**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**PRZEDMIOTEM ZAMÓWIENIA - Usługa:**

1. **Przedmiotem zamówienia jest**: wykonanie usługi  ***„przeglądu okresowego i naprawy sprzętu medycznego w okresie 24 miesięcy”.***
2. Obowiązek serwisowania sprzętu medycznego zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2010 Nr 107, poz. 679 ze zm.).
3. Zamówienie podzielono na 14 zadań które zostały opisane w postaci formularza asortymentowo – cenowego poniżej w tabelach:

pieczęć firmy Wykonawcy

pieczęć firmy

**ZADANIE 1. Serwis sprzętu medycznego firmy Physio - Control**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagana Ilość** | **Cena**  **netto**  **jednostki** | **Wartość**  **Netto** | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT** | **Wartość**  **brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy defibrylatorów Lifepak 12 wraz z wystawieniem raportu serwisowego | szt. | 14 |  |  |  |  |  |
| 2. | Przegląd serwisowy defibrylatora  Lifepak 15 wraz z wystawieniem raportu serwisowego | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| 3. | Przegląd serwisowy ładowarki do akumulatorów M-BASS wraz z wystawieniem raportu serwisowego | szt. | 15 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | |  |  |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestracja defibrylatora i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych

-sprawdzenie stanu zewnętrznego defibrylatora, akcesoriów i ew. czyszczenie

-przegląd techniczny

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego

-kondycjonowanie i ładowanie akumulatorów

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych

................................................................................................

*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

pieczęć firmy Wykonawcy

pieczęć firmy

**Zadanie 2**. **Serwis sprzętu medycznego firmy PNEUPAC**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagana Ilość** | **Cena**  **netto**  **jednostki** | **Wartość**  **Netto** | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT** | **Wartość**  **brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy respiratora ParaPac 200 wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem  do paszportu technicznego | szt. | 11 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | |  |  |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestracja sprzętu i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych

-sprawdzenie stanu zewnętrznego defibrylatora, akcesoriów i ew. czyszczenie

-przegląd techniczny

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych

................................................................................................

*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

pieczęć firmy Wykonawcy

pieczęć firmy

**Zadanie 3**. **Serwis sprzętu medycznego firmy RESPIVENT**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagana Ilość** | **Cena**  **netto**  **jednostki** | **Wartość**  **Netto** | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT** | **Wartość**  **brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy respiratora Care Vent wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem  do paszportu technicznego | szt. | 2 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | |  |  |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestracja respiratora i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych

-sprawdzenie stanu zewnętrznego respiratora, akcesoriów i ew. czyszczenie

-przegląd techniczny

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych

.................................................................................

*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

pieczęć firmy Wykonawcy

pieczęć firmy

**Zadanie 4**. **Serwis sprzętu medycznego firmy Weinnman**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagana Ilość** | **Cena**  **netto**  **jednostki** | **Wartość**  **Netto** | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT** | **Wartość**  **brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy respiratora Medumat Basic P wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 4 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | |  |  |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestracja aparatu respiratora i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych

-sprawdzenie stanu zewnętrznego respiratora, akcesoriów i ew. czyszczenie

-przegląd techniczny

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych

........................................................................................

*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

pieczęć firmy Wykonawcy

pieczęć firmy

**Zadanie 5**. **Serwis sprzętu medycznego firmy DRAGER Polska**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagana Ilość** | **Cena**  **netto**  **jednostki** | **Wartość**  **Netto** | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT** | **Wartość**  **brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy respiratora OXYLOG 1000 wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| 2. | Przegląd serwisowy pomp infuzyjnych INIECTOMAT AGILIA wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 4 |  |  |  |  |  |
| 3. | Przegląd serwisowy inkubatora Globe Troter z respiratorem STEPHAN wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | |  |  |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestracja aparatów i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych

-sprawdzenie stanu zewnętrznego sprzętu, akcesoriów i ew. czyszczenie

-przegląd techniczny

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego

-kondycjonowanie i ładowanie akumulatorów

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych

............................................................................................

*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

pieczęć firmy Wykonawcy

pieczęć firmy

**Zadanie 6. Serwis sprzętu medycznego firmy MEDICO TEKNIK**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jedn** | **Wymagana**  **Ilość** | **Cena**  **netto**  **jednostki** | **Wartość**  **Netto** | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT** | **Wartość**  **brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy defibrylatora Cardio Aid wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisemdo paszportu technicznego | szt. | 9 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | |  |  |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestracja defibrylatora i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych

-sprawdzenie stanu zewnętrznego defibrylatora, akcesoriów i ew. czyszczenie

-przegląd techniczny

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego

-kondycjonowanie i ładowanie akumulatorów

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych

..................................................................................

