***Warunki gwarancji i serwisu w zw. z zał. Nr 9 do SWZ.***

**Część nr *……(wpisać odpowiednio część nr 1-3)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Warunki gwarancyjne i serwisowe** | | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Dostawa, uruchomienie towaru/sprzętu wraz z instalacją oraz przeszkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | TAK |  |
| 2. | Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona najpóźniej w dniu odbioru. | TAK |  |
| 3. | Gwarancja na zaoferowany towar **min.24 miesiące** | TAK (podać) |  |
| 4. | Certyfikat CE, Deklaracja zgodności producenta na oferowany towar/wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych | TAK/NIE  (odpowiednio) |  |
| 5. | **Czas reakcji na zgłoszenie awarii** – maksymalny czas podjęcia działań zmierzających do usunięcia awarii max. do **48 godz.,** czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw max. 4 dni, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów max. 7 dni. | TAK (podać) |  |
| 6. | Potwierdzenie parametrów technicznych w katalogach oferowanego przedmiotu zamówienia lub oświadczeniach przedstawiciela producenta, umożliwiające weryfikację zgodności oferowanego produktu z wymaganiami Zamawiającego określonymi w SWZ. | TAK/NIE  (odpowiednio) |  |

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

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

do reprezentowania Wykonawcy