

## Opis przedmiotu zamówienia

Przegląd techniczny urządzeń medycznych - Czerwiec

Lp.	Wymagane czynności				
Zadanie 1					
Urządzenie/a:					
Nazwa	Typ	Numer fabryczny	Producent	Numer paszportu	Komórka organizacyjna
URZĄDZENIE GRZEWCZE	BAIR HUGGER	165088	3M	OAM227	Oddział Intensywnej Terapii
Zadanie 2					
Urządzenie/a:					
Nazwa	Typ	Numer fabryczny	Producent	Numer paszportu	Komórka organizacyjna
STYMULATOR DO IDENTYFIKACJI I ZNIECZULEŃ NERWÓW OBWODOWYCH	STIMUPL EX HNS12	11.0590	B.BRAUN	OAM182	Oddział Intensywnej Terapii
Zadanie 3					
Urządzenie/a:					
Nazwa	Typ	Numer fabryczny	Producent	Numer paszportu	Komórka organizacyjna
ANALIZATOR BIOCHEMICZNY	DxC 700 AC	2019040868	BECKMAN COULTER	LZL131	Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej
Zadanie 4					
Urządzenie/a:					
Nazwa	Typ	Numer fabryczny	Producent	Numer paszportu	Komórka organizacyjna
MIERNIK AKTYWNOŚCI	ATOMLAB 500	15091227	BIODEX	LZN14	Pracownia Scyntygrafii
Zadanie 5					
Urządzenie/a:					
Nazwa	Typ	Numer fabryczny	Producent	Numer paszportu	Komórka organizacyjna
FUNDUSKAMERA	CX-1	300518	CANON	OOK52	Oddział Okulistyczny
stolik elektryczny	STM-3L	0030			
monitor 22"		CN-02okrV323-72872-699-CLFJ-A00	DELL		
drukarka	C430W	08HRB8GHE01KCL	SAMSUNG		
aparat fotograficzny					
komputer PC		281611210354-334			

### Zadanie 6

Urządzenie/a:

Nazwa	Typ	Numer fabryczny	Producent	Numer paszportu	Komórka organizacyjna
<b>PANEL OPTOTYPÓW</b>	<b>CP-400</b>	YIBJ01AU	FREY	<b>OOK75</b>	Oddział Okulistyczny
kaseta szkieł próbnych	BR-260				
okulistyczna oprawka próbna					
<b>PANEL OPTOTYPÓW</b>	<b>CP-400</b>	YIBJ02AU	FREY	<b>OOK76</b>	Oddział Okulistyczny
<b>PANEL OPTOTYPÓW</b>	<b>CP-400</b>	YDDC02AU	FREY	<b>OOK77</b>	Oddział Okulistyczny

### Zadanie 7

Urządzenie/a:

Nazwa	Typ	Numer fabryczny	Producent	Numer paszportu	Komórka organizacyjna
<b>PULSOKSYMETR</b>	<b>OXY-50</b>	20110101200	GIMA ITALY	<b>OWD138</b>	Oddział II Wewnętrzny

### Zadanie 8

Urządzenie/a:

Nazwa	Typ	Numer fabryczny	Producent	Numer paszportu	Komórka organizacyjna
<b>ZGRZEWARKA DO FOLII</b>	<b>HM500DE</b>	452769	HAWO	<b>LS41</b>	Specjalistyczna Przychodnia Przyszpitalna

### Zadanie 9

Urządzenie/a:

Nazwa	Typ	Numer fabryczny	Producent	Numer paszportu	Komórka organizacyjna
<b>POMPA INFUZYJNA</b>	<b>S300</b>	300014711	MEDIMA	<b>OWD48</b>	Oddział II Wewnętrzny
<b>POMPA INFUZYJNA</b>	<b>S300</b>	300014712	MEDIMA	<b>OWD49</b>	Oddział II Wewnętrzny
<b>POMPA INFUZYJNA</b>	<b>S300</b>	300014713	MEDIMA	<b>OWD50</b>	Oddział II Wewnętrzny
<b>POMPA INFUZYJNA</b>	<b>S300</b>	300014714	MEDIMA	<b>OWD51</b>	Oddział II Wewnętrzny
<b>POMPA INFUZYJNA</b>	<b>S300</b>	300014716	MEDIMA	<b>OWD53</b>	Oddział II Wewnętrzny
<b>POMPA INFUZYJNA</b>	<b>S300</b>	300014717	MEDIMA	<b>OWD54</b>	Oddział II Wewnętrzny
<b>POMPA INFUZYJNA</b>	<b>S300</b>	300014718	MEDIMA	<b>OWD55</b>	Oddział II Wewnętrzny
<b>POMPA INFUZYJNA</b>	<b>S300</b>	300014720	MEDIMA	<b>OWD57</b>	Oddział II Wewnętrzny
<b>POMPA INFUZYJNA</b>	<b>S300</b>	300014726	MEDIMA	<b>OWD63</b>	Oddział II Wewnętrzny
<b>POMPA INFUZYJNA</b>	<b>S300</b>	300014727	MEDIMA	<b>OWD64</b>	Oddział II Wewnętrzny
<b>POMPA INFUZYJNA</b>	<b>S300</b>	300014728	MEDIMA	<b>OWD65</b>	Oddział II Wewnętrzny
<b>POMPA INFUZYJNA</b>	<b>S300</b>	300014730	MEDIMA	<b>OWD67</b>	Oddział II Wewnętrzny
<b>POMPA INFUZYJNA</b>	<b>S300</b>	300014731	MEDIMA	<b>OWD68</b>	Oddział II Wewnętrzny
<b>POMPA INFUZYJNA</b>	<b>S300</b>	300014734	MEDIMA	<b>OWD71</b>	Oddział II Wewnętrzny
<b>POMPA INFUZYJNA</b>	<b>S2</b>	0102763/07	MEDIMA	<b>OAM176</b>	Oddział Intensywnej Terapii

