**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO – CENOWY**

**ZAMAWIAJACY**

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Płocku.**

 **PRZEDMIOTEM ZAMÓWIENIA - Usługa:**

1. **Przedmiotem zamówienia jest**: wykonanie usługi pn.: ***przegląd okresowy i naprawę sprzętu medycznego w 2017 i 2018 roku ( 24 miesiące).***
2. Obowiązek serwisowania sprzętu medycznego zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r., poz. 211 ze zm.) oraz ustawą o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 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 zwystawieniem raportu serwisowego | szt. | 28 |  |  |  |  |  |
| 2. | Przegląd serwisowy defibrylatora Lifepak 15 wraz zwystawieniem raportu serwisowego | szt. | 4 |  |  |  |  |  |
| 3. | Przegląd serwisowy ładowarki do akumulatorówM-BASS wraz z wystawieniem raportu serwisowego | szt. | 30 |  |  |  |  |  |
|  **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 wpisemdo paszportu technicznego | szt. | 22 |  |  |  |  |  |
|  **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 wpisemdo paszportu technicznego | szt. | 4 |  |  |  |  |  |
|  |  |

**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. | 8 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**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 pomp infuzyjnych INIECTOMAT AGILIA wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisemdo paszportu technicznego | szt. | 8 |  |  |  |  |  |
| 2. | Przegląd serwisowy inkubatora Globe Troter z respiratorem STEPHAN wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 2 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**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** | **Jednostka** | **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. | 16 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**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 wpisemdo paszportu technicznego | szt. | 8 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**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 wpisemdo paszportu technicznego | szt. | 20 |  |  |  |  |  |

**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 wpisemdo paszportu technicznego | szt. | 2 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**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. | 4 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**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. | 16 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**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. | 40 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Przegląd techniczny obejmuje:**

-rejestracja aparatu EKG i reduktora tlenowego załączonych akcesoriów w elektronicznej bazie danych

-sprawdzenie stanu zewnętrznego aparatu EKG i reduktora, 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 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. | 36 |  |  |  |  |  |
| 2. | Przegląd serwisowy noszy transportowych Ferno wraz zwystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 28 |  |  |  |  |  |
| 3. | Przegląd transportera Ferno wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 28 |  |  |  |  |  |

**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 STRYKER**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka** | **Wymagania Ilość** | **Cena****netto****jednostki** | **Wartość****Netto** | **Stawka****VAT**% | **Kwota****VAT** | **Wartość****brutto** |
| 1. | Przegląd serwisowy krzesełka transportowego STRYKER wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 18 |  |  |  |  |  |
| 2. | Przegląd serwisowy noszy transportowych STRYKER wraz zwystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 14 |  |  |  |  |  |
| 3. | Przegląd transportera STRYKER wraz z wystawieniem raportu serwisowego oraz wpisem do paszportu technicznego | szt. | 14 |  |  |  |  |  |

**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*