**Załącznik Nr 2 do SWZ**

**Opis przedmiotu zamówienia/**

**FORMULARZ CENOWY**

**CZĘŚĆ 1. Przeglądy serwisowe i naprawa sprzętu medycznego firmy Hamilton**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto** (obliczyć: 4 x 5) | **Stawka VAT** % | **Kwota VAT** (obliczyć: 6 x 7) | **Wartość brutto** (obliczyć: 6 + 8) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | Przegląd serwisowy respiratora transportowego Hamilton T1 wraz z wystawieniem raportu serwisowego i/lub wpisem do paszportu technicznego. | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| Stawka za roboczogodzinę respiratora Hamilton T1 wraz z wystawieniem raportu i/lub wpisem do paszportu technicznego. | godz. | 4 |  |  |  |  |  |
| 2. | Części do sprzętu medycznego wymienionego powyżej, niezbędne do wykonania naprawy. Zamawiający wymaga oryginalnych części lub za jego zgodą tzw. zamienników o porównywalnej jakości, sprzedawanych po cenach katalogowych Wykonawcy lub w cenach promocyjnych, aktualnych na dzień złożenia zamówienia, nie wyższych od oryginalnych części dostępnych w katalogu producenta. Pozycja aktywna do wyczerpania kwoty wskazanej przez Zamawiającego tj. 2000 zł netto, 2 460 zł brutto. | - | - | - | 2 000,00 zł | 23% | 460,00 zł | 2 460,00 zł |
| **Razem:** | | | | |  | **XX** | **XX** |  |

Przegląd obejmuje:  
- rejestracja sprzętu i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych  
- sprawdzenie stanu technicznego, akcesoriów i ewentualne czyszczenie  
- przegląd techniczny i ewentualna kalibracja  
- badanie bezpieczeństwa elektrycznego  
- kondycjonowanie i ładowanie akumulatorów (jeżeli jest wymagane)  
- wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego (uwzględniającego w szczególności wykryte usterki) oraz w razie potrzeby również paszportu technicznego

**Czas realizacji: ………… dni (wpisać)**

(Czas realizacji: do 5 dni roboczych – 1 pkt; 6-10 dni roboczych – 0 pkt; przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy).

**CZĘŚĆ 2. Przeglądy serwisowe i naprawa wyposażenia ambulansu neonatologicznego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto** (obliczyć: 4 x 5) | **Stawka VAT** % | **Kwota VAT** (obliczyć: 6 x 7) | **Wartość brutto** (obliczyć: 6 + 8) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | Przegląd serwisowy zestawu do terapii tlenkiem azotu Bedfont Scientific Limited – Anglia NOXBOX2, z przepływomierzem, wraz z wystawieniem raportu serwisowego i/lub wpisem do paszportu technicznego. | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| Stawka za roboczogodzinę zestawu do terapii tlenkiem azotu. | godz. | 4 |  |  |  |  |  |
| 2. | Przegląd serwisowy inkubatora ATOM V-808 wraz z wystawieniem raportu serwisowego i/lub wpisem do paszportu technicznego. | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| Stawka za roboczogodzinę naprawy inkubatora ATOM V-808. | godz. | 4 |  |  |  |  |  |
| 3. | Części  do sprzętu medycznego wymienionego powyżej, niezbędne do wykonania naprawy. Zamawiający wymaga oryginalnych części lub za jego zgodą tzw. zamienników o porównywalnej jakości, sprzedawanych po cenach katalogowych Wykonawcy lub w cenach promocyjnych, aktualnych na dzień złożenia zamówienia, nie wyższych od oryginalnych części dostępnych w katalogu producenta. Pozycja aktywna do wyczerpania kwoty wskazanej przez Zamawiającego tj. 10 000 zł netto, 12 300 zł brutto. | - | - | - | 10 000,00 zł | 23% | 2 300,00 zł | 12 300,00 zł |
| **Razem:** | | | | |  | **XX** | **XX** |  |

Przegląd obejmuje:  
- rejestracja sprzętu i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych  
- sprawdzenie stanu technicznego, akcesoriów i ewentualne czyszczenie  
- przegląd techniczny i ewentualna kalibracja  
- badanie bezpieczeństwa elektrycznego (jeżeli jest wymagane)  
- kondycjonowanie i ładowanie akumulatorów (jeżeli jest wymagane)  
- wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego (uwzględniającego w szczególności wykryte usterki) oraz w razie potrzeby również paszportu technicznego

**Czas realizacji: ………… dni** (wpisać)

(Czas realizacji: do 5 dni roboczych – 1 pkt; 6-10 dni roboczych – 0 pkt; przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy).

