

Opis przedmiotu zamówienia

Przegląd techniczny urządzeń medycznych - Maj

Lp.	Wymagane czynności				
Zadanie 1					
Urządzenie/a:					
Nazwa	Typ	Numer fabryczny	Producent	Numer paszportu	Komórka organizacyjna
MYJKA PAROWA	MAXISTEAM	43209203099	ENTRHAL	OPG/N198	Oddział Ginekologiczno-Położniczy
Zadanie 2					
Urządzenie/a:					
Nazwa	Typ	Numer fabryczny	Producent	Numer paszportu	Komórka organizacyjna
LAMPA BEZCIENIOWA	SCAN LUX Symb.LB-013	1106/00095	FAMED ŻYWIEC	OLR34	Oddział Otolaryngologiczny
Zadanie 3					
Urządzenie/a:					
Nazwa	Typ	Numer fabryczny	Producent	Numer paszportu	Komórka organizacyjna
APARAT DO TERAPII WYSOKIMI PRZEPIŁYWAMI	950AEU	210113019687	Fisher & Paykel	OPG/N192	Oddział Ginekologiczno-Położniczy
APARAT DO TERAPII WYSOKIMI PRZEPIŁYWAMI	950AEU	210113019689	Fisher & Paykel	OPG/N193	Oddział Ginekologiczno-Położniczy
Zadanie 4					
Urządzenie/a:					
Nazwa	Typ	Numer fabryczny	Producent	Numer paszportu	Komórka organizacyjna
LASER ZABIEGOWY DERMATOLOGICZNY	DUALIS XP	8000226	FOTONA	ODO/P14	Poradnia Dermatologiczna
Zadanie 5					
Urządzenie/a:					
Nazwa	Typ	Numer fabryczny	Producent	Numer paszportu	Komórka organizacyjna
MECHANICZNY CPR	CR09100CA	17400162	GS ELEKTROMEDIZINISCH E	SOR26	Blok Operacyjny Ogólny
Zadanie 6					
Urządzenie/a:					
Nazwa	Typ	Numer fabryczny	Producent	Numer paszportu	Komórka organizacyjna
APARAT DO ACT (do badania krzepliwości krwi)	MINI II	641605513	HELENA LABOLATORIES	OKR/H17	Pracownia Hemodynamiczna

Zadanie 7

Urządzenie/a:

Nazwa	Typ	Numer fabryczny	Producent	Numer paszportu	Komórka organizacyjna
LAMPA DO NAŚWIETLIENIA DŁONIE I STOPY	CP 4/3	11210003	HYDROSUN MEDIZINTECHNIK	ODO/P21	Poradnia Dermatologiczna
moduł 1	DLT 2/3	11230003			
moduł 2	CP4	11220004			
moduł 3	CP4	11220005			
moduł 4	CP4	11220006			

Zadanie 8

Urządzenie/a:

Nazwa	Typ	Numer fabryczny	Producent	Numer paszportu	Komórka organizacyjna
CYFROWY ZESTAW DO DRENAŻU OPŁUCNEJ	THOPAZ+	1796131	MEDELA	OPG/N178	Oddział Ginekologiczno-Położniczy
CYFROWY ZESTAW DO DRENAŻU OPŁUCNEJ	THOPAZ+	1794136	MEDELA	OPG/N179	Oddział Ginekologiczno-Położniczy

Zadanie 9

Urządzenie/a:

Nazwa	Typ	Numer fabryczny	Producent	Numer paszportu	Komórka organizacyjna
AMBULATORYJNY REJESTRATOR IMPEDANCJI PH	Ohmega R	17881792	MMS	OGE47	Pracownia Endoskopowa
UROFLOWMETR	FLOWMASTER	14353479	MMS	OUR33	Oddział Urologiczny

Zadanie 10

Urządzenie/a:

Nazwa	Typ	Numer fabryczny	Producent	Numer paszportu	Komórka organizacyjna
MIKROSKOP STEREOSKOPOWY	SMZ-168TL		MOTIC	LZL64	Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej

Zadanie 11

Urządzenie/a:

Nazwa	Typ	Numer fabryczny	Producent	Numer paszportu	Komórka organizacyjna
STÓŁ OPERACYJNY	VIVAX OT-02	1020/575	MTC Medical	SOR157	Oddział Ginekologiczno-Położniczy
LAMPA OPERACYJNA	PROXY OL-03.2	0619690852 0622479833	MTC Medical	SOR158	Oddział Ginekologiczno-Położniczy

Zadanie 12

Urządzenie/a:

Nazwa	Typ	Numer fabryczny	Producent	Numer paszportu	Komórka organizacyjna
POMPA ŻYWIENIA DOJELITOWEGO	FLOCARE INFINITY	82401305	NUTRICA	OAM219	Oddział Intensywnej Terapii

Zadanie 13

Urządzenie/a:

Nazwa	Typ	Numer fabryczny	Producent	Numer paszportu	Komórka organizacyjna
CENTRALA MONITORUJĄCA	IntelliVue Information Center IX	US43395142	PHILIPS	OPG/N103	Oddział Ginekologiczno-Położniczy
CENTRALA MONITORUJĄCA	IntelliVue Information Center IX	US43395141	PHILIPS	OPG/N191	Oddział Ginekologiczno-Położniczy
CENTRALA MONITORUJĄCA	PIC iX Essentials	7J4R-37N1-8 MXL002305Z	PHILIPS	OPG101	Oddział Ginekologiczno-Położniczy

