Załącznik n r 2 do SIWZ

Załącznik nr 1 do umowy TZ.LI.280.5.2022

**Formularz cenowo-techniczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Przedmiot zamówienia | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena** **jednostkowa***netto* | **Wartość** *netto**6=4x5* | **Stawka VAT***%* | **Cena** **jednostkowa***brutto**8=5+7* | **Wartość** *brutto**9=6+7* | Uwagi |
|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| **1** | Babytherm 8004 s/n ARTB-0042 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **2** | Babytherm 8010 s/n ARTA-0078 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **3.** | Babytherm 8010s/n ARTA-0074 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **4.** | Fabius GS s/n ARWM-0095 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **5.** | Fabius GS s/n ARWM-0096 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **6.** | Fabius GS Premium s/n ASDD-0009 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **7.** | Fabius GS Premium s/n ASDE-0019 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **8.** | Fabius GS Premium s/n ASDL-0253 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **9.** | Fabius GS Premium s/n ASHE-0106 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **10.** | Fabius GS Premium s/n ASHE-0107 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **11.** | Fabius GS Premium s/n ASHK-0246 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **12.** | Fabius GS Premium s/n ASHK-0247 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **13.** | Fabius GS Premium s/n ASHK-0248 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **14.** | Fabius GS Premium s/n ASKM-0149 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **15.** | Fabius Tiro s/n ASAD-0051 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **16.** | Infinity Deltas/n 5396262765 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **17.** | Infinity Deltas/n 5396257958 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **18.** | Infinity Deltas/n 6007207873 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **19.** | Infinity Deltas/n 6007206081 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **20.** | Infinity Deltas/n 6007630674 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **21.** | Infinity Deltas/n 6007653970 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **22.** | Infinity Deltas/n 6007609867 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **23.** | Infinity Deltas/n 6009941664 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **24.** | Infinity Delta XLs/n 6001010687 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **25.** | Infinity Delta XLs/n 6004496067 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **26.** | Infinity Delta XLs/n 6004637459 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **27.** | Infinity Delta XLs/n 6005085874 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **28.** | Infinity Delta XLs/n 6009002377 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **29.** | Infinity Gamma XL s/n 5513736362 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **30.** | Infinity Pod Trident NMT s/n 5660904269 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **31.** | Isolette C200 s/n HF32607 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **32.** | Isolette C200 s/n HF32609 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **33.** | Isolette C200 s/n HF32610 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **34.** | Isolette C200 s/n HF32608 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **35.** | JM-105 s/n B3701165 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **36.** | PIOLT-C s/n 18308948 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **37.** | Primus s/n ASML-0263 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **38.** | Scio Four s/n ARWM-0109 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **39.** | Scio Four s/n ASAD-0023 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **40.** | Scio Four s/n ASDC-0224 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **41.** | Scio Four s/n ASDC-0115 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **42.** | Scio Four s/n ASDL-0084 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **43.** | Scio Four Oxi s/n ASEM-0059 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **44.** | Scio Four Oxi s/n ASFA-0098 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **45** | Scio Four s/n ASHK-0123 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **46.** | Scio Four s/n ASHK-0119 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **47.** | Scio Four s/n ASHK-0117 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **48.** | TOFSCAN s/n 18-8064 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **49.** | Vapor 2000 Sevoflurane s/n ARWL-0993 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **50.** | Vapor 2000 Sevoflurane s/n ASAD-0627 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **51.** | Vapor 2000 Sevoflurane s/n ASDD-0126 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **52.** | Vapor 2000 Sevoflurane s/n ASDD-0577 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **53.** | Vapor 2000 Sevoflurane s/n ASDL-0811 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **54.** | Vapor 2000 Sevoflurane s/n ASHE-0595 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **55.** | Vapor 2000 Sevoflurane s/n ASHE-0596 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **56.** | Vapor 2000 Sevoflurane s/n ASHK-0322 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **57.** | Vapor 2000 Sevoflurane s/n ASHK-0323 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **58.** | Vapor 2000 Sevoflurane s/n ASHK-0321 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **59.** | Scio Four s/n ASKM-6022 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **60.** | Scio Four s/n ARWL-0013 | **miesiąc** | **36** |  |  |  |  |  |  |
| **Razem wartość oferty** |  |