**CZĘŚĆ 3. Przeglądy serwisowe i naprawa sprzętu medycznego firmy Medirol**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto** (obliczyć: 4 x 5) | **Stawka VAT** % | **Kwota VAT** (obliczyć: 6 x 7) | **Wartość brutto** (obliczyć: 6 + 8) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | Przegląd serwisowy krzesełka Rolman Medirol wraz z wystawieniem raportu serwisowego i/lub wpisem do paszportu technicznego. Zamawiający wymaga, aby przeglądy i naprawy były realizowane przez serwis autoryzowany przez producenta sprzętu. | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| Stawka za roboczogodzinę naprawy krzesełka Rolman Medirol.  Zamawiający wymaga, aby przeglądy i naprawy były realizowane przez serwis autoryzowany przez producenta sprzętu. | godz. | 20 |  |  |  |  |  |
| 2. | Przegląd serwisowy noszy transportowych Medirol wraz z wystawieniem raportu serwisowego i/lub wpisem do paszportu technicznego. Zamawiający wymaga, aby przeglądy i naprawy były realizowane przez serwis autoryzowany przez producenta sprzętu. | szt. | 5 |  |  |  |  |  |
| Stawka za roboczogodzinę naprawy transportera Medirol.  Zamawiający wymaga, aby przeglądy i naprawy były realizowane przez serwis autoryzowany przez producenta sprzętu. | godz. | 20 |  |  |  |  |  |
| 3. | Przegląd serwisowy transportera Medirol wraz z wystawieniem raportu serwisowego i/lub wpisem do paszportu technicznego. Zamawiający wymaga, aby przeglądy i naprawy były realizowane przez serwis autoryzowany przez producenta sprzętu. | szt. | 5 |  |  |  |  |  |
| Stawka za roboczogodzinę naprawy noszy transportowych Medirol. Zamawiający wymaga, aby przeglądy i naprawy były realizowane przez serwis autoryzowany przez producenta sprzętu. | godz. | 20 |  |  |  |  |  |
| 4. | Stawka za roboczogodzinę naprawy noszy elektrycznych VIVERA  Zamawiający wymaga, aby naprawy były realizowane przez serwis autoryzowany przez producenta sprzętu. | godz. | 20 |  |  |  |  |  |
| 5. | Części do sprzętu medycznego firmy Resculine wymienionego powyżej, niezbędne do wykonania naprawy. Zamawiający wymaga oryginalnych części lub za jego zgodą tzw. zamienników o porównywalnej jakości, sprzedawanych po cenach katalogowych Wykonawcy lub w cenach promocyjnych, aktualnych na dzień złożenia zamówienia, nie wyższych od oryginalnych części dostępnych w katalogu producenta. Pozycja aktywna do wyczerpania kwoty wskazanej przez Zamawiającego tj. 10 000 zł netto, 12 300 zł brutto. | - | - | - | 10 000,00 zł | 23% | 2 300,00 zł | 12 300,00 zł |
| **Razem:** | | | | |  | **XX** | **XX** |  |

Wykonawca oświadcza, że spełnia wymogi określone w ustawie z dnia 7 kwietnia 2022 r o wyrobach medycznych i realizuje przedmiot zamówienia za pomocą przeszkolonych osób, posiadających wymagane prawem kwalifikacje i autoryzacje, zgodnie z wymogami producenta sprzętu medycznego oraz obowiązującymi normami (serwis autoryzowany)**.**

Przegląd obejmuje:  
- rejestracja sprzętu i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych  
- sprawdzenie stanu technicznego, akcesoriów i ewentualne czyszczenie  
- przegląd techniczny i ewentualna kalibracja  
- badanie bezpieczeństwa elektrycznego  
- kondycjonowanie i ładowanie akumulatorów (jeżeli jest wymagane)  
- wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego (uwzględniającego w szczególności wykryte usterki) oraz w razie potrzeby również paszportu technicznego

**Czas realizacji: ………… dni** (wpisać)

(Czas realizacji: do 5 dni roboczych – 1 pkt; 6-10 dni roboczych – 0 pkt; przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy).