## Zadanie 10

Urządzenie/a:

Nazwa	Typ	Numer fabryczny	Producent	Numer paszportu	Komórka organizacyjna
<b>APARAT DO KRIOCHIRURGII</b>	<b>CRYO-S ELECTRIC II</b>	CSEA393HO	METRUM CRYOFLEX	<b>OOK79</b>	Blok Operacyjny Ogólny
głowica	OP-R011L/RF	14765			
głowica	OP-C013/RF	13604			
głowica	OP-V008/RF	13323			
głowica	OP-R009/RF	15557			
głowica	OP-Go14/RF	14658			

## Zadanie 11

Urządzenie/a:

Nazwa	Typ	Numer fabryczny	Producent	Numer paszportu	Komórka organizacyjna
<b>PERYMETR KOMPUTEROWY</b>	<b>PTS-2000</b>	7700657/V	Optopol	<b>OOK84</b>	Oddział Okulistyczny

## Zadanie 12

Urządzenie/a:

Nazwa	Typ	Numer fabryczny	Producent	Numer paszportu	Komórka organizacyjna
<b>LAMPA BEZCIENIOWA</b>	<b>FLH 2110</b>	36729	ORDISI	<b>LS42</b>	Specjalistyczna Przychodnia Przychodnia

## Zadanie 13

Urządzenie/a:

Nazwa	Typ	Numer fabryczny	Producent	Numer paszportu	Komórka organizacyjna
<b>CENTRALA MONITORUJĄCA</b>	<b>866424</b>	US43333488 / 2UA7392RVF	PHILIPS	<b>SOR136</b>	SOR
monitor	240V5Q DAB/00	UKOA172901 9098	PHILIPS		
switch	J866210	CN76FPF14V			
UPS	SC450	S5S1718T262 15	APC		
<b>CENTRALA MONITORUJĄCA</b>	<b>866424</b>	US43333489 / 2UA7392RVJ	PHILIPS	<b>SOR137</b>	SOR
monitor	240V5Q DAB/00	UKOA172901 8964	PHILIPS		
switch	J866210	CN76FPF18L			
UPS	SC450	S5S1718T253 92	APC		

## Zadanie 14

Urządzenie/a:

Nazwa	Typ	Numer fabryczny	Producent	Numer paszportu	Komórka organizacyjna
<b>APARAT DO BADAŃ ELEKTROFIZJOLOGICZNYCH NARZĄDU WZROKU</b>	<b>Gamma plus</b>	04-99-3.2216003	Roland consult	<b>OOK85</b>	Oddział Okulistyczny

## Zadanie 15

Urządzenie/a:

Nazwa	Typ	Numer fabryczny	Producent	Numer paszportu	Komórka organizacyjna
<b>FRONTOFOKOMETR</b>	<b>LM-P6</b>	815584	TOPCON	<b>OOK41</b>	Oddział Okulistyczny

## Zadanie 16

Urządzenie/a:

Nazwa	Typ	Numer fabryczny	Producent	Numer paszportu	Komórka organizacyjna
<b>URZĄDZENIE DO SUCHEGO ROZMRAŻANIA OSOCZA</b>	<b>SAHARA III</b>	99123461	TRANSMED	<b>LB6</b>	Bank Krwi
UPS 1200/800W					
<b>URZĄDZENIE DO SUCHEGO ROZMRAŻANIA OSOCZA</b>	<b>SAHARA III</b>	99121391	ZUH PROLAB	<b>LB4</b>	Bank Krwi

## Wymagania ogólne dla urządzeń

- Przegląd techniczny urządzeń należy wykonać zgodnie z zaleceniami producenta.  
  
Wymagane czynności podczas przeglądu technicznego:
  - 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).
- Po przeprowadzonym przeglądzie technicznym urządzenia wymagany jest wpis w paszporcie technicznym oraz załączenie raportu z przeglądu.  
Raport powinien zawierać:
  - 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 niemedycechnych 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)