Zadanie 14

Urządzenie/a:

Nazwa	Typ	Numer fabryczny	Producent	Numer paszportu	Komórka organizacyjna
MIERNIK SKAŻEŃ RADIOAKTYWNYCH	EKO-C4.2	886	POLON-EKOLAB	LZN15	Pracownia Scyntygrafii

Zadanie 15

Urządzenie/a:

Nazwa	Typ	Numer fabryczny	Producent	Numer paszportu	Komórka organizacyjna
PRZENOŚNY ZESTAW RESUSCYTACYJNY	PARAPAC 200D	1710090	Smiths Medical	SOR11	SOR

Zadanie 16

Urządzenie/a:

Nazwa	Typ	Numer fabryczny	Producent	Numer paszportu	Komórka organizacyjna
KABINA DO NAŚWIECLEŃ	UV 7001 K	71927-98	WALDMANN	ODO/P2	Poradnia Dermatologiczna

Zadanie 17

Urządzenie/a:

Nazwa	Typ	Numer fabryczny	Producent	Numer paszportu	Komórka organizacyjna
TOURNIQUET ZACISKACZ OPASEK	A.T.S 4000 TS	402011090033	Zimmer Biomet	OUO/B76	Blok Operacyjny Chirurgii
TOURNIQUET ZACISKACZ OPASEK	A.T.S 4000 TS	402009010026	Zimmer Biomet	OUO/B77	Blok Operacyjny Chirurgii

Wymagania ogólne dla urządzeń	
1.	<p>Przegląd techniczny urządzeń należy wykonać zgodnie z zaleceniami producenta.</p> <p>Wymagane czynności podczas przeglądu technicznego:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wymiana części zużywalnych, konserwacja oraz kalibracja (wymienione części muszą być fabrycznie nowe i oryginalne z aktualną datą ważności) • Kontrola poprawności działania urządzenia • Aktualizacja oprogramowania do najnowszej wersji (jeśli dotyczy) • Test bezpieczeństwa elektrycznego (jeśli dotyczy).
2.	<p>Po przeprowadzonym przeglądzie technicznym urządzenia wymagany jest wpis w paszporcie technicznym oraz załączenie raportu z przeglądu.</p> <p>Raport powinien zawierać:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nazwę firmy wykonującej usługę, • nazwę i typ urządzenia, • numer seryjny / numer paszportu, • datę wykonania przeglądu technicznego, • datę kolejnego przeglądu technicznego zapisaną na ostatni dzień miesiąca następnego roku, • zakres przeprowadzonych czynności kontrolnych i serwisowych, • ocenę stanu technicznego urządzenia – urządzenie sprawne, niesprawne, warunkowo dopuszczone, • wykaz stwierdzonych usterek lub nieprawidłowości (jeśli występują), • zalecenia dotyczące dalszej eksploatacji lub napraw, • imię i nazwisko/pieczętkę oraz podpis osoby wykonującej przegląd techniczny.
Wymagania ogólne do umowy	
1.	Czas realizacji 14 dni.
2.	30 dni od doręczenia faktury Zamawiającemu.
3.	Gwarancja na wykonaną usługę i wymienione części podczas przeglądu technicznego: min 6 miesięcy.
4.	Zamawiający wymaga w przypadku usług przeglądów, konserwacji i napraw urządzeń medycznych aby stawka podatku VAT wynosiła 8%, a w przypadku urządzeń niemedyceńskich stawka podatku VAT wynosiła 23%.
5.	Usługa przeglądów świadczona będzie w godzinach 7:00-15:00 na terenie Szpitala MSSW. W uzasadnionych przypadkach, po wcześniejszym ustaleniu z personelem medycznym oraz personelem technicznym, możliwe są późniejsze godziny wykonania usługi.
6.	W uzasadnionych przypadkach Zamawiający dopuszcza przegląd techniczny urządzeń w siedzibie Wykonawcy.
7.	Po podpisaniu umowy na przeprowadzenie usługi przeglądu technicznego należy ustalić w ciągu 3 dni roboczych konkretną datę wykonania usługi – przejazdu serwisanta na teren Szpitala.
8.	Serwisant w dniu wykonania usługi powinien poinformować telefonicznie 224735408 lub zgłosić się osobiście do Zespołu ds. Aparatury Medycznej przed przystąpieniem do usługi przeglądu technicznego.
9.	Zamawiającemu w każdej chwili przysługuje prawo do zrezygnowania z przeglądu technicznego urządzenia medycznego wykazanego w umowie bez podania przyczyny.
10.	Dokumentacja (raport serwisowy) powinna zostać przekazana użytkownikowi (oddziałowa/koordynator) w formie papierowej oraz przesłana Zespołowi ds. Zarządzania Aparaturą Medyczną w formie elektronicznej na adres email: aparatura@mssw.pl w okresie 3 dni roboczych od daty wykonania usługi.
11.	Wykonawca składa ofertę na wybrane zadania
12.	Wymóg podania danych do Umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych dla urządzeń archiwizujących dane osobowe pacjentów. (Uzupełnienie załącznika nr. 4)