**Serwis w zakresie przeglądów aparatów do znieczulania, respiratorów**

**i inkubatorów oraz wymiana czujników O2 Sensor (Capsule)**

**B.** Wykonawca gwarantuje, że przedmiot zamówienia spełniać będzie wymagania wskazane

w niniejszej tabeli.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I.** | **PARAMETR/FUNKCJA/WARUNKI** |  |
| Lp. | **Usługa serwisowa w zakresie obowiązkowych przeglądów, napraw i konserwacji:****Aparaty do znieczulenia typ: Fabius GS Premium – 9szt., Fabius GS – 2szt., Fabius Tiro – 1 szt. wraz z kardiomonitorami, analizatorami gazów anestetycznych i parownikami**  |  |
|  | Przegląd, naprawa i konserwacja aparatów do znieczulenia wraz z współpracującymi z nimi analizatorami gazów anestetycznych, kardiomonitorami i parownikami zgodnie z zaleceniami producenta.  |  |  |
|  | Sprawdzenie wszystkich parametrów mechanicznych i elektrycznych zgodnie z instrukcją działania. |  |
|  | Wymiana wszystkich elementów zalecanych przez producenta oraz uwarunkowanych stanem technicznym w momencie przeglądu, w tym czujników O2-Sensor (Capsule). |  |
|  | Używanie wyłącznie oryginalnych, fabrycznie nowych części zamiennych oraz materiałów zużywalnych i wymiennych (tj. zgodnych z fabryczną konfiguracją urządzenia oraz zaleceniami instrukcji obsługi) |  |
|  | Ustawienie i regulacja systemów dawkowania i pomiaru.  |  |
|  | Podejmowanie reakcji w ciągu 48h od wezwania oraz zakończenie naprawy w terminie do 5 dni roboczych.  |  |
|  | Przedmiot zamówienia będzie wykonywany przy użyciu narzędzi i aparatury Wykonawcy.  |  |
|  | Usługa będzie wykonana w siedzibie Zamawiającego. W sytuacji, kiedy zaistnieje potrzeba wykonania czynności poza siedzibą Zamawiającego, Wykonawca pokrywa koszty transportu.  |  |
|  | Przekazanie Zamawiającemu informacji o:-czasie oraz skuteczności wszelkich napraw,-wymienionych części zamiennych,-szacunkowym czasie sprawności sprzętu,-przeglądach i czynnościach konserwacyjnych,Kontrola bezpieczeństwa technicznego winna być potwierdzona wpisem do paszportu i raportem serwisowym przekazanym do Działu Aparatury Medycznej Szpitala Uniwersyteckiego im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. z o. o.  |  |
|  | **Usługa serwisowa w zakresie przeglądów:****Inkubatory: zamknięty typu Isolette C2000 – 4 szt.; otwarty typu Babytherm 8004 – 1 szt;** **otwarty typu Babytherm 8010 – 1 szt., otwarty typu Babytherm 8000 – 1 szt.** |  |
|  | Przegląd inkubatorów zgodnie z zaleceniami producenta.  |  |
|  | Sprawdzenie wszystkich parametrów mechanicznych i elektrycznych zgodnie z instrukcją działania. |  |
|  | Wymiana wszystkich elementów zalecanych przez producenta oraz uwarunkowanych stanem technicznym w momencie przeglądu.  |  |
|  | Używanie wyłącznie oryginalnych, fabrycznie nowych części zamiennych oraz materiałów zużywalnych i wymiennych (tj. zgodnych z fabryczną konfiguracją urządzenia oraz zaleceniami instrukcji obsługi) |  |
|  | Ustawienie i regulacja systemów dawkowania i pomiaru.  |  |
|  | Podejmowanie reakcji w ciągu 48h od wezwania w przypadku reklamacji którejś z wymienionych podczas przeglądu części, oraz zakończenie naprawy w terminie do 5 dni roboczych.  |  |
|  | Przedmiot zamówienia będzie wykonywany przy użyciu narzędzi i aparatury Wykonawcy.  |  |
|  | Usługa będzie wykonana w siedzibie Zamawiającego. W sytuacji, kiedy zaistnieje potrzeba wykonania czynności poza siedzibą Zamawiającego, Wykonawca pokrywa koszty transportu.  |  |
|  | Przekazanie Zamawiającemu informacji o:-czasie oraz skuteczności wszelkich napraw,-wymienionych części zamiennych,-szacunkowym czasie sprawności sprzętu,-przeglądach i czynnościach konserwacyjnych,Kontrola bezpieczeństwa technicznego winna być potwierdzona wpisem do paszportu i raportem serwisowym przekazanym do Działu Aparatury Medycznej Szpitala Uniwersyteckiego im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. z o. o.  |  |
|  | **WARUNKI DODATKOWE:****Warunki konieczne, które musi spełniać każdy serwis podejmujący się serwisowania urządzeń ratujących życie:**1. Dysponować określonym przez wytwórcę zapleczem technicznym, częściami zmiennymi, częściami zużywalnymi i materiałami eksploatacyjnymi. 2. Posiadać określone przez wytwórcę instrukcje serwisowe wyrobu sporządzone w sposób zrozumiały dla zatrudnionych osób oraz odpowiednie procedury i instrukcje wykonywania czynności. 3. Posiadać legalne oprogramowanie serwisowe dla sprawdzenia parametrów aparatów i wykonania kalibracji urządzeń, a także pełnej procedury przeglądowej. **4. Przeglądy wykonywane przez wykwalifikowanych pracowników, spełniających wymogi ustawy o wyrobach medycznych art.90, ust. 5, pkt 3.****W skład pełnej kompleksowej obsługi serwisowej wchodzą:****I.**1. Przeglądy okresowe, zgodnie z zaleceniami producenta
2. Przeglądy prewencyjne

3. Naprawy4. Oryginalne części wymienne5. Wizyty w nagłych wypadkach6. Pomoc techniczna i zdalny serwis 7. Szkolenia praktyczne**II.**Przeglądy wykonywane wyłącznie na nowych i oryginalnych częściach.1. Przegląd w/w sprzętu - częstotliwość według zaleceń producenta. **Przeglądy aparatów jednorocznych – nie mniej niż 3 razy.** **Przeglądy aparatów co półrocznych – nie mniej niż 6 razy.**Użytkownik otrzymuje dokument potwierdzający sprawność urządzenia - raport serwisowy. |  |

**C.** Wykonawca oświadcza, że figuruje w wykazie podmiotów, o którym mowa w art. 90 ust. 4 ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 roku

**D.** Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt C posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

**E.** Wykonawca zobowiązuje się, że okres gwarancji na części wymieniane podczas przeglądu będzie wynosić 12 miesięcy.

**F.** Wykonawca zobowiązuje się podjąć interwencję do 48 godzin od momentu zgłoszenia.