyjnej, znak sprawy: 4 WSzKzP.SZP.2612.19.2021 | | |
|  | | |
| **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 SSM:

…………………………………………

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 | Numer  seryjny | kod SSM |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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 Sekcji Sprzętu Medycznego

………..………………..………………

up. pracownik Oddziału

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………..  (nazwa i adres wykonawcy) |  | **Załącznik nr 3e do SWZ** |
|  | | |
| dotyczy: przetargu nieograniczonego na dostawę specjalistycznych materiałów medycznych dla Pracowni Hemodynamiki wraz z najmem konsoli FFR, IVUS HD oraz systemem do angioplastyki rotacyjnej, znak sprawy: 4 WSzKzP.SZP.2612.19.2021 | | |
|  | | |
| **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 SSM:

…………………………………………

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 | Numer  seryjny | kod SSM | 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 § 4 pkt. 8 niniejszej umowy**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 Sekcji Sprzętu Medycznego

………………………………………

up. pracownik Ośrodka Przetwarzania Informacji (jeżeli dotyczy)

………..…………………………

up. pracownik Oddziału

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………..  (nazwa i adres wykonawcy) |  | **Załącznik nr 3f do SWZ**  **dotyczy pakietu nr 16 poz. 3**  **dotyczy pakietu nr 25 poz. 2 i 4** |
|  | | |
| dotyczy: przetargu nieograniczonego na dostawę specjalistycznych materiałów medycznych dla Pracowni Hemodynamiki wraz z najmem konsoli FFR, IVUS HD oraz systemem do angioplastyki rotacyjnej, znak sprawy: 4 WSzKzP.SZP.2612.19.2021 | | |
|  | | |
| **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 roboczych** od daty zawarcia umowy), który powinien obejmować następujące etapy:

1. **Akceptacja harmonogramu**
2. Harmonogram dostawy należy uzgodnić z upoważnionym pracownikiem Pracowni Hemodynamiki oraz z upoważnionym pracownikiem Sekcji Sprzętu Medycznego;
3. Wykonawca dostarczy imienną listę osób, które będą wykonywały prace w ramach niniejszej umowy.
4. Lista zawiera: imię, nazwisko, nr dowodu tożsamości, nazwę firmy.
5. **Dostarczenie sprzętu**
6. Wykonawca w uzgodnionym terminie dostarcza zamówiony sprzęt własnym staraniem;
7. Zamawiający potwierdza odbiór ilościowy sprzętu i oprogramowania od Wykonawcy.
8. Formalne przekazanie sprzętu pod opiekę Zamawiającego, dokonuje upoważniony przedstawiciel Wykonawcy, wymieniony w pkt. A.c), po sprawdzeniu ilościowym sprzętu lub zaplombowanych opakowań.
9. **Uruchomienie sprzętu**
10. Zamawiający wskazuje przyłącze zasilania 230V.
11. Wykonawca rozpakowuje sprzęt i instaluje w miejscu wskazanym przez Zamawiającego.
12. Wykonawca dostarcza pozostałe kable połączeniowe i zasilające dla urządzeń.
13. Wykonawca konfiguruje wszystkie parametry sprzętu/aparatury medycznej, stacji roboczych, drukarek, serwerów druku, serwerów RS232 i oprogramowania sterującego zgodnie z wymaganiami Zamawiającego i zasadami pracy.
14. 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**
15. Wykonawca przeprowadza szkolenie dla pracowników komórki zamawiającej oraz OPI 4WSKzP, w zakresie obsługi sprzętu/aparatury medycznej oraz w zakresie nadawania uprawnień.
16. Wykonawca przekazuje Zamawiającemu wszystkie dokumenty wymienione w SWZ
17. **Przekazanie sprzętu i oprogramowania do eksploatacji**
18. Wykonawca zgłasza Zamawiającemu gotowość do przekazania sprzętu i oprogramowania.
19. Zamawiający dokonuje odbioru na podstawie protokołu instalacji i przekazania stanowiącego załącznik nr 3d do SWZ.
20. Wykonawca odpowiada przed Zamawiającym za całość realizowanej umowy, w tym za prace zlecone podwykonawcom.
21. Zamawiający nie dokonuje odbioru prac od podwykonawców, tylko bezpośrednio od Wykonawcy.
22. Wykonawca będzie realizował przedmiot umowy zgodnie z zaleceniami producenta sprzętu/aparatury medycznej, producenta oprogramowania oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami.
23. Wykonawca dostarczy wszystkie licencje niezbędne do pracy dostarczonego sprzętu.
24. Wykonawca będzie wykonywał prace u Zamawiającego prowadzącego nieprzerwanie działalność leczniczą.
25. 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 dla Pracowni Hemodynamiki wraz z najmem konsoli FFR, IVUS HD oraz systemem do angioplastyki rotacyjnej, znak sprawy: 4 WSzKzP.SZP.2612.19.2021 | | |
|  | | |
| **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