|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………..  (nazwa i adres wykonawcy) |  | **Załącznik nr 3a do SWZ** |
|  | | |
| dotyczy: przetargu nieograniczonego na dostawę materiałów opatrunkowych wraz z najmem aparatów do podciśnieniowego leczenia ran, znak sprawy: 4 WSzKzP.SZP.2612.58.2022 | | |
|  | | |
| **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 Oddziału/Bloku/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

………..………………..………………

up. pracownik Ośrodka Przetwarzania Informacji

(jeżeli dotyczy)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………..  (nazwa i adres wykonawcy) |  | **Załącznik nr 3b do SWZ** |
|  | | |
| dotyczy: przetargu nieograniczonego na dostawę materiałów opatrunkowych wraz z najmem aparatów do podciśnieniowego leczenia ran, znak sprawy: 4 WSzKzP.SZP.2612.58.2022 | | |
|  | | |
| **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 Oddziału/Bloku/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 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 | Numer  seryjny | 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