**CZĘŚĆ 4. Przeglądy serwisowe i naprawa sprzętu medycznego firmy Stryker**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto** (obliczyć: 4 x 5) | **Stawka VAT** % | **Kwota VAT** (obliczyć: 6 x 7) | **Wartość brutto** (obliczyć: 6 + 8) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | Przegląd serwisowy noszy transportowych Stryker typ M wraz z wystawieniem raportu serwisowego i/lub wpisem do paszportu technicznego. | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| Stawka za roboczogodzinę naprawy noszy transportowych Stryker typ M wraz z wystawieniem raportu i/lub wpisem do paszportu technicznego. | godz. | 2 |  |  |  |  |  |
| 2. | Przegląd serwisowy urządzeń do ucisku klatki piersiowej LUCAS wraz z wystawieniem raportu serwisowego i/lub wpisem do paszportu technicznego. Zamawiający wymaga, aby przeglądy i naprawy były realizowane przez serwis autoryzowany przez producenta sprzętu. | szt. | 15 |  |  |  |  |  |
| Stawka za roboczogodzinę naprawy urządzeń do ucisku klatki piersiowej LUCAS. Zamawiający wymaga, aby przeglądy i naprawy były realizowane przez serwis autoryzowany przez producenta sprzętu. | godz. | 20 |  |  |  |  |  |
| 3. | Przegląd serwisowy defibrylatorów Lifepak 15 wraz z wystawieniem raportu serwisowego i/lub wpisem do paszportu technicznego. Zamawiający wymaga, aby przeglądy i naprawy były realizowane przez serwis autoryzowany przez producenta sprzętu. | szt. | 2 |  |  |  |  |  |
| Stawka za roboczogodzinę naprawy defibrylatorów Lifepak 15. Zamawiający wymaga, aby przeglądy i naprawy były realizowane przez serwis autoryzowany przez producenta sprzętu. | godz. | 20 |  |  |  |  |  |
| 4. | Części do sprzętu medycznego firmy Stryker wymienionego powyżej, niezbędne do wykonania naprawy. Zamawiający wymaga oryginalnych części lub za jego zgodą tzw. zamienników o porównywalnej jakości, sprzedawanych po cenach katalogowych Wykonawcy lub w cenach promocyjnych, aktualnych na dzień złożenia zamówienia, nie wyższych od oryginalnych części dostępnych w katalogu producenta. Pozycja aktywna do wyczerpania kwoty wskazanej przez Zamawiającego tj. 10 000 zł netto, 12 300 zł brutto. | - | - | - | 10 000,00 zł | 23% | 2 300,00 zł | 12 300,00 zł |
| **Razem:** | | | | |  | **XX** | **XX** |  |

Wykonawca oświadcza, że spełnia wymogi określone w ustawie z dnia 7 kwietnia 2022 r o wyrobach medycznych i realizuje przedmiot zamówienia za pomocą przeszkolonych osób, posiadających wymagane prawem kwalifikacje i autoryzacje, zgodnie z wymogami producenta sprzętu medycznego oraz obowiązującymi normami (serwis autoryzowany)**.**

Przegląd obejmuje:  
- rejestracja sprzętu i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych  
- sprawdzenie stanu technicznego, akcesoriów i ewentualne czyszczenie  
- przegląd techniczny i ewentualna kalibracja

- badanie bezpieczeństwa elektrycznego

- kondycjonowanie i ładowanie akumulatorów  
- wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego (uwzględniającego w szczególności wykryte usterki) oraz w razie potrzeby również paszportu technicznego

**Czas realizacji: ………… dni** (wpisać)

(Czas realizacji: do 5 dni roboczych – 1 pkt; 6-10 dni roboczych – 0 pkt; przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy).