*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

pieczęć firmy Wykonawcy

pieczęć firmy

**Zadanie 7. Serwis sprzętu medycznego firmy KWAPISZ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagana**  **Ilość** | **Cena**  **netto**  **jednostki** | **Wartość**  **Netto** | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT** | **Wartość**  **brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy pomp infuzyjnych Duet Nowa 20/50 wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem  do paszportu technicznego | szt. | 4 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | |  |  |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestracja pomp infuzyjnych i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych

-sprawdzenie stanu zewnętrznego defibrylatora, akcesoriów i ew. czyszczenie

-przegląd techniczny

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych

.................................................................................................

*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

pieczęć firmy Wykonawcy

pieczęć firmy

**Zadanie 8. Serwis sprzętu medycznego firmy MEDIMA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagana Ilość** | **Cena**  **netto**  **jednostki** | **Wartość**  **Netto** | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT** | **Wartość**  **brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy pomp infuzyjnych MEDIMA S1 wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem  do paszportu technicznego | szt. | 10 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | |  |  |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestracja pomp infuzyjnych i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych

-sprawdzenie stanu zewnętrznego defibrylatora, akcesoriów i ew. czyszczenie

-przegląd techniczny

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego

-kondycjonowanie i ładowanie akumulatorów

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych

.......................................................................................

*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

pieczęć firmy Wykonawcy

pieczęć firmy

**Zadanie 9. Serwis sprzętu medycznego firmy ASCOR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagana**  **Ilość** | **Cena**  **netto**  **jednostki** | **Wartość**  **Netto** | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT** | **Wartość**  **brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy pompy infuzyjnyjnej ASCOR AP 22 wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | |  |  |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestracja pomp infuzyjnych i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych

-sprawdzenie stanu zewnętrznego defibrylatora, akcesoriów i ew. czyszczenie

-przegląd techniczny

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego

-kondycjonowanie i ładowanie akumulatorów

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych

.........................................................................................

*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

pieczęć firmy Wykonawcy

pieczęć firmy

**Zadanie 10. Serwis sprzętu medycznego firmy BRAUN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagana Ilość** | **Cena**  **netto**  **jednostki** | **Wartość**  **Netto** | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT** | **Wartość**  **brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy pomp infuzyjnych PERFURSOR compakt wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 2 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | |  |  |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestracja pomp infuzyjnych i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych

-sprawdzenie stanu zewnętrznego defibrylatora, akcesoriów i ew. czyszczenie

-przegląd techniczny

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych

............................................................................................

*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

pieczęć firmy Wykonawcy

pieczęć firmy

**Zadanie 11. Serwis sprzętu medycznego firmy ASPEL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagana Ilość** | **Cena**  **netto**  **jednostki** | **Wartość**  **Netto** | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT** | **Wartość**  **brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy aparatu EKG Ascard B5 i Ascard 3 wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 8 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | |  |  |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestracja aparatu EKG i załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych

-sprawdzenie stanu zewnętrznego defibrylatora, akcesoriów i ew. czyszczenie

-przegląd techniczny

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego

-kondycjonowanie i ładowanie akumulatorów

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych

.......................................................................................

*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

pieczęć firmy Wykonawcy

pieczęć firmy

**Zadanie 12. Serwis sprzętu medycznego firmy FARUM**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagana Ilość** | **Cena**  **netto**  **jednostki** | **Wartość**  **Netto** | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT** | **Wartość**  **brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy reduktora tlenowego wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 20 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | |  |  |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestracja reduktora tlenowego załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych

-sprawdzenie stanu zewnętrznego reduktora, akcesoriów i ew. czyszczenie

-przegląd techniczny

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych

.........................................................................................

*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

pieczęć firmy Wykonawcy

pieczęć firmy

**Zadanie 13. Serwis sprzętu medycznego firmy FERNO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagana Ilość** | **Cena**  **netto**  **jednostki** | **Wartość**  **Netto** | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT** | **Wartość**  **brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy krzesełka transportowego Ferno wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 18 |  |  |  |  |  |
| 2. | Przegląd serwisowy noszy transportowych Ferno wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 9 |  |  |  |  |  |
| 3. | Przegląd transportera Ferno wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 9 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | |  |  |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestrację noszy, transportera i krzesełka oraz załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych

-sprawdzenie stanu zewnętrznego, akcesoriów i ew. czyszczenie

-przegląd techniczny

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych

........................................................................................

*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

pieczęć firmy Wykonawcy

pieczęć firmy

**Zadanie 14. Serwis sprzętu medycznego firmy MEDLINE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagana Ilość** | **Cena**  **netto**  **jednostki** | **Wartość**  **Netto** | **Stawka**  **VAT**  % | **Kwota**  **VAT** | **Wartość**  **brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy noszy transportowych STRAYKER  wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 7 |  |  |  |  |  |
| 2. | Przegląd transportera STRAYKER wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 7 |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | |  |  |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestrację noszy, transportera i krzesełka oraz załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych

-sprawdzenie stanu zewnętrznego, akcesoriów i ew. czyszczenie

-przegląd techniczny

-badanie bezpieczeństwa elektrycznego

-wystawienie Protokołu Przeglądu i Raportu Serwisowego

-przegląd dokonywany ma być do 10 dni roboczych

........................................................................................

*data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*