**CZĘŚĆ 5. Przeglądy serwisowe i naprawa sprzętu medycznego firmy Ferno**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto** (obliczyć: 4 x 5) | **Stawka VAT** % | **Kwota VAT** (obliczyć: 6 x 7) | **Wartość brutto** (obliczyć: 6 + 8) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | Przegląd serwisowy krzesełka transportowego Ferno/Saver wraz z wystawieniem raportu serwisowego i/lub wpisem do paszportu technicznego. | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| Stawka za roboczogodzinę naprawy krzesełka transportowego Ferno/Saver wraz z wystawieniem raportu i/lub wpisem do paszportu technicznego. | godz. | 15 |  |  |  |  |  |
| 2. | Przegląd serwisowy noszy transportowych Ferno wraz z wystawieniem raportu serwisowego i/lub wpisem do paszportu technicznego. | szt. | 20 |  |  |  |  |  |
| Stawka za roboczogodzinę naprawy noszy transportowych Ferno wraz z wystawieniem raportu i/lub wpisem do paszportu technicznego. | godz. | 20 |  |  |  |  |  |
| 3. | Przegląd serwisowy transportera Ferno wraz z wystawieniem raportu serwisowego i/lub wpisem do paszportu technicznego. | szt. | 20 |  |  |  |  |  |
| Stawka za roboczogodzinę naprawy transportera Ferno wraz z wystawieniem raportu i/lub wpisem do paszportu technicznego. | godz. | 20 |  |  |  |  |  |
| 4. | Części do sprzętu medycznego firmy Ferno/Saver wymienionego powyżej, niezbędne do wykonania naprawy. Zamawiający wymaga oryginalnych części lub za jego zgodą tzw. zamienników o porównywalnej jakości, sprzedawanych po cenach katalogowych Wykonawcy lub w cenach promocyjnych, aktualnych na dzień złożenia zamówienia, nie wyższych od oryginalnych części dostępnych w katalogu producenta. Pozycja aktywna do wyczerpania kwoty wskazanej przez Zamawiającego tj. 25 000 zł netto, 30 750 zł brutto. | - | - | - | 25 000,00 zł | 23% | 5 750,00 zł | 30 750,00 zł |
| **Razem:** | | | | |  | **XX** | **XX** |  |

Przegląd obejmuje:  
- rejestracja sprzętu i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych  
- sprawdzenie stanu technicznego, akcesoriów i ewentualne czyszczenie  
- przegląd techniczny

- naprawa wszystkich zespołów, podzespołów, układów, części i elementów wyposażenia

- wydawanie orzeczeń i opinii technicznych

- wystawienie Raportu Serwisowego (uwzględniającego w szczególności wykryte usterki)  
- wystawienie Protokołu Przeglądu oraz w razie potrzeby również paszportu technicznego

**Czas realizacji: ………… dni** (wpisać)

(Czas realizacji: do 5 dni roboczych – 1 pkt; 6-10 dni roboczych – 0 pkt; przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy).

**CZĘŚĆ 6. Przeglądy serwisowe i naprawa reduktorów tlenowych i przepływomierzy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto** (obliczyć: 4 x 5) | **Stawka VAT** % | **Kwota VAT** (obliczyć: 6 x 7) | **Wartość brutto** (obliczyć: 6 + 8) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | Przegląd serwisowy reduktorów butlowych, przepływomierzy tlenowych, reduktorów z przepływomierzem (GCE, MetalERG) wraz z wystawieniem raportu serwisowego i/lub wpisem do paszportu technicznego. | szt. | 200 |  |  |  |  |  |
| Stawka za roboczogodzinę naprawy reduktorów butlowych, przepływomierzy tlenowych, reduktorów z przepływomierzem wraz z wystawieniem raportu i/lub wpisem do paszportu technicznego. | godz. | 20 |  |  |  |  |  |
| 2. | Części do sprzętu medycznego wymienionego powyżej, niezbędne do wykonania naprawy. Zamawiający wymaga oryginalnych części lub za jego zgodą tzw. zamienników o porównywalnej jakości, sprzedawanych po cenach katalogowych Wykonawcy lub w cenach promocyjnych, aktualnych na dzień złożenia zamówienia, nie wyższych od oryginalnych części dostępnych w katalogu producenta. Pozycja aktywna do wyczerpania kwoty wskazanej przez Zamawiającego tj. 2 000 zł netto, 2 460 zł brutto. | - | - | - | 2 000,00 zł | 23% | 460,00 zł | 2 460,00 zł |
| **Razem:** | | | | |  | **XX** | **XX** |  |

Przegląd obejmuje:  
- rejestracja sprzętu i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych  
- sprawdzenie stanu technicznego, akcesoriów i ewentualne czyszczenie  
- przegląd techniczny i ewentualna kalibracja  
- wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego (uwzględniającego w szczególności wykryte usterki) oraz w razie potrzeby również paszportu technicznego

**Czas realizacji: ………… dni** (wpisać)

(Czas realizacji: do 5 dni roboczych – 1 pkt; 6-10 dni roboczych – 0 pkt; przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy).

**CZĘŚĆ 7. Przeglądy serwisowe i naprawa urządzeń do dezynfekcji metodą zamgławiania.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto** (obliczyć: 4 x 5) | **Stawka VAT** % | **Kwota VAT** (obliczyć: 6 x 7) | **Wartość brutto** (obliczyć: 6 + 8) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | Przegląd serwisowy, urządzenia do dezynfekcji NOCOSPRAY wraz z wystawieniem raportu serwisowego i/lub wpisem do paszportu technicznego. | szt. | 2 |  |  |  |  |  |
| Stawka za roboczogodzinę naprawy NOCOSPRAY wraz z wystawieniem raportu i/lub wpisem do paszportu technicznego. | godz. | 10 |  |  |  |  |  |
| 2. | Przegląd serwisowy, urządzenia do dezynfekcji HYSPRAY wraz z wystawieniem raportu serwisowego i/lub wpisem do paszportu technicznego. | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| Stawka za roboczogodzinę naprawy HYSPRAY wraz z wystawieniem raportu i/lub wpisem do paszportu technicznego. | godz. | 10 |  |  |  |  |  |
| 3. | Części do sprzętu wymienionego powyżej, niezbędne do wykonania naprawy. Zamawiający wymaga oryginalnych części lub za jego zgodą tzw. zamienników o porównywalnej jakości, sprzedawanych po cenach katalogowych Wykonawcy lub w cenach promocyjnych, aktualnych na dzień złożenia zamówienia, nie wyższych od oryginalnych części dostępnych w katalogu producenta. Pozycja aktywna do wyczerpania kwoty wskazanej przez Zamawiającego tj. 5 000 zł netto, 6 150 zł brutto. | - | - | - | 5 000,00 zł | 23% | 1150,00 zł | 6 150,00 zł |
| **Razem:** | | | | |  | **XX** | **XX** |  |

Przegląd obejmuje:  
- rejestracja sprzętu i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych  
- sprawdzenie stanu technicznego, akcesoriów i ewentualne czyszczenie  
- przegląd techniczny i ewentualna kalibracja  
- badanie bezpieczeństwa elektrycznego (jeżeli jest wymagane)  
- kondycjonowanie i ładowanie akumulatorów (jeżeli jest wymagane)  
- wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego (uwzględniającego w szczególności wykryte usterki) oraz w razie potrzeby również paszportu technicznego

**Czas realizacji: ………… dni** (wpisać)

(Czas realizacji: do 5 dni roboczych – 1 pkt; 6-10 dni roboczych – 0 pkt; przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy).

**CZĘŚĆ 8. Przeglądy serwisowe ssaków elektrycznych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jedn. wym.** | **Ilość** | **Cena netto jednostki** | **Wartość Netto** (obliczyć: 4 x 5) | **Stawka VAT** % | **Kwota VAT** (obliczyć: 6 x 7) | **Wartość brutto** (obliczyć: 6 + 8) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | Przegląd serwisowy przenośnego ssaka elektrycznego wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 15 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | |  | **XX** | **XX** |  |

Przegląd techniczny obejmuje:

- rejestracja sprzętu i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych

- sprawdzenie stanu technicznego, akcesoriów i ewentualne czyszczenie

- przegląd techniczny i ewentualna kalibracja

- badanie bezpieczeństwa elektrycznego

- kondycjonowanie i ładowanie akumulatorów (jeżeli jest wymagane)

- wystawienie Protokołu Przeglądu oraz w razie potrzeby również paszportu technicznego

**Czas realizacji: ………… dni (wpisać)**

(Czas realizacji: do 5 dni roboczych – 1 pkt; 6-10 dni roboczych – 0 pkt; przez „dzień roboczy” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy).