Część 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 004543 | STACJA UZDATNIANIA WODY | HAND PROD | OR007XXM1 | OR07L181972 | 2018.06 |  |  |  |  |
| 004542 | STACJA UZDATNIANIA WODY | HAND PROD | OR007XXM1 | OR07L181936 | 2018.06 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta. | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy /raportem serwisowym, oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem  Wykonawca przedstawi szczegółowy raport obejmujący wszystkie wykonane czynności z określeniem stopnia zużycia/ stanu poszczególnych systemów. | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | tak |  |

Część 2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 001237 | STERYLIZATOR | 3M MEDICAL | 5XL-3M/NAPOWIETRZACZ 3M/ | 702453 | 2018.02 |  |  |  |  |
| 003161 | STERYLIZATOR | 3M MEDICAL | STERI- VAC-5XL | 702684 | 2018.02 |  |  |  |  |
| 005453 | STERYLIZATOR |  | 5XL Z WYP. Steri-Vec m. 487BGP | 720659 | 2018.02 |  |  |  |  |
| 006649 | STERYLIZATOR |  | STERI-VAC5XLPD | 820175 | 2018.02 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta  „Procedura konwersacji:  Demontaż filtrów instalacji sprężonego powietrza, wymiana filtra 0,3 mikrona oraz 0,1 mikrona wraz z o-ringami.  Sprawdzenie linii wentylacji:  Sprawdzenie na szczelność połączeń między sterylizatorem a instalacją w szpitalu.  Sprawdzenie zagięć i innych zatorów, które mogą przeszkadzać właściwej cyrkulacji powietrza.  Sprawdzenie czy instalacja jest wykonana zgodnie ze specyfikacją.  System nawilżania:  Wymiana trzpienia i o-ringów zaworu nawilżania; w razie konieczności wymiana elektrozaworu.  System próżniowy:  Oczyszczenie trzpienia elektrozaworu powietrza. Wymiana w razie konieczności.  Wymiana elementów reduktora powietrza przy użyciu zestawu naprawczego.  Czyszczenie pompy próżniowej.  Układ blokowania drzwi:  Czyszczenie elektrozaworu zamknięcia drzwi. Oczyszczenie trzpienia i gniazda; wymiana w razie konieczności.  Kontrola pracy mechanizmu zamka drzwi.  Układ odpowietrzający:  Demontaż elektrozaworu odpowietrzającego. Czyszczenie trzpienia i gniazda; wymiana w razie konieczności.  Wymiana filtra bakteryjnego powietrza.  Demontaż elektrozaworu przebijaka. Wymiana trzpienia i o-ringów.  Czyszczenie instalacji wodnej:  Demontaż zbiornika wody.  Płukanie czystą wodą.”  Sprawdzenie rurki PCV łączącej zbiornik z elektrozaworem wody czy nie jest popękana: jeśli konieczne wymiana na rurkę z silikonu o tej samej średnicy.  Zespół przebijaka | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | tak |  |

Część 3

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 017389 | SPIROMETR | abcMED | PNEUMO | 7DF0422PN01; 6Q4K032; 11166A4602224; VNF5F55177; | 2018.05 |  |  |  |  |
| 175/2/2013 | SPIROMETR | ABC | ABC PNEUMO 2000 | 1997/09/01 | 2018.06 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  sprawdzenie stanu technicznego spirometru diagnostycznego, wydanie świadectwa jakości, wpis do paszportu technicznego | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | tak |  |

Część 4

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  | |
| 014614 | POMPA INFUZYJNA | B BRAUN | PERFUSOR SPACE | 195559 | | 2018.06 |  |  |  |  | |
| 013291 | POMPA INFUZYJNA | BRAUN | PERFUSOR SPACE | 192512 | | 2018.03 |  |  |  |  | |
| 015540 | STYMULATOR NERWÓW | B BRAUN |  | 22.0275MD1310 | | 2018.04 |  |  |  |  | |
| 010477 | SYST. DO PROWADZENIA KONTROLOW. INSULINOTERAPII | B.BRAUN | 8713584 | 00407 | | 2018.04 |  |  |  |  | |
| 011837 | POMPA INFUZYJNA | B BRAUN | PERFUSOR SPACE | 198572 | | 2018.03 |  |  |  |  | |
| 013284 | POMPA INFUZYJNA | BRAUN | PERFUSOR SPACE | 192674 | | 2018.06 |  |  |  |  | |
| 013285 | POMPA INFUZYJNA | BRAUN | PERFUSOR SPACE | 192460 | | 2018.06 |  |  |  |  | |
| 013289 | POMPA INFUZYJNA | BRAUN | PERFUSOR SPACE | 192663 | | 2018.06 |  |  |  |  | |
| 013299 | POMPA INFUZYJNA | BRAUN | PERFUSOR SPACE | 192502 | | 2018.06 |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  | |
|  | Przegląd urządzeń | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta  „Kontrola urządzenia i lokalizacja uszkodzeń.  Kalibracja oraz testy sprawnościowe  Kontrola sprawności urządzenia oraz test bezpieczeństwa PNEN60601/PNEN62353” | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | tak |  |

Część 5

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 007036 | SKANER KLISZ RADIOLOG. | AGFA | ADC COMPACT PLUS | 2140 | | 2018.05 |  |  |  |  |
| jako wolny skład. | WYWOŁYWARKA | AGFA | CR 25.0 | 2799 | | 2018.04 |  |  |  |  |
| 006962 | ZEST. DO RADIOGRAFII CYFROWEJ | AGFA | ADC COMPACT PLUS | 2820 | | 2018.05 |  |  |  |  |
| 009061 | STACJA DIAGNOSTYCZNA MAMMOGRAFICZNA | AGFA | IMPAX 6.4 CLIENT - HPZ600; mon. Barco MDNG-5121; mon. LA1951g | CZC02422FM; mon. 1879041290, 1879042800; CNC009RNZB | | 2018.05 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta, czyszczenie skanerów.  W skanerach wymiana żarówek czyszczących, kompletu filtrów, rolek. | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | tak |  |

Część 6

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 207/02/07r | CZYTNIK MIKROPŁYTEK | LABSYSTEMs | ELISA MULTISCAN EX | 355020061 | | 2018.05 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta  „Zakres przeglądu obejmuje m.in.:  - testy funkcjonalne, sprawdzenie kompletności wyposażenia oraz poprawności działania urządzenia – czyszczenie/ smarowanie prowadnic; - kalibrację urządzenia stałym wzorcem zewnętrznym w trzech punktach (trzech długościach fali);  - określenie dokładności i precyzji pomiaru; - wydanie raportu z przeprowadzonej kalibracji i sprawdzenia.” | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | tak |  |

Część 7

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  | |
| 1118/11/2010 | AP. DO FAKOEMULSYFIKACJI I WITREKTOMII | ALCON | INFINITI VISION SYSTEM; GŁOWICA OZIL | 1001165101X; gł:1001265507X | | 2018.06 |  |  |  |  | |
| 1118/11/2010 | AP. DO FAKOEMULSYFIKACJI I WITREKTOMII | ALCON | CONSTELLATION LXT VISION SYSTEM; GŁOWICA OZIL | 1001155201X; gł:1001394005X | | 2018.06 |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  | |
|  | Przegląd urządzeń | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | tak |  |

Część 8

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 009788 | SYST. DO SYGNALIZACJI TLENKU ETYLENU | ALTER | centr. EO typ MSIYR-16; gł. 60x70 | | 11041005; 11043030 | 2018.02 |  |  |  |  |
| 009789 | SYST. DO SYGNALIZACJI TLENKU ETYLENU | ALTER | centr. EO typ MSIYR-16; gł. 60x70 | | 11041007: 11043032 | 2018.02 |  |  |  |  |
| 009790 | SYST. DO SYGNALIZACJI TLENKU ETYLENU | ALTER | centr. EO typ MSIYR-16; gł. 60x70 | | 11041004; 11043031 | 2018.02 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | |  | | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta, w razie potrzeby wymiana sensora C2H4O. | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | tak |  |

Część 9

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 008727 | AP. DO ZNIECZULANIA | PENLON | PRIMA SP-101 | SP0709116; CM95106157 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 005410 | AP. DO ZNIECZULANIA | PENLON | PRIMA SP; AV900 | SP0701 05; AV90701 04 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 008728 | AP. DO ZNIECZULANIA | PENLON | PRIMA SP-101 | SP040961; CM93106275 | | 2018.06 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta,  Dotyczy aparatów PENLON: „Przegląd aparatu i monitora obejmujący min. wymianę wszystkich elementów przewidzianych przez producenta, oraz wymianę elementów uwarunkowaną stanem technicznym w momencie przeglądu (przegląd obejmuje wymianę: zestaw do aparatu Prima SP, zestaw do respiratora AVS, zestaw do absorbera A200SP, czujnik tlenowy, akumulator), Przegląd parowników pracujących przy aparatach” | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | tak |  |

Część 10

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 010795 | | SPIROMETR | ASPEL | AsPIRO D200 | 0008 | | 2018.02 |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  „Przegląd składa się z trzech etapów: test funkcjonalny, test bezpieczeństwa oraz kalibracja, wymienione etapy nie są wyceniane osobno, nie ma możliwości zlecenia wykonania tylko wybranego etapu” | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 11

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  | |
| 013815 | | MONITOR DO CIĄGŁYCH POMIARÓW HEMODYNAMICZNYCH | LIDCO | LidcoRapid HM-81 | 8101-11-1382 | 2018.06 |  |  |  |  | |
|  | |  |  |  |  | SUMA |  |  |  |  | |
|  |  | | | |  | |  | | |  | |
|  | Przegląd urządzeń | | | |  | | parametr wymagany | | | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta. | | | | | | tak | | |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | tak | | |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) | | |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) | | |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | tak | | |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | tak | | |  |

Część 12

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 014843 | SZAFA ENDOSKOPOWA | LABCAIRE | ESC 10T | ESC-028 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 013736 | SZAFA ENDOSKOPOWA | LABCAIRE | ESC5T | ESC-583 | | 2018.06 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  Wymiana zużytych akcesoriów i filtrów z wyszczególnieniem ich w raporcie serwisowym | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | tak |  |

Część 13

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 015331 | AP. DO HEMOFILTRACJI | GAMBRO | PRISMAFLEX SW 7.10 | PA 12322;podgrzewarka n/s 1256412 | | 2018.06 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, wzorcowanie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  Przegląd dla aparatów Prismaflex obejmuje wymianę zestawów przeglądowych, | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | tak |  |

Część 14

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 004586 | AUTOMAT. WSTRZYKIWACZ KONTRASTU | MEDRAD | SPECTRIS MR m.SMR 200 | 33032 | | 2018.04 |  |  |  |  |
| 005889 | AUTOMAT. WSTRZYKIWACZ KONTRASTU | MEDRAD | VISTRON CT 600 | 54962 (głowica 54949) | | 2018.04 |  |  |  |  |
| 006405 | AUTOMAT. WSTRZYKIWACZ KONTRASTU | MEDRAD | MARK V Pro Vis | 105883 | | 2018.04 |  |  |  |  |
| 007312 | AUTOMAT. WSTRZYKIWACZ KONTRASTU | MEDRAD | VISTRON CT M.WHU600 | 56091; gł. 56057 | | 2018.04 |  |  |  |  |
| 010290 | AUTOMAT. WSTRZYKIWACZ KONTRASTU | MEDRAD | MARK V PROVIS PEDESTAL | 110410; gł. 34774 | | 2018.04 |  |  |  |  |
| 015289 | AUTOMAT. WSTRZYKIWACZ KONTRASTU | MEDRAD | MARK V Pro Vis | 93115 | | 2018.04 |  |  |  |  |
| 017319 | AUTOMAT. WSTRZYKIWACZ KONTRASTU | MEDRAD | MARK 7 ARTERION | 100658 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| E-43-129 | AUTOMAT. WSTRZYKIWACZ KONTRASTU | MEDRAD | MEDRAD MARK V PLUS | 71075I | | 2018.04 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  "Podczas przeglądu wstrzykiwaczy przeprowadzane są następujące czynności:  Wykonanie serwisowych testów diagnostycznych SWIFT  Czyszczenie z pozostałości środka kontrastowego oraz soli fizjologicznej elementów mechanicznych głowicy, obudowy głowicy, gniazd mocowania wkładu, systemu czujników wykrywania i pozycjonowania wkładu  Wymiana zestawu części zużywalnych  Weryfikacja kalibracji potencjometrów pozycji ustawienia tłoka, limitu ciśnienia, prędkości przepływu  Weryfikacja napięć zasilających  Weryfikacja funkcjonowania mechanizmów przekładni tłoka  Wykonanie serii iniekcji testowych" | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | tak |  |

Część 15

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 238/03/2009r | AP. ELEKTROCHIR. (ELEKTROKOAGULATOR) | BECHTOLD | ELTRON 160 | | 1786261708 | 2018.06 |  |  |  |  |
| 012025 | AP. ELEKTROCHIRURGICZNY | LED SPA | ELTRON HF160 | | 4300138742 | 2018.06 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | |  | | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, konserwację i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta. Przegląd aparatów elektrochirurgicznych obejmuje również kontrolę aktywacji, pomiary mocy wyjściowych, ocenę stanu dołączonych elementów sterujących. | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | tak |  |

Część 16

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 009585 | AP. DO ZNIECZULANIA | MINDRAY | WATO EX-65 | DA-11101428 | 2018.06 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta,  Przegląd obejmuje sprawdzenie parowników i kardiomonitora  Dla aparatów Wato przegląd obejmuje wymianę czujników przepływu i zestawów serwisowych, oraz czujnika tlenu (wymiana w przypadku stwierdzenia konieczności wymiany) | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | tak |  |

Część 17

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 015160 | TERMOCYKLER | BIO-RAD | T100 THERMAL CYCLER | 621BR13785 | | 2018.02 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta,  „Walidacja termincza termocyklera” | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | tak |  |

Część 18

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 89/01/2011 | CZYTNIK ELISA | BIOTEK | ELX 800 | | 183757 | 2018.03 |  |  |  |  |
| 838/7/2011 | PŁUCZKA ELISA | Rayto life and analytical sciences | RT-3100 | | 591224016-E3AZC | 2018.03 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | |  | | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | tak |  |

Część 19

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 017194 | Syst. do badań elektrofizjologicznych serca | Boston Scientific Elektrophysiology | wzm. CLEARSING; komp. LS8900; mon. EIZO FlexScan | 0608937/1A909600; komp:2002029/1883776; mon: 38703094, 38753094, 38571094, 38233094 | | 2018.02 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | tak |  |

Część 20

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 017131 | AUTOMAT. WSTRZYKIWACZ KONTRASTU | BRACCO | CT Expres 4D | R0013099-1014 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 015781 | AUTOMAT. WSTRZYKIWACZ KONTRASTU | Bracco Injeneering | CT Exspres 4D | 00012320-0813 | | 2018.05 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, wzorcowanie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  "czyszczenie zewnętrznej powierzchni urządzenia  -czyszczenie wału silnika, zewnętrznych i wewnętrznych czujników powietrza  -testy sprawdzające prace urządzenia czujniki, guziki, ekrany etc.  -wykonanie testu bezpieczeństwa elektrycznego urządzenia " | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | tak |  |

Część 21

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 010303 | SPIROMETR | BTL | BTL-08 SPIRO PC | | 003-0031169 | 2018.04 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | |  | | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta  „Przegląd polega na sprawdzeniu funkcjonalnym urządzenia. Wykonanie testu bezpieczeństwa elektrycznego. Kalibrację przystawki spirometrycznej.” | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | tak |  |

Część 22

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 009391 | AUTOMATYCZNY LICZNIK PROMIENIOWANIA GAMMA | PERKIN | WIZARD 2470-0020 | DG09106872 | | 2018.03 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  „Przegląd obejmuje wykonanie:  - Normalizacji dla I-129 i I-125,  - Testu IPA,  - Pomiaru poziomu tła,  - Czyszczenia i testów czujników aparatu,  - Sprawdzenia synchronizacji silników i enkoderów,  - Czyszczenia i konserwacji elementów mechanicznych (elementy silników, łańcuchy),  - Sprawdzenia (i ew. regulacja) napięcia pasków transportowych,  - Czyszczenie ogólne aparatu alkoholem izopropylowym.” | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | tak |  |

Część 23

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 015381 | SKANER | Carestream Health IncCARESTREAM HEALTH Inc | Skaner Vita CR System | | 280713564 | 2018.04 |  |  |  |  |
| 015751 | SKANER CR | CARESTREAM HEALTH INC | VITA SYSTEM | | 151213325 | 2018.04 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | |  | | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta. W szczególności przegląd obejmuje sprawdzenie układu transportu filmu/ kasety z ekranem fosforowym w urządzeniach, oczyszczanie toru kasety, oczyszczanie toru optycznego, sprawdzanie stanu układów mechanicznych – ewentualna kalibracja, oczyszczanie układów elektronicznych i komputerowych z kurzu i pyłu, sprawdzenie i w razie konieczności wykonanie kalibracji profili kaset, czyszczenie z niepotrzebnych plików baz danych. | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | tak |  |

Część 24

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 890/09/08r | DAWKOMIERZ PROMIENIOWANIA JONIZUJĄCEGO + KOMORA STUDZIENKOWA | NUCLETRON | dawkomierz 90001N; komora studzienkowa 077094 | d: R043526; k: 0332 | | 2018.03 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta, | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | tak |  |

Część 25

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 838/7/2011 | CHROMATOGRAF GAZOWY | ATI UNICAM | UNICAM 610 | GE496414 | | 2018.03 |  |  |  |  |
| 838/7/2011 | DETEKTOR SPEKTROFOTOMETRYCZNY | TSP | SPEKTRA 100 | 015/13531 | | 2018.03 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. wzorcowanie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta, | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | tak |  |

Część 26

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 013598 | ZEST. DO POMIARY CIŚ. WEWNĄTRZCZASZKOWEGO | INTEGRA NEUROSCIENCES | CAMINO (CAM01) | 1130401266 | | 2018.05 |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta,  Dla monitorów Camino przegląd obejmuje wymianę akumulatorów i innych części podlegających okresowej wymianie | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | tak |  |

Część 27

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 007360 | Rezonans Magnetyczny | ESAOTE |  | C-Scan nr 3399 | | 2018.05 |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  Dla rezonansu w szczególności sprawdzenie i czyszczenie dróg chłodzenia aparatu, kontrola wentylatorów, sprawdzenie działania systemu w odniesieniu do plików REC files, pełna kalibracja systemu: częstotliwości magnesu, gradientów, cewek, sekwencji, wykonanie testu systemu SNR, przeprowadzenie badania testowego. | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | tak |  |

Część 28

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 011950 | AP. DO KRIOCHIRURGII | METRUM CRYOFLEX | CRYO-S | CSC2564DI | | 2018.03 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  W szczególności dla Cryo-S: weryfikacja działania wszystkich funkcji, weryfikacja działania klawiatury, kontrola szczelności zaworów i połączeń, kalibracja zaworu trójdrożnego i zaworu nożnego, wymiana ringów, sprawdzenie i wymiana baterii, wymiana uszczelki złącz butli, sprawdzenie i ewentualna manometru i przepływomierzy, sprawdzenie drożności układu pomiarowego przepływu, przegląd sąd kontaktowych. | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | tak |  |

Część 29

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 015463 | STÓŁ DO BIOPSJI STEREOTAKTYCZNEJ | SIEMENS | MAMMOTEST | | 10274 | 2018.06 |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | |  | | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta. | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | tak |  |

Część 30

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 017518 | INKUBATOR ZAMKNIĘTY | DRAGER | Isolette C2000 | DF32263 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 015981 | MIERNIK BILIRUBINY | DRAGER | JM-103 | 3205814 | | 2018.04 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  Dla inkubatorów Isolette wymiana filtrów powietrza i czujników tlenu i silnika wentylatora. | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | tak |  |

Część 31

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 015413 | INKUBATOR TRANSPORTOWY | ATOM | RABEE INCU i | 2360265 | | 2018.03 |  |  |  |  |
| 014965 | INKUBATOR | ATOM MEDICAL | Atom 100-Dual Incu i | 2150001 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 014561 | INKUBATOR | ATOM MEDICAL | Dual Incu | 21Y0020 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 326/06/03r | RESPIRATOR | BEAR | BEAR 750 | Vs 53005730 | | 2018.03 |  |  |  |  |
| 015413 | System Infant Flow | DUTCHMED |  | BDN 02102 | | 2018.03 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  Raport serwisowy będzie uwzględniał wszystkie wymienione części i na tej podstawie powstanie faktura, która będzie obejmować faktycznie wymienione elementy. | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | tak |  |

Część 32

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 010411 | MONITOR DO CIĄGŁYCH POMIARÓW HEMODYNAMICZNYCH | EDWARDS LIFESCIENCES | EV 1000 | EVD02183; mon. 157151038 | | 2018.04 |  |  |  |  |
| 017316 | MONITOR DO CIĄGŁYCH POMIARÓW HEMODYNAMICZNYCH | EDWARDS LIFESCIENCES | EV1000 | EVD70469 | | 2018.04 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta. | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | tak |  |

Część 33

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 009242 | AP. ELEKTROCHIRURGICZNY | EMED | ES 351T | 361341 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 014035 | AP. ELEKTROCHIRURGICZNY | EMED | SPECTRUM | 500220 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 014036 | AP. ELEKTROCHIRURGICZNY | EMED | SPECTRUM | 500221 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 014037 | AP. ELEKTROCHIRURGICZNY | EMED | SPECTRUM | 500216 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 014038 | AP. ELEKTROCHIRURGICZNY | EMED | ENDO | 600066 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 014039 | AP. ELEKTROCHIRURGICZNY | EMED | ENDO | 600065 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 014040 | AP. ELEKTROCHIRURGICZNY | EMED | SPECTRUM | 500218 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 014041 | AP. ELEKTROCHIRURGICZNY | EMED | SPECTRUM | 500222 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 014042 | AP. ELEKTROCHIRURGICZNY | EMED | SPECTRUM | 500217 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 011797 | AP. ELEKTROCHIRURGICZNY | EMED | ES 300 | 301261 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 827/6/2017 | AP. ELEKTROCHIRURGICZNY | EMED | SPEKTRUM | 500061 | | 2018.06 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta,  Przegląd aparatów elektrochirurgicznych obejmuje również kontrolę aktywacji, pomiary mocy wyjściowych | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | tak |  |

Część 34

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 005883 | MONITOR DO CIĄGŁYCH POMIARÓW HEMODYNAMICZNYCH | MEDIS | NICCOMO PRO | 016020 | | 2018.03 |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta, | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | tak |  |

Część 35

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 007387 | AP. EMG (ELEKTROMIOGFRAF) | MEDELEC | SYNERGY | 043025 | | 2018.04 |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta, | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | tak |  |

Część 36

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 009270 | | AMPLIFIKATOR | EPPENDORF | MASTERCYCLER | Z241222Q, 5345030082 | | 2018.04 |  |  |  |  |
| 009270 | | SPEKTROFOTOMETR | EPPENDORF | BIOPHOTOMETER PLUS | 6132ZK802990 | | 2018.04 |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, konserwację i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  Walidacja parametrów termicznych termocyklera, badanie statycznych i dynamicznych parametrów termicznych  Dla wirówek wzorcowanie sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta, z uwzględnieniem wymiany elementów tłumiących silnik | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 37

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  | |  | |
| 013450 | | AP. ELEKTROCHIR. | ERBE ELEKTROMEDIZIN | VIO 200S;APC2 | 11363002;11359923 | | 2018.06 |  |  |  | |  | |
| 011668 | | AP. ELEKTROCHIR. (ELEKTROKOAGULATOR) | ERBE ELEKTROMEDIZIN | VIO 300D | 11360945; przyst.arg. 11357631; wózek VC001641 | | 2018.02 |  |  |  | |  | |
| 1710/12/2014 | | AP. ELEKTROCHIRURG.- NÓŻ WODNY | ERBE | JET2; moduł ssący ESM2 | 11287364; 11286211 | | 2018.02 |  |  |  | |  | |
| 1496/11/2014 | | AP. ELEKTROCHIRURGICZNY | ERBE | ERBOTOM ICC 300H | F-1923 | | 2018.06 |  |  |  | |  | |
| 572/5/2012; 571/5/2012 | | AP. ELEKTROCHIRURGICZNY + PPRZYST. ARGONOWA | ERBE | VIO 300D + VIO APC2 | 11255830, 11261115 | | 2018.06 |  |  |  | |  | |
| 1225/9/2014 | | AP. ELEKTROCHIRURGICZNY + PPRZYST. ARGONOWA | ERBE | VIO 200S + APC2 + system jezdny Universal Cart | 11340376 / 11356813 / 11329762 | | 2018.02 |  |  |  | |  | |
| 011945 | | AP. ELEKTROCHIRURGICZNY + PPRZYST. ARGONOWA | ERBE | ERBE VIO 300 / APC2 | 11359353 / 11357632 | | 2018.06 |  |  |  | |  | |
|  | |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  | |  | |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany | |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  „Przegląd rozumiany jako planowa kontrola techniczna lub zapobiegawcza wizyta serwisowa w celu ograniczenia  ryzyka awarii oraz utrzymania sprzętu na standardowym poziomie technicznym, zakończony jest pisemnym potwierdzeniem obecnego stanu aparatury i wyposażenia.  Przegląd techniczny diatermii wykonywany jest zgodnie z wytycznymi producenta i obejmuje m.in. sprawdzenie parametrów trybów pracy, monitorów bezpieczeństwa, pomiar bezpieczeństwa elektrycznego/norma EN60601-1 /, pomiar parametrów wyjściowych” | | | | | | | | | tak |  | |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  | |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  | |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  | |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  | |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  | |

Część 38

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 005564 | | MIERNIK ELEKTRONICZNY | FRESENIUS MEDICAL CARE | HMED Typ D0082 | 24742913 | | 2018.02 |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta. | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 39

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 016023 | SYSTEM DO ODZYSKU KRWI | | FRESENIUS KABI | CATS PLUS | 4CAT5349 | | 2018.06 |  |  |  |  |
|  | | Przegląd urządzeń | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta | | | | | | | | tak |  |
| 2. | | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | tak |  |
| 3. | | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | tak |  |
| 6. | | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | tak |  |

Część 40

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Poz. |  | APARAT | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |
| 1. | 012937 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937674 | 2018.04 |  |  |
| 2. | 012939 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937724 | 2018.04 |  |  |
| 3. | 012942 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937643 | 2018.04 |  |  |
| 4. | 012943 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937697 | 2018.05 |  |  |
| 5. | 012945 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937730 | 2018.04 |  |  |
| 6. | 012948 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991107 | 2018.04 |  |  |
| 7. | 012952 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991144 | 2018.04 |  |  |
| 8. | 012953 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937706 | 2018.04 |  |  |
| 9. | 012955 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937667 | 2018.04 |  |  |
| 10. | 012957 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937672 | 2018.04 |  |  |
| 11. | 012958 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937644 | 2018.04 |  |  |
| 12. | 012961 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937709 | 2018.04 |  |  |
| 13. | 012962 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937700 | 2018.04 |  |  |
| 14. | 012964 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937687 | 2018.04 |  |  |
| 15. | 012966 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21990983 | 2018.04 |  |  |
| 16. | 012967 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937680 | 2018.04 |  |  |
| 17. | 012968 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937699 | 2018.04 |  |  |
| 18. | 012970 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937660 | 2018.04 |  |  |
| 19. | 012973 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937696 | 2018.04 |  |  |
| 20. | 012979 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937695 | 2018.04 |  |  |
| 21. | 012980 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937665 | 2018.04 |  |  |
| 22. | 012982 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937657 | 2018.04 |  |  |
| 23. | 012985 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937650 | 2018.04 |  |  |
| 24. | 012987 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937682 | 2018.04 |  |  |
| 25. | 012989 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991138 | 2018.05 |  |  |
| 26. | 012990 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937640 | 2018.04 |  |  |
| 27. | 012993 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937651 | 2018.04 |  |  |
| 28. | 012996 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937693 | 2018.04 |  |  |
| 29. | 012997 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937732 | 2018.04 |  |  |
| 30. | 012999 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937645 | 2018.04 |  |  |
| 31. | 013001 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937646 | 2018.04 |  |  |
| 32. | 013003 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937722 | 2018.04 |  |  |
| 33. | 013008 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937690 | 2018.04 |  |  |
| 34. | 013010 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21990999 | 2018.04 |  |  |
| 35. | 013011 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21939283 | 2018.04 |  |  |
| 36. | 013013 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937675 | 2018.04 |  |  |
| 37. | 013015 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21939286 | 2018.04 |  |  |
| 38. | 013016 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937718 | 2018.04 |  |  |
| 39. | 013018 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21939282 | 2018.04 |  |  |
| 40. | 013019 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937641 | 2018.04 |  |  |
| 41. | 013022 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937701 | 2018.04 |  |  |
| 42. | 013024 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937711 | 2018.04 |  |  |
| 43. | 013028 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937664 | 2018.04 |  |  |
| 44. | 013030 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937723 | 2018.04 |  |  |
| 45. | 013031 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937728 | 2018.04 |  |  |
| 46. | 013033 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937731 | 2018.04 |  |  |
| 47. | 013035 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991040 | 2018.04 |  |  |
| 48. | 013038 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937648 | 2018.04 |  |  |
| 49. | 013040 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937649 | 2018.05 |  |  |
| 50. | 013041 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991015 | 2018.04 |  |  |
| 51. | 013043 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937656 | 2018.04 |  |  |
| 52. | 013044 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937666 | 2018.04 |  |  |
| 53. | 013046 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991119 | 2018.04 |  |  |
| 54. | 013047 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991141 | 2018.04 |  |  |
| 55. | 013050 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991137 | 2018.04 |  |  |
| 56. | 013051 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937676 | 2018.04 |  |  |
| 57. | 013053 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937710 | 2018.04 |  |  |
| 58. | 013054 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21990940 | 2018.04 |  |  |
| 59. | 013056 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21990987 | 2018.04 |  |  |
| 60. | 013057 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21939289 | 2018.04 |  |  |
| 61. | 013059 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937662 | 2018.04 |  |  |
| 62. | 013060 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21990964 | 2018.04 |  |  |
| 63. | 013063 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21939284 | 2018.04 |  |  |
| 64. | 013065 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937642 | 2018.04 |  |  |
| 65. | 013066 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21990984 | 2018.04 |  |  |
| 66. | 013076 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991098 | 2018.04 |  |  |
| 67. | 013077 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991147 | 2018.04 |  |  |
| 68. | 013088 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937716 | 2018.04 |  |  |
| 69. | 013089 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21990990 | 2018.04 |  |  |
| 70. | 013090 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21990946 | 2018.04 |  |  |
| 71. | 013091 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21939288 | 2018.04 |  |  |
| 72. | 013092 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991118 | 2018.04 |  |  |
| 73. | 013093 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21990942 | 2018.04 |  |  |
| 74. | 013094 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937698 | 2018.04 |  |  |
| 75. | 013095 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991127 | 2018.04 |  |  |
| 76. | 013096 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991075 | 2018.04 |  |  |
| 77. | 013097 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937684 | 2018.04 |  |  |
| 78. | 013098 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21990996 | 2018.04 |  |  |
| 79. | 013099 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991099 | 2018.04 |  |  |
| 80. | 013100 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21939287 | 2018.04 |  |  |
| 81. | 013101 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937729 | 2018.04 |  |  |
| 82. | 013102 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991026 | 2018.04 |  |  |
| 83. | 013103 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937726 | 2018.04 |  |  |
| 84. | 013104 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21990991 | 2018.04 |  |  |
| 85. | 013105 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991011 | 2018.04 |  |  |
| 86. | 013107 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937658 | 2018.04 |  |  |
| 87. | 013108 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991145 | 2018.04 |  |  |
| 88. | 013110 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991019 | 2018.04 |  |  |
| 89. | 013111 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937637 | 2018.04 |  |  |
| 90. | 013112 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21990988 | 2018.04 |  |  |
| 91. | 013114 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21990950 | 2018.04 |  |  |
| 92. | 013115 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21990972 | 2018.04 |  |  |
| 93. | 013116 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991104 | 2018.04 |  |  |
| 94. | 013117 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991020 | 2018.04 |  |  |
| 95. | 013118 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937736 | 2018.04 |  |  |
| 96. | 013119 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991102 | 2018.04 |  |  |
| 97. | 013121 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21990943 | 2018.04 |  |  |
| 98. | 013122 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991128 | 2018.04 |  |  |
| 99. | 013123 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991000 | 2018.05 |  |  |
| 100. | 013124 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937713 | 2018.04 |  |  |
| 101. | 013125 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937663 | 2018.04 |  |  |
| 102. | 013126 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937692 | 2018.04 |  |  |
| 103. | 013127 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937691 | 2018.04 |  |  |
| 104. | 013128 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937685 | 2018.04 |  |  |
| 105. | 013129 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937655 | 2018.04 |  |  |
| 106. | 013130 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21939291 | 2018.04 |  |  |
| 107. | 013131 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937679 | 2018.04 |  |  |
| 108. | 013132 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937688 | 2018.04 |  |  |
| 109. | 013133 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937677 | 2018.04 |  |  |
| 110. | 013134 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21990951 | 2018.04 |  |  |
| 111. | 013135 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991017 | 2018.04 |  |  |
| 112. | 013137 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21990992 | 2018.04 |  |  |
| 113. | 013138 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21990948 | 2018.04 |  |  |
| 114. | 013139 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991028 | 2018.04 |  |  |
| 115. | 013140 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991146 | 2018.04 |  |  |
| 116. | 013141 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991114 | 2018.04 |  |  |
| 117. | 013142 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21990993 | 2018.04 |  |  |
| 118. | 013143 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21990986 | 2018.04 |  |  |
| 119. | 013144 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991116 | 2018.04 |  |  |
| 120. | 013145 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21990994 | 2018.04 |  |  |
| 121. | 013146 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991030 | 2018.04 |  |  |
| 122. | 013147 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991014 | 2018.04 |  |  |
| 123. | 013148 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21990982 | 2018.04 |  |  |
| 124. | 013149 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991117 | 2018.04 |  |  |
| 125. | 013150 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991101 | 2018.04 |  |  |
| 126. | 013151 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937721 | 2018.04 |  |  |
| 127. | 013152 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937717 | 2018.04 |  |  |
| 128. | 013153 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991149 | 2018.04 |  |  |
| 129. | 013154 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937733 | 2018.04 |  |  |
| 130. | 013155 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991143 | 2018.04 |  |  |
| 131. | 013156 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937725 | 2018.04 |  |  |
| 132. | 013157 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991018 | 2018.04 |  |  |
| 133. | 013158 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991016 | 2018.04 |  |  |
| 134. | 013159 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991094 | 2018.04 |  |  |
| 135. | 013160 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991051 | 2018.04 |  |  |
| 136. | 013161 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991148 | 2018.04 |  |  |
| 137. | 013162 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937735 | 2018.04 |  |  |
| 138. | 013163 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937683 | 2018.04 |  |  |
| 139. | 013164 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21990975 | 2018.04 |  |  |
| 140. | 013165 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937703 | 2018.04 |  |  |
| 141. | 013166 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21990995 | 2018.04 |  |  |
| 142. | 013167 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991027 | 2018.04 |  |  |
| 143. | 013168 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937712 | 2018.04 |  |  |
| 144. | 013169 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937719 | 2018.04 |  |  |
| 145. | 013170 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937704 | 2018.04 |  |  |
| 146. | 013171 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937720 | 2018.04 |  |  |
| 147. | 013172 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991012 | 2018.04 |  |  |
| 148. | 013173 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937707 | 2018.04 |  |  |
| 149. | 013174 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937705 | 2018.04 |  |  |
| 150. | 013175 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991113 | 2018.04 |  |  |
| 151. | 013176 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991112 | 2018.04 |  |  |
| 152. | 013177 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991054 | 2018.04 |  |  |
| 153. | 013178 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991100 | 2018.05 |  |  |
| 154. | 013179 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937670 | 2018.04 |  |  |
| 155. | 013180 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937668 | 2018.04 |  |  |
| 156. | 013181 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991064 | 2018.04 |  |  |
| 157. | 013182 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991105 | 2018.04 |  |  |
| 158. | 013183 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991023 | 2018.04 |  |  |
| 159. | 013184 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991079 | 2018.04 |  |  |
| 160. | 013185 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21990998 | 2018.04 |  |  |
| 161. | 013186 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991010 | 2018.04 |  |  |
| 162. | 013188 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991053 | 2018.04 |  |  |
| 163. | 013189 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937681 | 2018.04 |  |  |
| 164. | 013190 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937659 | 2018.04 |  |  |
| 165. | 013191 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937678 | 2018.04 |  |  |
| 166. | 013192 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991110 | 2018.04 |  |  |
| 167. | 013193 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937639 | 2018.04 |  |  |
| 168. | 013194 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937673 | 2018.05 |  |  |
| 169. | 013195 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937671 | 2018.04 |  |  |
| 170. | 013197 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991022 | 2018.04 |  |  |
| 171. | 013198 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991037 | 2018.04 |  |  |
| 172. | 013199 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991111 | 2018.04 |  |  |
| 173. | 013200 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991115 | 2018.04 |  |  |
| 174. | 013201 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937715 | 2018.04 |  |  |
| 175. | 013202 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937669 | 2018.04 |  |  |
| 176. | 013203 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937689 | 2018.04 |  |  |
| 177. | 013204 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937694 | 2018.04 |  |  |
| 178. | 013205 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937661 | 2018.04 |  |  |
| 179. | 013206 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21939285 | 2018.04 |  |  |
| 180. | 013207 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937727 | 2018.04 |  |  |
| 181. | 013208 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937647 | 2018.04 |  |  |
| 182. | 013209 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937638 | 2018.04 |  |  |
| 183. | 013210 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21990989 | 2018.04 |  |  |
| 184. | 013211 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991065 | 2018.04 |  |  |
| 185. | 013212 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991139 | 2018.04 |  |  |
| 186. | 013213 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937702 | 2018.04 |  |  |
| 187. | 013214 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991097 | 2018.04 |  |  |
| 188. | 013215 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991021 | 2018.04 |  |  |
| 189. | 013216 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991029 | 2018.04 |  |  |
| 190. | 013217 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937734 | 2018.04 |  |  |
| 191. | 013218 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21990949 | 2018.04 |  |  |
| 192. | 013219 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991013 | 2018.04 |  |  |
| 193. | 013220 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21990941 | 2018.04 |  |  |
| 194. | 013222 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937714 | 2018.04 |  |  |
| 195. | 013223 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21939290 | 2018.04 |  |  |
| 196. | 013224 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991103 | 2018.04 |  |  |
| 197. | 013225 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21991106 | 2018.04 |  |  |
| 198. | 013226 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21937708 | 2018.04 |  |  |
| 199. | 013227 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21990985 | 2018.04 |  |  |
| 200. | 010933 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS VIAL | VOLUMAT MC AGILIA | 019193/21184593 | 2018.04 |  |  |
| 201. | 010934 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS VIAL | VOLUMAT MC AGILIA | 019193/21184577 | 2018.04 |  |  |
| 202. | 010935 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS VIAL | VOLUMAT MC AGILIA | 019193/21184595 | 2018.04 |  |  |
| 203. | 010936 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS VIAL | VOLUMAT MC AGILIA | 019193/20705076 | 2018.04 |  |  |
| 204. | 012893 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21995875 | 2018.04 |  |  |
| 205. | 012905 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21960280 | 2018.04 |  |  |
| 206. | 012906 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21995850 | 2018.04 |  |  |
| 207. | 012907 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21995863 | 2018.04 |  |  |
| 208. | 012909 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21960271 | 2018.04 |  |  |
| 209. | 012913 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21960263 | 2018.04 |  |  |
| 210. | 012914 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21995871 | 2018.04 |  |  |
| 211. | 012917 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21995870 | 2018.04 |  |  |
| 212. | 012918 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21995886 | 2018.05 |  |  |
| 213. | 012919 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21960277 | 2018.04 |  |  |
| 214. | 012921 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21995840 | 2018.04 |  |  |
| 215. | 012922 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21960273 | 2018.04 |  |  |
| 216. | 012923 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21960265 | 2018.04 |  |  |
| 217. | 012925 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21995857 | 2018.04 |  |  |
| 218. | 012926 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21995845 | 2018.04 |  |  |
| 219. | 012927 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21960268 | 2018.04 |  |  |
| 220. | 012928 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21995882 | 2018.04 |  |  |
| 221. | 012930 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21995855 | 2018.04 |  |  |
| 222. | 012931 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21995844 | 2018.04 |  |  |
| 223. | 012932 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21960264 | 2018.04 |  |  |
| 224. | 012934 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21995872 | 2018.04 |  |  |
| 225. | 012936 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21995849 | 2018.04 |  |  |
| 226. | 012938 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21960274 | 2018.04 |  |  |
| 227. | 012941 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21995869 | 2018.04 |  |  |
| 228. | 012944 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21995873 | 2018.04 |  |  |
| 229. | 012946 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21960279 | 2018.04 |  |  |
| 230. | 012949 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21995883 | 2018.04 |  |  |
| 231. | 012951 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21995868 | 2018.04 |  |  |
| 232. | 012954 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21960272 | 2018.04 |  |  |
| 233. | 012956 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21995881 | 2018.04 |  |  |
| 234. | 012959 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21995847 | 2018.04 |  |  |
| 235. | 012963 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21995841 | 2018.04 |  |  |
| 236. | 012965 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21995884 | 2018.04 |  |  |
| 237. | 012969 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21960282 | 2018.04 |  |  |
| 238. | 012972 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21995854 | 2018.04 |  |  |
| 239. | 012974 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21960283 | 2018.04 |  |  |
| 240. | 012975 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21995846 | 2018.04 |  |  |
| 241. | 012976 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21995874 | 2018.04 |  |  |
| 242. | 012978 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21960275 | 2018.04 |  |  |
| 243. | 012983 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21960269 | 2018.04 |  |  |
| 244. | 012986 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21995838 | 2018.04 |  |  |
| 245. | 012988 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21960266 | 2018.04 |  |  |
| 246. | 012991 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21995887 | 2018.04 |  |  |
| 247. | 012994 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21995851 | 2018.04 |  |  |
| 248. | 012995 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21960267 | 2018.04 |  |  |
| 249. | 012998 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21995848 | 2018.04 |  |  |
| 250. | 013000 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21960270 | 2018.04 |  |  |
| 251. | 013004 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21995856 | 2018.04 |  |  |
| 252. | 013005 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21960262 | 2018.04 |  |  |
| 253. | 013007 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21960276 | 2018.04 |  |  |
| 254. | 013009 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21995842 | 2018.04 |  |  |
| 255. | 013014 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21995843 | 2018.04 |  |  |
| 256. | 013017 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21960261 | 2018.04 |  |  |
| 257. | 013020 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21960281 | 2018.04 |  |  |
| 258. | 013023 | POMPA INFUZYJNA | FRESENIUS | AGILIA | 21960260 | 2018.04 |  |  |
| 259. | 012881 | POMPA INFUZYJNA TCI - TIVA FIOLET. | FRESENIUS | AGILIA | 21991157 | 2018.04 |  |  |
| 260. | 012882 | POMPA INFUZYJNA TCI - TIVA FIOLET. | FRESENIUS | AGILIA | 21991158 | 2018.04 |  |  |
| 261. | 012884 | POMPA INFUZYJNA TCI - TIVA FIOLET. | FRESENIUS | AGILIA | 21814850 | 2018.04 |  |  |
| 262. | 012885 | POMPA INFUZYJNA TCI - TIVA FIOLET. | FRESENIUS | AGILIA | 21991155 | 2018.04 |  |  |
| 263. | 012886 | POMPA INFUZYJNA TCI - TIVA FIOLET. | FRESENIUS | AGILIA | 21814849 | 2018.04 |  |  |
| 264. | 012887 | POMPA INFUZYJNA TCI - TIVA FIOLET. | FRESENIUS | AGILIA | 21814806 | 2018.04 |  |  |
| 265. | 012889 | POMPA INFUZYJNA TCI - TIVA FIOLET. | FRESENIUS | AGILIA | 21991156 | 2018.04 |  |  |
| 266. | 012890 | POMPA INFUZYJNA TCI - TIVA FIOLET. | FRESENIUS | AGILIA | 21991159 | 2018.04 |  |  |
| 267. | 012891 | POMPA INFUZYJNA TCI - TIVA FIOLET. | FRESENIUS | AGILIA | 21814807 | 2018.04 |  |  |
|  |  |  |  |  |  | SUMA |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Przegląd urządzeń |  | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta,  Dla pomp infuzyjnych: kalibracja czujników na odpowiednich urządzeniach z raportem z oprogramowania dedykowanego. | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | tak |  |

Część 41

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |
| 013734 | MYJNIA ENDOSKOPOWA | BHT | INNOVA E3 | 63920001 | 2018.03 |  |
|  |  |  |  |  | SUMA |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Przegląd urządzeń |  | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, wzorcowanie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  Przegląd obejmuje wymianę: filtra powietrza, wężyków pomp dozujących, uszczelek oring. | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | tak |  |

Część 42

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  | |
| 010704 | | AP. DO ZNIECZULANIA | DATEX-OHMEDA | S/5 AESPIRE | AMXQ01054,mon.6784191, par.BEJQ04451 | | 2018.05 |  |  |  |  | |
| 009581 | | AP. DO ZNIECZULANIA | DATEX-OHMEDA | AESPIREVIEW; mon. CAM | APHP00502; mon: 6666370 | | 2018.02 |  |  |  |  | |
| 017435 | | AP. DO ZNIECZULANIA | Datex Ohmeda USA | Avance CS2 PRO/B650 | APKT02688 | | 2018.05 |  |  |  |  | |
| 017436 | | AP. DO ZNIECZULANIA | Datex Ohmeda USA | Aespire View | APHT02413 | | 2018.05 |  |  |  |  | |
| 004358 | | AP. DO ZNIECZULANIA, kardiomonitor | DATEX-OHMEDA | AESTIVA5/7100; kardiomonitor AM | AMVE00484; 4805904 | | 2018.02 |  |  |  |  | |
| 004767 | | AP. DO ZNIECZULANIA, kardiomonitor | DATEX-OHMEDA | AESPIRE; mon.CARDIOCAP/5, 7100 | AMXG00280, mon. FBUE00460 | | 2018.02 |  |  |  |  | |
| 007936 | | AP. DO ZNIECZULANIA | DATEX-OHMEDA | S/5 AVANCE; mon: CAM | ANBL01786; m: 6398250 | | 2018.02 |  |  |  |  | |
| 007937 | | AP. DO ZNIECZULANIA | DATEX-OHMEDA | AESPIRE; CAM | AMXM00377, 6356386 | | 2018.03 |  |  |  |  | |
| 008423 | | AP. DO ZNIECZULANIA | DATEX-OHMEDA | S/5 AVANCE; mon: AM | ANBN00437; m: 6505518 | | 2018.02 |  |  |  |  | |
| 004770 | | AP. DO ZNIECZULANIA | DATEX-OHMEDA | AESTIVE 7900; Compact Monitor S/5 | AMRD01272 / 4742328 | | 2018.03 |  |  |  |  | |
| 006462 | | AP. DO ZNIECZULANIA | DATEX-OHMEDA | S/5 AESPIRE 7100 / Compact; m: F-CM1-04 | AMXK01488; m: 6195860 | | 2018.02 |  |  |  |  | |
| 006463 | | AP. DO ZNIECZULANIA | DATEX-OHMEDA | S/5 AESPIRE; Compact Monitor S/5 | AMXK01474 / 6195859 | | 2018.03 |  |  |  |  | |
| 827/6/2017 | | AP. DO ZNIECZULANIA + kardiomonitor | DATEX-OHMEDA | S/5 AESPIRE/ CAM, mon S/5 CAM | AMXQ01052; mon. 6713390 | | 2018.02 |  |  |  |  | |
| 011839 | | RESPIRATOR | GE HEALTHCARE | IVENT 201 | IV35718 | | 2018.06 |  |  |  |  | |
|  | |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  | |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  W przeglądzie inkubatora wymiana czujnika tlenu, oraz filtrów i akumulatora  Przegląd aparatu DO ZNIECZULANIA obejmujący min. wymianę wszystkich elementów objętych obowiązkową wymianą, oraz wymianę elementów uwarunkowaną stanem technicznym w momencie przeglądu (przegląd obejmuje wymianę: zestawu uszczelek przepływomierzy, filtru zasilania gazowego, uszczelek na butle, filtru wysokiego ciśnienia, uszczelek filtrów uszczelek gniazd parowników, zaworu grzybkowego respiratora, uszczelek zaworu oddechu spontanicznego, akumulatora),  Przegląd kardiomonitora obejmujący min. wymianę wszystkich elementów objętych obowiązkową wymianą, oraz wymianę elementów uwarunkowaną stanem technicznym w momencie przeglądu (przegląd obejmuje wymianę filtrów przeciwkurczowych, kalibrację gazową, zestaw 12m dla Cardiocap) | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 43

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  | |
| 007515 | | AP. USG | GENERAL ELECTRIC | LOGIQ E KONSOLA; gł convex 4C-RS | 81251WX1, 82405WX2 | | 2018.02 |  |  |  |  | |
| 344/3/2012 | | AP. USG | GENERAL ELECTRIC | LOGIQ 7 EXPERT, gł: convex 3,5C, linia 12L; vp: MITSUBISHI P93E | 9056YU3; gł: 434559PD7, 1043366YM2; vp: 11632 | | 2018.04 |  |  |  |  | |
| 56/01/08r | | AP. USG | GE MEDICAL SYSTEM | VOLUSON 730 PRO | A 20901, gł: 14079KR8, 67603WP1, 11398KR5 | | 2018.02 |  |  |  |  | |
| 1064/09/2011 | | AP. USG | GENERAL ELECTRIC | LOGIQ P5 | 92734SU3 | | 2018.02 |  |  |  |  | |
| 017094 | | AP. USG | GE | Logic P8 | 380301WX2 | | 2018.02 |  |  |  |  | |
| 7/1/2010 | | AP. USG | GENERAL ELECTRIC | LOGIQ 7 | 29855YU4, głowica śródoperacyjna 72033PD4, drukarka sony UPD897 sn:88404 | | 2018.02 |  |  |  |  | |
| 007514 | | AP. USG | GE MEDICAL SYSTEM | VOLUSON 730 PRO | KONSOLA A40158A | | 2018.02 |  |  |  |  | |
| 827/6/2017 | | AP. USG | GENERAL ELECTRIC | VOLUSON E6 | D55156 | | 2018.02 |  |  |  |  | |
| 827/6/2017 | | AP. USG | GENERAL ELECTRIC | VOLUSON E6 | D55163 | | 2018.02 |  |  |  |  | |
| 827/6/2017 | | AP. USG | GENERAL ELECTRIC | VOLUSON i ; gł: IC5-9W-RS, RAB2-5-RS; vp: SONY UP 897 | B03690; gł: 027460TS5, 209192WX4 | | 2018.02 |  |  |  |  | |
| 827/6/2017 | | AP. USG | GENERAL ELECTRIC | VOLUSON e; gł: IC5-9W-RS, RAB2-5-RS; vp: SONY UP-D897; Voluson Station | B54883; gł: 027458TS9, 127339KR0; wózek BS21747 | | 2018.02 |  |  |  |  | |
| 233/3/2010 | | AP. USG | GENERAL ELECTRIC | LOGIQ 3 EXPERT | 35255WS9, gł. Conwex sn.56799PD0 gł. Liniowa 8LMHz sn 50686PD5 | | 2018.02 |  |  |  |  | |
| 011949 | | AP. USG kieszonkowe | GE |  | VH012411LQ | | 2018.03 |  |  |  |  | |
| 005475 | | AP. USG-echo | GE MEDICAL | VIVID4 | 10626 | | 2018.02 |  |  |  |  | |
| 005479 | | AP. USG-echo | GE MEDICAL SYSTEM | VIVID7 | 3908V7 | | 2018.02 |  |  |  |  | |
| 005541 | | AP. USG-echo | GENERAL ELECTRIC | LOGIQ 3 | 22594WS6 | | 2018.02 |  |  |  |  | |
| 007054 | | AP. USG-echo | YAGSI GE | VIVID 7; gł: Linia: 10L, Cardio M4S, Convex 3.5 C | 8704V7C; gł: 907404P2, 5122YP7, 51231WP9 | | 2018.02 |  |  |  |  | |
|  | |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  | |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta,  Przegląd zawierający min. czyszczenie wnętrza aparatu, wentylatorów, filtrów i trackball’a, sprawdzenie i poprawę styków elektrycznych, sprawdzenie urządzeń peryferyjnych, testy głowic we wszystkich trybach pracy, kontrola poprawności wydruków, czyszczenie dysków twardych ze zbędnych plików, testy bezpieczeństwa elektrycznego aparatu | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 44

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 014961 | | DETEKTOR PROMIENIOWANIA GAMMA | W.O.M. World of MedicineGmbH | Gamma Finder II | 40337 | | 2018.05 |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 45

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  | |
| 1163/11/07r | | ANALIZATOR IMMUNOLOGICZNY | PHARMACIA Diagnostics | UNI CAP 100 | 3937 | | 2018.03 |  |  |  |  | |
|  | |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  | |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta, W szczególności: regulacja ustawień mechanicznych, wzorcowanie układu pomiarowego, aktualizacja metod diagnostycznych, kalibracja układu pomiarowego (FluoroC), wymiana butli płynów (usługa obejmuje koszt butli). | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 46

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 010850 | | MIERNIK DAWEK PROMIENIOTWÓRCZYCH | BERHOLD | LB124 | 20-7007 | | 2018.04 |  |  |  |  |
| 009403 | | MONITOR SKAŻEŃ | CANBERRA | COLIBRI TTC, sonda SABG-100, moduł | 00000106; s:0404; m:10050080 | | 2018.04 |  |  |  |  |
| E-42-380 | | MONITOR SKAŻEŃ RADIOAKTYWNYCH | POLON-EKOLAB | EKO-C | 002/2000 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 132/2/2009 | | MONITOR SKAŻEŃ RADIOAKTYWNYCH | POLON-EKOLAB | EKO-C | 903/2008 | | 2018.05 |  |  |  |  |
| 017758 | | MONITOR SKAŻEŃ RADIOAKTYWNYCH | POLON-EKOLAB | EKO-C | 763/2014 | | 2018.02 |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta,  „Wzorcowanie wykonywane jest metodą wyznaczenia współczynnika kalibracyjnego w znanym wzorcowym polu promieniowania.” | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 47

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 015324 | | SYST. MONITOROWANIA NERWÓW | INOMED MEDIZINTECHNIK | SYSTEM ISIS IOM | 13M001 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 017290 | | SYST. ŚRÓDOPERACYJNEGO NEURUMOITORINGU | Inomed Medizintechnik | NERVE MONITOR C2 | monitor:15B006; w:2-253/14/01 | | 2018.03 |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta,  ISIS IOM: „Zastosowane środki kontrolne: tester systemu IOM (neuromonitoringu śródoperacyjnego)  Kontrola funkcji: test szumu wzmacniacza, test impedancji wzmacniacza, test stymulatora potencjałów wywołanych akustycznie (AEP), test stymulatora Osiris w trybie neuroexplorer,  Test napędów (CD/DVD-ROM, USB),  pozostałe,  test bezpieczeństwa elektrycznego wg normy IEC-62353”  NERVE MONITOR C2:  „Typ urządzenia  Zastosowane środki kontrolne  Zachowanie konfiguracji urządzenia na zewnętrznym nośniku pamięci USB  Inspekcja wizualna urządzenia  Test funkcyjny urządzenia  test bezpieczeństwa elektrycznego wg normy IEC-62353” | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 48

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 827/6/2017 | | SYST. NADZORU OKOŁOPORODOWEGO | ITAM | MONAKO - 8 stanowisk | 68 | | 2018.05 |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta, | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 49

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  | |
| 005413 | | AP. ELEKTROCHIR. (GENERATOR ULTRADZWIĘKOWY) | Ethicon Endo- Surgery (Johnson&Johnson Company) | GENERATOR 300 | GN4048383 | | 2018.02 |  |  |  |  | |
| 619/05/2014 | | GENERATOR DO ABLACJI | STOCKERT | EP-SHUTTLE | ST-0280 | | 2018.02 |  |  |  |  | |
| 011437 | | POMPA IRYGACYJNA | JOHNSON & JOHNSON | CoolFlow | HEI10054 | | 2018.03 |  |  |  |  | |
| 006679 | | ZEST. DO ABLACJI | BIOSENSE WEBSTER / STOCKERT | EP SHUTTLE Z POMPĄ COOLFLOW | ST-2226; 02966 | | 2018.02 |  |  |  |  | |
|  | |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  | |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, konserwację i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta. | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 50

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| W-43-740 | | ALKOMAT | FIT | FIT alco A1 | T36239 | | 2018.02 |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta. | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 51

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 223/03/2010r | | CZYTNIK MIKROPŁYTEK | THERMO SCIENTIFIC | MULTISKAN FC 357 | 357-00041T | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 011331 | | KOMORA LAMINARNA | THERMO SCIENTIFIC |  | 41420100 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 003215 | | INKUBATOR Z PRZEPŁ. |  | HERAEUS CYTOPERM | 98105252/251011660 | | 2018.04 |  |  |  |  |
| 011932 | | INKUBATOR CO2 | THERMO SCIENTIFIC | Heracell 150i | 41089555 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 008980 | | INKUBATOR CO2 | BIOMERIEUX / KENDRO | HERACELL150 / H0033 | 40429197 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 011815 | | KOMORA LAMINARNA | THERMO | HS KS 12 | 41395992 | | 2018.03 |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przeglądy zgodne z wymaganiami producenta, obejmuje czyszczenie, kalibrację, testy kontrolne, sprawdzenie  zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności  działania zgodnie z normami zalecanymi przez producenta, przegląd komór: pomiary czystości powietrza, prędkości  przepływu, laminarności. Wymiana filtrów wstępnych w komorach oraz filtrów CO2 w inkubatorach HERAcell.  Czynności wykonywane miernikami posiadającym aktualne badania. | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 52

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  | |
| 011917 | | AP. DO KRIOCHIRURGII | KRIOMEDPOL | KRIOPOL K26 | 039/03/2013 | | 2018.03 |  |  |  |  | |
|  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | parametr wymagany | | | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, konserwację i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  „Oględziny gniazd i złącz  Oględziny izolacji przewodów  Poprawność działania przycisków  Kontrola i regulacja ciśnienia presostatu ustalającego ciśnienie robocze  Kontrola i regulacja ciśnienia zaworów bezpieczeństwa  Kontrola działania układu braku azotu  Kontrola szczelności głowicy  Kontrola działania układu odgrzewania węża  Kontrola wielkości wypływu azotu poprzez zawór elektromagnetyczny  Pasowanie aplikatorów do uchwytu w wężu przesyłowym  Kontrola czasów chłodzenia i odgrzewania aplikatorów” | | | | | | | tak | | |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | tak | | |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) | | |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) | | |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | tak | | |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | tak | | |  |

Część 53

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 005179 | | AP. USG | ECHOSON | TS1000 EXD | 020211 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 008493 | | AP. USG | TOSHIBA | XARIO XG SSA-680A; gł: conv PVT-375BT, lin PLT-704SBT, sekt PST-30BT; v: P93 DW | 99D0953077; gł: TDA0932433, 99A08Z3433, 99A0942798; v: 6007397 | | 2018.03 |  |  |  |  |
| 008753 | | AP. USG | NEMIO XG / TOSHIBA | SSA-580A; sondy: PVM-375AT, PLM-805AT; wideoprinter czarno-biały: P-93E | E2F0996490; sondy: TDA0986087, TDA0982381; wideoprinter: 6019002 | | 2018.03 |  |  |  |  |
| 016510 | | AP. USG | Philips Ultrasound Inc | Sparq | US11410404 | | 2018.04 |  |  |  |  |
| 939/6/2014 | | AP. USG | ECHOSON | Albit | 111117AA, glowica sn. 111229ES | | 2018.03 |  |  |  |  |
| 1136/10/2012 | | AP. USG | SONOSITE | SONOSITE M-TURBO; gł: C60X 5-2 MHz, (P21X 5-1 MHz, HFL38 13-6 MHz inna um.) | WGO1HJ; gŁ: 03HRCD,(03T09Y, 03T71C -inna um.) | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 005994 | | AP. USG | BK MEDICAL | PRO FOCUS 2202 | 1866929 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 009320 | | AP. USG | TOSHIBA | SSA-790A APLIO XG, głowice szt-5 | 99I10X6015 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 007339 | | AP. USG | BK MEDICAL | PRO FOCUS 2202 | 1878996 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 017530 | | AP. USG | TOSHIBA | SSA-680AXarioXG | 99C0862509 | | 2018.03 |  |  |  |  |
| 375/2/2017 | | AP. USG | ALOKA | Prosound α 7 gł.:UST-9130, UST-5412; vp.: SONY | 20382662; gł.:X0095287, X0075299 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 375/2/2017 | | AP. USG | SUPERSONIC IMAGINE | AIXPLORER; gł.: SC6-1, SL15-4, SL10-2, SE12-3; vp.: SONY UP-D711MD | SIG0312; gł.: SIG0426, SIF5060, SIF4273, SIC4031 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 007710 | | AP. USG | TOSHIBA MEDICAL SYSTEMS | SSA-580A/E3 NEMIO XG Mk1; gł: PVM-375AT, PVM-651VT; videopr. P-93E | E3E0846956; mon:083G4926 gł: TDA1165242, TDA1156783; TDA1433250 v: 6011057 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 013120 | | AP. USG-echo | PHILIPS | SPARQ | US41310264 | | 2018.04 |  |  |  |  |
| 013221 | | AP. USG-echo | PHILIPS | SPARQ | US41310250 | | 2018.05 |  |  |  |  |
| 013259 | | AP. USG-echo | PHILIPS | SPARQ | US41310265 | | 2018.04 |  |  |  |  |
| 003135 | | AP. USG-echo | ACUSON-SIEMENS | SEQVOIA 512; gł: Linia: 15L8, 6L3, 4V2, Cardio: 3V2c, 5V2c | 51000; gł: Linia: 75201250, 90731106, 80800317, Cardio: 90502712, 74701712 , drukarka 33912 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 004090 | | AP. USG-echo | ATL | HDI3500 Z VIDEO PANASONIC AGMD NR A1TC00286 | 01TKP9; A1TC00286 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 007361 | | AP. USG-echo | ESAOTE WŁOCHY | MYLAB 70 XVG; gł: LA 523E, LA435, CA631; vp MITSUBISHI P93E | 5117;gł 3529, 681,4742, ;mon. 001493;druk: 605550, komp:CNCW745NT, | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 008890 | | AP. USG-echo | ALOKA | ALPHA 7; gł: UST-5296, UST-9136U, UST-5412; printer SONY UP-D897 | M01633; gł: M00602, M00156, M02774, 148780 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 012068 | | AP. USG-echo | ESAOTE | MYLABONE | 91251116 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 011166 | | AP. USG-echo | BK MEDICAL | FLEX FOCUS 1202;gł.:8808E,8830;vp.UP-D897 | 5001090; gł. rektalna3011406;gł. brzuszna3001020 | | 2018.06 |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  Przegląd zawierający min. czyszczenie wnętrza aparatu, wentylatorów, filtrów i trackball’a, sprawdzenie i poprawę styków elektrycznych, sprawdzenie urządzeń peryferyjnych, testy głowic we wszystkich trybach pracy, kontrola poprawności wydruków, testy bezpieczeństwa elektrycznego aparatu | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 54

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 009256 | | SEKWENATOR | LIFE TECH SINGAPUR | 3500 GENETIC ANALYSIS | 22117-211 | | 2018.02 |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  Testowanie funkcjonalne wszystkich komponentów systemu (części mechaniczne, elektroniczne i optyczne), kontrola bezpieczeństwa lasera, wymiana uszczelek o-ringów, przewodów rurowych, oleju i innych elementów eksploatacyjnych, testy przepływu we wszystkich punktach odczynników (regulacja), czyszczenie i regulacja układów optycznych, przetestowanie, czyszczenie i kalibracja elementów elektronicznych, weryfikacja pod względem jednorodności i dokładności temperatury, czyszczenie bloków testowych, ogrzewanej obudowy, wentylatora, monitora. | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 55

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 013530 | | AP. DO ZNIECZULANIA | MAQUET CRITICAL CARE | FLOW-i C40 | 1905; monitor 300987; parownik 2592 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 013531 | | AP. DO ZNIECZULANIA | MAQUET CRITICAL CARE | FLOW-i C40 | 1906; monitor 301042; parownik 2590 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 013532 | | AP. DO ZNIECZULANIA | MAQUET CRITICAL CARE | FLOW-i C20 | 1873; monitor 300915; parownik 2613 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 013536 | | AP. DO ZNIECZULANIA | MAQUET CRITICAL CARE | FLOW-i C40 | 1908; monitor 301046; parownik 2643 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 014520 | | AP. DO ZNIECZULANIA | MAQUET CRITICAL CARE | FLOW-i C20 | 1874; monitor 300930; parownik 2644 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 014521 | | AP. DO ZNIECZULANIA | MAQUET CRITICAL CARE | FLOW-i C40 | 1907; monitor 301036; parownik 2609 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 827/6/2017 | | MONITOR DO POMIARU RZUTU SERCA | PULSION | PICCO2 | J118500359 | | 2018.04 |  |  |  |  |
| 017243 | | STEROWNIK DO KONTRAPULSACJI | MAQUET USA | CARDIOSAVE | CH201137K4 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 013477 | | STEROWNIK DO KONTRAPULSACJI | MAQUET | CS 100 | SA225856C3 | | 2018.03 |  |  |  |  |
| 005679 | | STEROWNIK DO KONTRAPULSACJI | DATASCOPE | CS-100 | SA04079-G5 | | 2018.03 |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  „dot. FLOW-i  - testy funkcjonalne - kalibracja - aktualizacja oprogramowania;  - odnotowanie wszelkich prac serwisowych w bazie danych aparatu z jednoczesną aktualizacją daty kolejnego przeglądu;  dot. PICCO 2  - testy funkcjonalne - przeprowadzanie kalibracji oraz sprawdzenie działania z użyciem specjalistycznego urządzenia dostępnego w autoryzowanym serwisie -dostęp do menu serwisowego i menu kalibracji z użyciem haseł serwisowych.  dot. CARDIOSAVE  - testy funkcjonalne - kalibracja - badanie bezpieczeństwa Co 4 lata lub 6mln cykli pracy (od zainstalowania elementu) - wymiana dysku bezpieczeństwa. Co 4 lata lub 12mln cykli pracy (od zainstalowania elementu) – wymiana tidal volume disc. Co 4 lata lub gdy nie spełniają parametrów technicznych wymiana pakietu akumulatorów .  dot. IABP  - testy funkcjonalne - kalibracja - badanie bezpieczeństwa Co 2 lata lub 1000h (od zainstalowania elementu) wymiana dysku bezpieczeństwa. Co 3 lata (od zainstalowania elementu) wymiana akumulatora. Co 2500 h (od zainstalowania elementu) do wymiany zestaw naprawczy mały lub duży w zależności co wczęsniej było wymienione.” | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 56

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 149/1/2015 | | AP. DO CHEMIOTERAPII DOOTRZEWNOWEJ | RAND | Performer HT | 123 | | 2018.03 |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  Prewencyjna kontrola: Zasilanie (wtyczka, kabel i zabezpieczenie kabla), Ruchome części: obrotowe koła, tarcze i walce pompy perystaltycznej, Filtry wewnętrzne / separatory do ochrony przetworników ciśnienia, Segment pompy do regulacji poziomu (weryfikacja przepływu), Ustawianie czujników: ciśnienie, temperatura, waga (kalibracja), Weryfikacja czujników temperatury za pomocą przewodu/przekalibrowanej sondy wielokrotnego użytku.  Okresowa kontrola funkcjonalności: Urządzenie do regulacji wysokości, Hamulce, Wyświetlacz główny, Pompy perystaltyczne, Strzykawka pompy, Poziom regulacji pompy, Elektrozawory, Czujnik powietrza, Detektor przecieku krwi, Drukarka / Papier, HTS moduł : Temperatura, SatO2/Hct, Symulacja zabiegu, Kontrola bezpieczeństwa elektrycznego | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 57

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 017489 | | SZAFA ENDOSKOPOWA | Wassenburg Medical | DRY 300 | 161-143 2015 | | 2018.05 |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  „Kontrola/wymiana części.  Regulacja.  Weryfikacja i praca I/O.  Rejestracja godzin procesowych.  Sterowanie procesami.” | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 58

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 009230 | | TOMOGRAF OPTYCZNY | OPTOVUE | RTVUE100FD OCT CAM | 12297 | | 2018.06 |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  Przegląd obejmie w szczególności sprawdzenie i kalibrację spektrometru, diody SLD, sprawdzenie funkcji życiowych aparatu OCT. | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwani | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 59

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  | |
| 004764 | | ELEKTRONYSTAGMOGRAF | HORTMAN | 2-K-CNG | 24510244 | | 2018.04 |  |  |  |  | |
| 001017 | | TYMPANOMETR (MOSTEK IMPEDANCYJNY) | MADSEN ELECTRONICS | ZODIAK 901 | 68928 | | 2018.04 |  |  |  |  | |
|  | |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  | |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  Dla tympanometru kalibracja i testy elektryczne. | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 60

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |
| 009863 | DAWKOMIERZ Z DETEKTOREM | IBA DOSIMETRY | DOSIMAX PLUS I; RQA | 11-90121; 11-1275 | 2018.03 |  |  |
| 009864 | DAWKOMIERZ Z DETEKTOREM | IBA DOSIMETRY | DOSIMAX PLUS I; RQA | 11-90122; 11-1276 | 2018.03 |  |  |
| 008343 | DAWKOMIERZ Z DETEKTOREM | IBA DOSIMETRY | DOSIMAX PLUS I; RQA | 09-90051; 09-1182 | 2018.03 |  |  |
| 007877 | DAWKOMIERZ Z DETEKTOREM | IBA DOSIMETRY | DOSIMAX PLUS I; RQA | 08-31294; 08-4121 | 2018.03 |  |  |
| 007102 | DENSYTOMETR | PEHAMED | NORMSCAN | N1120 | 2018.03 |  |  |
| 007117 | MIERNIK KOMPRESJI |  | ELEKTRONICZNA WAGA POMOSTOWA | 16/2007 | 2018.03 |  |  |
| 007116 | ŚWIATŁOMIERZ | PEHAMED | CD-LUX | 1168 | 2018.03 |  |  |
|  |  |  |  |  | SUMA |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Przegląd urządzeń |  | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  „- sprawdzenie działania urządzenia,  - wymiana elementów zużytych (jeżeli konieczne),  - aktualizacja oprogramowania firmware (jeżeli konieczne),  - wymiana filmu kalibracyjnego (dotyczy densytometrów),  - oryginalne świadectwo wzorcowania,  - transport i ubezpieczenie.” | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | tak |  |

Część 61

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  | |  | |
| 002556 | | INSUFLATOR (laparoflator) | STORZ | 26430020 | 0001474 | | 2018.03 |  |  |  | |  | |
| 002456 | | TERMOFLATOR | KARL STORZ | THERMOFLATOR 264320 20 | 0000468 | | 2018.03 |  |  |  | |  | |
|  | |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  | |  | |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany | |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta. | | | | | | | | | tak |  | |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  | |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  | |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  | |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  | |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  | |

Część 62

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 009206 | | AP. RTG | RADIOLOGIA | POLYRAD PREMIUM | 10370066 | | 2018.04 |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  W szczególności przegląd obejmuje:  - kontrolę stanu izolacji kabli elektrycznych, kabla zasilającego, kabla wysokiego napięcia, poprawę styków, kontrolę uziemienia,  - kontrolę kompletności stanu obudowy i osłon aparatu  - kontrolę wyłączników krańcowych ruchu aparatu, hamulców, prowadnic, funkcjonowania wskaźników i przycisków konsoli, wartości napięcia zasilającego, wartości napięć zasilania wewnętrznego, centrowani i synchronizacji, sygnałów dźwiękowych ruchu stołu, ruchów pływających blatu, zapadek i włączników odpowiedzialnych za ustalenie pozycji zdjęciowej, układów bezpieczeństwa, potencjometrów ruchów kolumny, SFD, FFD, działania AEC, kalibracji elektronicznych i programowych  - kontrola ruchów zawieszenia sufitowego poprzecznego, podłużnego teleskopowego lampy rotacji lampy wokół osi, działania sprężyn, napięcia paska zębatego, układu wyważenia sprężyny przeciwwyważnej układu kolumny, naciągu liny zabezpieczającej,  - kontrola linek w stojaku, przeciwwagi, szuflady kasety,  - kontrola w przypadku lampy rtg poprawnego nasmarowania zakończenia kabli wysokiego napięcia, stanu okablowania, uziemienia lampy, układów bezpieczeństwa, stabilności napięcia na lampie, prądów w lampie, czyszczenie układu chłodzenia,  - kontrola połączeń kołpaka, działania rozrusznika lampy, sprawdzenie wycieków oleju,  - kontrola generatora, działania wentylatorów, uziemienia, drożności otworów wentylacyjnych,  - kontrola konsoli generatora w zakresie połączeń, działania ręcznego wyzwalacza ekspozycji, przycisków funkcjonalnych działania konsoli, przycisków AEC, wskaźnika przegrzania lampy,  - sprawdzenie wycieków oleju w transformatorze z kontrolą kabli HV,  - kontrola działania przycisków konsoli RAD  - weryfikacja pracy układu wolnego wirowania,  - kontrola i weryfikacja działania systemu DR, poprawności obrazowania.  - kalibracja detektora i sprawdzenie poprawności obrazowania części cyfrowej. | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 63

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 008985 | | KALIBRATOR DO TERMOMETRÓW | COVIDIEN | GENIUS 2 CHECKER | K0812492 | | 2018.04 |  |  |  |  |
| 008565 | | SYST. DO NEURONAWIGACJI | MEDTRONIC | STEALTH STATION S7 | 4500990261 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 017300 | | SYST. NEUROMONITORINGU W CHIRURGII TARCZYCY | MEDTRONIC | NIM-Response 3.0 | 2NR3-2328 | | 2018.04 |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  „Przegląd neuronawigacji Stealth Station S7:  - kontrola połączeń elektrycznych i sygnałowych wewnątrz systemu oraz gniazd znajdujących się w obudowie, kontrola oprogramowania (konfiguracja, import badań) - kontrola ilości wolnego miejsca na dysku twardym (czyszczenie danych na życzenie Użytkownika), kontrola pracy kamery - weryfikacja funkcjonowania i poprawności geometrycznej wszystkich dostępnych instrumentów - przygotowanie raportu z przeglądu, badanie/ test bezpieczeństwa elektrycznego” | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 64

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 011693 | | AP. ELEKTROCHIRURGICZNY | COVIDIEN | FORCE TRIAD | T2G30631EX | | 2018.04 |  |  |  |  |
| 011694 | | AP. ELEKTROCHIRURGICZNY | COVIDIEN | FORCE TRIAD | T2H30715EX | | 2018.05 |  |  |  |  |
| 183/03/06r | | AP. ELEKTROCHIRURGICZNY | VALLEYLAB | FORCE EZ-8 LANCETRON | F9L 3779B | | 2018.04 |  |  |  |  |
| 011695 | | AP. ELEKTROCHIRURGICZNY (sama przystawka argonowa) | COVIDIEN | FORCE ARGON II-8 | G2J2737UX | | 2018.05 |  |  |  |  |
| 003935 | | AP. ELEKTROCHIRURGICZNY (zestaw do zamykania naczyń krwionośnych) | VALLEYLAB | LigaSure | L0J1713V | | 2018.04 |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  "Zakres usługi obejmuje:  - komputerową kalibrację,  - pomiary mocy wyjściowych dla poszczególnych gniazd i wszystkich rodzajów pracy,  - sprawdzenie działania i regulacja systemu antypoparzeniowego REM (w urzadzeniach posiadajacych REM)  - przeprowadzenie Testów Bezp. Elektrycznego  - dokonanie stosownych wpisów do Paszportu Technicznego  - pozostawienie raportow serwisowych  " | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 65

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 009259 | | RESPIRATOR | BENNETT | NBP 840 | 3512100063; mon 10-170-94685; kompr: 3511101956 | | 2018.03 |  |  |  |  |
| 010409 | | RESPIRATOR | BENNETT | NBP 840 | 3121128220 ; naw- 110923120602 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 010410 | | RESPIRATOR | BENNETT | NBP 840 | 3121128370 ; naw.-111207127593 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 011243 | | RESPIRATOR | NELLCOR PURITAN BENNETT | NBP 840, nawilż. MR 850, nebul. AERONEB | 3121129160, 111207127579, 1206372 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 011244 | | RESPIRATOR | NELLCOR PURITAN BENNETT | NBP 840, nawilż. MR 850, nebul. AERONEB | 3121129150, 111207127576, 1205685 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 010037 | | RESPIRATOR | BENNETT | PURITAN BENNETT 840 | 3121101200 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 013334 | | RESPIRATOR | BENNETT | BENNETT 840 | 3512131658 | | 2018.02 |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  przegląd po przepracowanych 10000 h + akumulator +czujnik tlenu | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 66

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  | |  |  | |  |
| 006221 | | WIRÓWKA STOŁOWA | MECHANIKA PRECYZYJNA W-WA | MPW-350 | | 10350092806 | 2018.06 |  |  | |  |  | |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | |  | | | | | parametr wymagany | | | parametr oferowany | |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  "Wykonywane czynności:  Visual inspection:  Checking for any damages  Checking display and keypad  Checking the stability and housing  Checking rotor  Checking lid springs and lid shaft  Checking motor sleeve  Checking motor and motor shaft  Checking motor suspension  Functional check:  Keypad  Latch mechanism, lid latch and emergency release  Motor cap and speed sensor  Ventilation slots  Test run  Acceleration, deceleration time check  Speed check  Timer check  " | | | | | | | | | tak | | |  | |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak | | |  | |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) | | |  | |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) | | |  | |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu | | | | | | | | | tak | | |  | |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak | | |  | |

Część 67

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  | |  |  | | |  |
| 175/2/2013 | | BODYPLETYZMOGRAF-(DO UKŁ. ODDECHOW) | JAEGER | JAEGER | | 100628-705100 | 2018.06 |  |  | |  |  | | |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | |  | | | | | parametr wymagany | | | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta, naprawa drobnych usterek (uszczelnianie i regulacje), wykonanie procederu JQM, aktualizacja oprogramowania, diagnostyka bazy danych, badania testowe, | | | | | | | | | tak | | |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak | | |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) | | |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) | | |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu | | | | | | | | | tak | | |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak | | |  |

Część 68

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 000864 | | AP. DO POMIARU PAR DIALIZ HDM 90 | IBP | HDM 90 | 12450310003010259 | | 2018.03 |  |  |  |  |
| 009865 | | TESTER DO HEMODIALIZATORÓW | IBM MEDICAL | HDM 97 BQ | 28153101050000265 | | 2018.02 |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  „ - Kalibracja i wystawienie certyfikatu - tester HDM90  - Kalibracja i wystawienie certyfikatu - czujnik przepływu  - Test bezpieczeństwa elektrycznego – zasilanie  - Płyn Secondary Standard Solution” | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 69

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 009918 | | WAGA ANALITYCZNA | OHAUS | PIONEER PA213CM/1 | 8732209315 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 006820 | | WAGA APTECZNA |  | VIBRA DJ-150S | 072170102/07/1445 | | 2018.03 |  |  |  |  |
| 340/3/2013 | | WAGA APTECZNA | OHAUS | PA 213 | 8732391610 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| p-48-55 | | WAGA ELEKTRON.OSOBOWA | RADWAG | WPT 150 | 97223 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 011339 | | WAGA ELEKTRON.OSOBOWA | RADWAG | WPT 60/150.0 | 369673/12 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 004367 | | WAGA ELEKTRON.OSOBOWA | RADWAG | WPT 150 | 93612 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 003755 | | WAGA ELEKTRON.OSOBOWA NPT200D | RADWAG | WPT 200 | 69758 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 009557 | | WAGA ELEKTRONICZNA | SECA | 335 7021094 | 5335020105910 | | 2018.03 |  |  |  |  |
| 274/2/2015 | | WAGA ELEKTRONICZNA | RADWAG | WPA 60/C | 70178/2000 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 274/2/2015 | | WAGA ELEKTRONICZNA | RADWAG | WPS 300/C | 53584/99 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| P-48-55 | | WAGA NOWORODKOWA | RADWAG | WPT -15D | 137953/05 | | 2018.03 |  |  |  |  |
| 005496 | | WAGA OSOBOWA | RADWAG | WPT-150 ze wzrostom. | 128957/04 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| E-48-55 | | WAGA OSOBOWA | RADWAG | WPT 150.0 | 105321/03 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 012259 | | WAGA OSOBOWA | RADWAG | WPT 100/200 OW | 381930/13 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 012397 | | WAGA OSOBOWA | RADWAG | WPT 100/200 OW | 381937/13 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 012663 | | WAGA OSOBOWA | RADWAG | WPT 100/200 OW | 381936/13 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 012688 | | WAGA OSOBOWA | RADWAG | WPT 100/200 OW | 381932/13 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 012694 | | WAGA OSOBOWA | RADWAG | WPT 100/200 OW | 381935/13 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 012700 | | WAGA OSOBOWA | RADWAG | WPT 100/200 OW | 381934/13 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 012713 | | WAGA OSOBOWA | RADWAG | WPT 100/200 OW | 381931/13 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 012726 | | WAGA OSOBOWA | RADWAG | WPT 100/200 OW | 381933/13 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 011808 | | WAGA OSOBOWA | RADWAG | WPT 100/200 OW | 385704/13 | | 2018.03 |  |  |  |  |
| 006671 | | WAGA OSOBOWA | RADWAG | WPT-60/150.0 ZE WZROST. | 178035/06 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 007872 | | WAGA OSOBOWA | RADWAG | WPT-150.0 | 233025/08 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 011905 | | WAGA OSOBOWA | RADWAG | WPT 60/150 OW | 386381/13 | | 2018.03 |  |  |  |  |
| 011990 | | WAGA OSOBOWA | RADWAG | WPT 60/150 OW | 386484/13 | | 2018.03 |  |  |  |  |
| 827/6/2017 | | WAGA OSOBOWA | RADWAG | WPT 100/200 OW | 329635/11 | | 2018.03 |  |  |  |  |
| P-48-55 | | WAGA OSOBOWA | LUBELSKIE FABRYKI WAG | ze wzrostomierzem | 715/76 | | 2018.03 |  |  |  |  |
| P-48-55 | | WAGA OSOBOWA | RADWAG | WPT 200 | 50498/99 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 007668 | | WAGA OSOBOWA | RADWAG | WPT-60/150 ZE WZROSTOM. | 223375/08 | | 2018.03 |  |  |  |  |
| 007692 | | WAGA OSOBOWA | RADWAG | WPT-150.0 ZE WZROSTOM. | 226330/08 | | 2018.03 |  |  |  |  |
| 007804 | | WAGA OSOBOWA | RADWAG | WPT 60/150 | 231107/08 | | 2018.03 |  |  |  |  |
| 010402 | | WAGA OSOBOWA | RADWAG | WPT- 60/150 OW | 331473/11 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 010015 | | WAGA OSOBOWA | RADWAG | WPT- 60/150 OW | 331472/11 | | 2018.03 |  |  |  |  |
| 010500 | | WAGA OSOBOWA | RADWAG | WPT- 60/150 OW | 331474/11 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| P-48-55 | | WAGA OSOBOWA | LUBELSKIE FABRYKI WAG | ze wzrostomierzem | 2367 | | 2018.03 |  |  |  |  |
| 004829 | | WAGA OSOBOWO- LEKARSKA | FAWAG | WPL-150 | 5231 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 008336 | | WAGA OSOBOWO- LEKARSKA | FAWAG | TP-200/1 | 6901 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 89/01/2011 | | WAGA ANALITYCZNA | WPA | 120 G | 27937/98 | | 2018.05 |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  „ Sprawdzenie i regulacja wagi, ewentualna kalibracja  Przygotowanie wagi do oględzin stanu technicznego i pomoc przy sprawdzaniu i legalizacji.   Legalizację wagi + opłatę legalizacyjną+ świadectwo legalizacji + wpis do „ paszportu „” | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 70

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Aparaty z częściami | | | | | | | | Termin | | Kwota brutto | |  |
| 89/01/2011 | CHROMATOGRAF CIECZOWY | | ALT | LA CHROM: L-7455, L-7200, L-7100, D-7000, L-7612, | | 810-0552, 810-0201, 810-0102, 810-5116, 901-005, | Kopernika 15b | 2018.03 | |  | |  |
| 1 | Lampa D2 | | Elementy do wymiany przy przeglądzie w przypadku złego stanu technicznego | | | | |  | |  |
| 2 | Stator zaworu dozującego | |  | |  |
| 3 | Stator zaworu strzykawki | |  | |  |
| 4 | Strzykawka 0,5ml | |  | |  |
| 5 | Tuleja zaworu strzykawki | |  | |  |
| 6 | Filtr fazy | |  | |  |
| 7 | Zawór elektromagnetyczny | |  | |  |
| 8 | Tłok | |  | |  |
| 89/01/2011 | POMPA -INTELLIGENT PUMP | | ALT | HITACHI L-6200A | | 885-5302 | Kopernika 15b |  | |  |
| 838/7/2011 | SPEKTROFOTOMETR UV/VIS | | MERCK | PHARO 300 | | 104021321 | Kopernika 15b |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |  | SUMA | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  | |  | |  |
|  | | Przegląd urządzeń | | |  | | | | parametr wymagany | | parametr oferowany | |
| 1. | | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, konserwację i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  Przegląd detektorów pracujących przy chromatografie | | | | | | | tak | |  | |
| 2. | | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | tak | |  | |
| 3. | | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) | |  | |
| 4. | | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) | |  | |
| 5. | | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | tak | |  | |
| 6. | | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | tak | |  | |

Część 71

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 011667 | | OKSYMETR TKANKOWY | NONIN MEDICAL | EQUANOX 7600 | 501479243 | | 2018.02 |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, konserwację i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta. | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 72

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 017829 | | BARWIARKA | SAKURA | PRISMA-E2S | 61330770-0615 | | 2018.03 |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta. | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 73

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Aparaty z częściami | | | | | | Termin | Cena brutto | |  | |
| 010304 | BRONCHOFIBEROSKOP | | OLYMPUS | BF-TE2 | | 2103032 | 2018.04 |  | |  | |
| 011017 | BRONCHOSKOP | | OLYMPUS | BF-1T30 | | 2502990 | 2018.06 |  | |  | |
| 013818 | BRONCHOSKOP ULTRASONOGRAFICZNY | | OLYMPUS | BF-UC180F EBUS-TBNA | | 1311955 | 2018.06 |  | |  | |
| 008351 | DUODENOSKOP | | OLYMPUS | TJF-160VR | | 2902505 | 2018.04 |  | |  | |
| 008562 | DUODENOSKOP VIDEO | | OLYMPUS | TJF-160VR | | 2902618 | 2018.05 |  | |  | |
| 011921 | DUODENOSKOP VIDEO | | OLYMPUS | TJF-Q180V | | 2203457 | 2018.05 |  | |  | |
| 136/03/02r | DUODENOSKOP VIDEO | | OLYMPUS | JF-V2 VIDEO | | 2910170 | 2018.05 |  | |  | |
| 008563 | GASTROSKOP | | OLYMPUS | GIF-1TQ 160 | | 2901855 | 2018.04 |  | |  | |
| 011921 | GASTROSKOP VIDEO | | OLYMPUS | GIF-H180 | | 2307500 | 2018.04 |  | |  | |
| 999/7/2013 | GASTROSKOP VIDEO | | OLYMPUS | GIF-Q165 | | 2602004 | 2018.06 |  | |  | |
| 017133 | GASTROSKOPVIDEO | | OLYMPUS | GIFQ165 | | 2419026 | 2018.02 |  | |  | |
| 1344/10/2013 | KOLONOSKOP | | OLYMPUS | CF-H180DL | | 2900121 | 2018.05 |  | |  | |
| 007896 | KOLONOSKOP VIDEO | | OLYMPUS | CF-Q165 L | | 2802226 | 2018.06 |  | |  | |
| 011921 | KOLONOSKOP VIDEO | | OLYMPUS | CF-H180AL | | 2207548 | 2018.04 |  | |  | |
| 999/7/2013 | KOLONOSKOP VIDEO | | OLYMPUS | CF-Q165 L | | 2104031 | 2018.04 |  | |  | |
| 017552 | KOLONOSKOP VIDEO | | Olympus | CF-H185 L | | 2500531 | 2018.05 |  | |  | |
| 017199 | LITOTRYPTOR | | OLYMPUS | SHOCKPULSE | | CG0004 | 2018.03 |  | |  | |
| 009968 | MYJNIA ENDOSKOPOWA AUTOMATYCZNA | | OLYMPUS | ETD-3 | | 11111932 | 2018.06 |  | |  | |
| 007577 | MYJNIA ENDOSKOPOWA AUTOMATYCZNA | | OLYMPUS | ETD-3 BASIC GA | | 07111495 | 2018.03 |  | |  | |
| 004768 | MYJNIA ENDOSKOPOWA AUTOMATYCZNA | | OLYMPUS | MINI ETD | | ETD-00/53087730 | 2018.06 |  | |  | |
| 016268 | VIDEOCHOLEDOSKOP | | OLYMPUS | CHF-V | | 2440590 | 2018.02 |  | |  | |
| 014967 | VIDEOGASTROSKOP | | OLYMPUS | GIF-Q165 | | 2318457 | 2018.06 |  | |  | |
| 011938 | ZEST. DO LAPAROSKOPII (tylko insuflator) | | OLYMPUS | insufl: UHI-4 | | insufl: 7311615 | 2018.04 |  | |  | |
| 011939 | ZEST. DO LAPAROSKOPII (tylko insuflator) | | OLYMPUS | insufl: UHI-4; | | insufl: 7311599 | 2018.04 |  | |  | |
| 31/01/2013 | KOLONOSKOP VIDEO | | OLYMPUS | CF-H180AL | | 2600413 | 2018.06 |  | |  | |
| 016268 | SYSTEM OBRAZOWANIA MAGNETYCZNEGO KOLONOSKOPU | | OLYMPUS | ScopeGuide-3 | | 7311737 | 2018.05 |  | |  | |
| 011937 | ZEST. UNIWERSALNY ENDO (ureteroskop giętki) | | OLYMPUS | URF-P5 | | W441655 | 2018.02 |  | |  | |
|  |  | |  |  | |  | SUMA |  | |  | |
|  | |  | | |  | | | |  | |  | | |
|  | | Przegląd urządzeń | | |  | | | | parametr wymagany | | parametr oferowany | |
| 1. | | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, konserwację i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  „myjnia-termodezynfektor: W zakres przeglądu wchodzi standardowo wymiana elementów systemu dozowania środków chemicznych, które są zawarte w tzw. MaintenanceSet oraz kontrola, pomiary i ustawienie istotnych parametrów pracy myjni wraz z wykonaniem testu bezpieczeństwa elektrycznego. | | | | | | | tak | |  | |
| 2. | | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | tak | |  | |
| 3. | | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) | |  | |
| 4. | | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) | |  | |
| 5. | | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | tak | |  | |
| 6. | | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | tak | |  | |

Część 74

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 008867 | | AP. DO BAD. SŁUCHU (screeningowego) | INTERACOUSTICS | OTO READ + WYPOS. | 9109337 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 004597 | | AP. DO BAD. SŁUCHU PRZESIEWOW | OTICON | EROSCAN | 1914168 | | 2018.02 |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta. | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 75

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 017505 | | URZ. DO KOMPRESJI KL. PIERSIOWEJ | PHYSIO CONTROL | LUCAS 2 | 3015 C982 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 017504 | | URZ. DO KOMPRESJI KL. PIERSIOWEJ | PHYSIO CONTROL | LUCAS 2 | 3015C489 | | 2018.06 |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  Obejmuje wszystkie czynności, które są wymagane przez producenta, według procedury PIP. | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 76

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 009392 | | MIERNIK BEZWZGLĘDNEJ AKTYWNOŚCI PRODUKTÓW RADIOFARMACEUTYCZNYCH | PTW | CURIEMENTOR 4 | T12004-00124 | | 2018.06 |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta. | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 77

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  | |
| 1369/10/2013 | | TERMOCYKLER | BIOMETRA | T3000 05-723/1 | 2706140 | | 2018.05 |  |  |  |  | |
| 011930 | | TERMOCYKLER | BIOMETRA | TProfessional TRIO 48 | 2907174 | | 2018.06 |  |  |  |  | |
| 1108/8/2015 | | TERMOCYKLER | BIOMETRA | T-PERSONAL 48 | 1310248 | | 2018.02 |  |  |  |  | |
| 575/4/2014 | | TERMOCYKLER | BIOMETRA | PERSONAL 48 | 2811146 | | 2018.06 |  |  |  |  | |
|  | |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  | |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, konserwację i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  „1. Pomiar wykonywany zgodnie z procedurą wytwórcy aparatu i za pomocą dostarczonego przez niego przyrządu PTMD, jednopunktowa kontrola temperatury bloków dla 55 i 95 st. C  2. Parametry mierzone za pomocą atestowanego systemu, wyprodukowanego przez firmę wyspecjalizowaną w pomiarach tego rodzaju aparatury. System pomiarowy, przeznaczony wyłącznie do kontroli termocyklerów, umożliwia zbadanie nie tylko statycznych, lecz również dynamicznych parametrów termicznych. Wyniki badań są porównywane przez komputer z dostępnymi w bazie danych producenta parametrami, zmierzonymi dla innych aparatów tego samego typu.” | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |

Część 78

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 017281 | STEROWNIK DO KONTRAPULSACJI | Abiomed | CARDIOSAVE | IC2825; statyw: Iw1734 | | 2018.04 |  |  |  |  |
| 017282 | STEROWNIK DO KONTRAPULSACJI | Abiomed | CARDIOSAVE | IC2826; statyw: Iw1727 | | 2018.06 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, konserwację i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta. | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | tak |  |

Część 79

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 011130 | DOZYMETR + LAPTOP | UNFORS | UNFORS THINK RAD DOSE; ASUS EEE PC | 30002740; C30AAS17280 | | 2018.02 |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta. | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | tak |  |

Część 80

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 005843 | | ANALIZATOR | Radiometer | ABL 835 FLEX | 754R0177 N 004 | | 2018.04 |  |  |  |  |
| 017565 | | ANALIZATOR PARAMETRÓW KRYTYCZNYCH | Radiometer | ABL 837 | 1902-75420444N0012 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 010713 | | ANALIZATOR PARAMETRÓW KRYTYCZNYCH | RADIOMETER | ABL 835 | I902-754R1319N0002 | | 2018.03 |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta. W przeglądzie uwzględniona wymiana części i akcesoriów przewidzianych przez producenta do okresowej wymiany z powodu zużycia (zestawy przeglądowe) | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 81

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 018100 | | TESTER BEZPIECZEŃSTWA ELEKTRYCZNEGO | RIGEL MEDICAL | RIGEL 288+ | 24H-0549 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 009509 | | TESTER DEFIBRYLATORÓW | RIGEL MEDICAL | RIGEL-344 | 27597 | | 2018.03 |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta. | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 82

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 004583 | | AP. DO SUCHEGO ROZMRAŻ. OSOCZA | TRANSMED | SAHARA 3 | 99120132 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 010002 | | AP. DO SUCHEGO ROZMRAŻ. OSOCZA | TRANSMED | SAHARA III | 99122115 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 010002 | | AP. DO SUCHEGO ROZMRAŻ. OSOCZA | TRANSMED | SAHARA TSC, drukarka: STAR SP 500, wózek transp. | 99122441; druk 2156310090600052 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 005021 | | AP. DO ODMRAŻANIA OSOCZY | SARSTEDT | SAHARA MAXITERM | 99120321 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 010415 | | AP. DO SUCHEGO ROZMRAZANIA OSOCZA | SARSTEDT | SAHARA III; drukarka KEFKA 1 | 99122555 | | 2018.02 |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta. | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 83

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 009072 | | KOMORA LAMINARNA | BERNER INTERNATIONAL GMBH | C-[MAXPRO]3-130 SAFEFLOW | 1013100328 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 009073 | | KOMORA LAMINARNA | BERNER INTERNATIONAL GMBH | C-[MAXPRO]3-130 SAFEFLOW | 1013100329 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 004536 | | KOMORA LAMINARNA |  | LAMIL | 0394/98 | | 2018.03 |  |  |  |  |
| 006033 | | KOMORA LAMINARNA |  | BIOARM AURA B4 | CO4LO2N-5395 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 011070 | | SYSTEM REJESTRACJI TEMPERATURY | POLL LAB | Q-MSYSTEM | baza:0333/2012; moduły: 2172, 2194, 2195, 2196, 2197, 2214, 2215, 2216 | | 2018.02 |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  Komora laminarna (C-[MAXPRO]3-130 SAFEFLOW, LAMIL): „Zakres przeglądu - ocena stanu mechaniki i elektroniki komór, pomiary kontrolne prędkości i laminarności przepływu oraz regulacja i kalibracja ustawień automatyki, sprawdzenie stanu filtrów HEPA oraz pomiary klas czystości powietrza w przestrzeni roboczej komory/nawiewu i w pomieszczeniu; przegląd jest dokumentowany wystawieniem protokołu kwalifikacji operacyjnej badanej komory i stanowi świadectwo jej faktycznej sprawności, do protokołu kwalifikacyjnego dołączamy aktualne świadectwa kalibracyjne urządzeń kontrolno-pomiarowych.  Uwaga: ocenę klasy czystości powietrza w komorach laminarnych dokonujemy na podstawie pobrania  do badanie fizycznie 1m3 powietrza zgodnie z wymaganiami w/w norm.” | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 84

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 002911 | | PRÓBNIK POWIETRZA | BIOTEST-HYCON | RCS PLUS BIOTEST-HYCON + 2 rotory | 1344/6831/RCS/002911 | | 2018.03 |  |  |  |  |
| 017129 | | PRÓBNIK POWIETRZA | Merck | RCS High Flow Touch | 41667 | | 2018.02 |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  „W trakcie kalibracji odbywa się sprawdzenie stanu technicznego i poprawności (dokładności) działania urządzenia.” | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 85

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 013501 | | INSUFLATOR | Stryker | PneumoSure | 1210ce276 | | 2018.05 |  |  |  |  |
| 571/5/2012 | | INSUFLATOR DO LAPAROSKOPII | STRYKER | PNEUMO SURE HF | 1011CE256 / 620-040-601/ F114 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 1553/11/2013 | | ZEST. DO ARTROSKOPII | STRYKER | mon. VISIONELECT; kam. 1188D; gł. 1188; gen. STRYKER; koag. CORE; źś. X8000; | mon. SVE218J0117; kam.-kons. 08J059384 oraz gł. 80J057304; gen. 08J046424; koag. 0828904033; źś. 10F071574; nagr.VW5KK001412 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 013500 | | ZEST. DO ARTROSKOPII | STRYKER |  | 9T 13C016584;12K157469, 13B026314, 1303CE284, 13C038914, 13C005784 | | 2018.05 |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  „PRZEGLĄD ma na celu sprawdzenie poprawności działania, zgodności z parametrami określonymi przez producenta, kalibracji oraz oceny stopnia zużycia zarówno całego urządzenia jak i wchodzących jego skład podzespołów. W ramach przeglądu dokonywane są czynności sprawdzające, konserwacyjne, regulacyjne i drobne naprawy. W koszt przeglądu wliczone są : dojazd, czas pracy serwisanta oraz koszt zużytych w trakcie przeglądu części "drobnych". W przypadku stwierdzenia poważniejszych uszkodzeń sprawdzanego sprzętu, wystawiana jest wstępna ocena kosztów naprawy.  PROTOKÓŁ PRZEGLĄDU określa zgodność urządzenia/zestawu z parametrami technicznymi i bezpieczeństwa pracy wg normy PN-EN 62353 oraz warunki dopuszczenia do użytkowania zbadanych urządzeń.” | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 86

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 015897 | | GASTROLIZER | Bedfont® Scientific | GASTRO + | GP 022409 | | 2018.06 |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  „Zakres przeglądu serwisowego obejmuje:  Sprawdzenie poprawności działania aparatu  Test próbki z powietrza otaczającego  Test próbki gazu wzorcowego 100 ppm H2  Test próbki oddechowej  Czasy zerowania aparatu do kalibracji i pomiędzy poszczególnymi testami  Wystawienie protokołu przeglądu z wpisem do paszportu technicznego  Kalibracja gazem wzorcowym o zawartości 100 ppm H2 i wystawienie świadectwa kalibracji” | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 87

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 009244 | | SEPARATOR KOMÓRKOWY | TERUMO BCT | Spectra Optia | 1P00702 | | 2018.03 |  |  |  |  |
| 017493 | | SEPARATOR KOMÓRKOWY | TERUMO BCT | Spectra Optia | 1P03149 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 017494 | | SEPARATOR KOMÓRKOWY | TERUMO BCT | Spectra Optia | 1P03150 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 007158 | | ZGRZEWARKA | TERUMO | TSCD-203 | 2007-06011 | | 2018.05 |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, konserwację i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta. W przeglądzie wymiana zestawu do przeprowadzenia procedury testowej. Sprawdzenie i kalibracja czujników RBC, sprawdzenie poprawności działania pomp i wirówki, sprawdzenie zaworów, kalibracja czujników ciśnienia.  Dla zgrzewarki wymiana filtrów, kontrola Zarzewów, kontrola czujników i przycisków. | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 88

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 010655 | | AP. DO BAD. URODYNAMICZNYCH | MEDICAL MEASUREMENT SYSTEM | SOLAR BLUE; komp HP Cerupaq 6200 PRO; mon LCD 20 BENQ; druk. Hp 3000 | | moduł PE12-7SBL0695 , progr. 1273762 , druk.16E25MQM, mon.ETSCB03550019 | 2018.03 |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | |  | | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta. | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 89

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 013816 | | BRONCHOFIBEROSKOP | PENTAX | FI-16BS | G111366 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 011608 | | BRONCHOFIBEROSKOP INTUBACYJNY | HOYA PENTAX | FI-16BS | G111322 | | 2018.05 |  |  |  |  |
| 017141 | | BRONCHOSKOP | Hoya-Pentax, Endo-Flex | FI-16 RBS | H111182 | | 2018.04 |  |  |  |  |
| 31/1/2016 | | ENTEROSKOP VIDEO | PENTAX | VSB-3440K | E020025 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 013732 | | GASTROSKOP ZABIEGOWY | PENTAX | EG-3490K | A120403 | | 2018.05 |  |  |  |  |
| 013733 | | GASTROSKOP ZABIEGOWY | PENTAX | EG-3490K | A120400 | | 2018.04 |  |  |  |  |
| 013592 | | VIDEOBRONCHOSKOP | PENTAX | EB-1970K | G121336 | | 2018.04 |  |  |  |  |
| 013593 | | VIDEOGASTROSKOP | PENTAX | EG-2990i | A117119 | | 2018.04 |  |  |  |  |
| 013594 | | VIDEOKOLONOSKOP | PENTAX | EC-3890Fi2 | A111814 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 31/1/2016 | | CHOLEDOFIBEROSKOP | PENTAX | FCN-15X | B110496 | | 2018.06 |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta,  Przegląd obejmuje dojazd serwisu do Szpitala | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 90

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  | |
| 016411 | AP. DO DIAGNOSTYKI I KONTROLI ZABURZEŃ ODDYCHANIA W CZASIE SNU | NATUS MEDICAL INC | EMBLETTA MPR PG | 2014-EBMPG-C1001088-0102 | | 2018.05 |  |  |  |  | |
|  | Przegląd urządzeń | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta. | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | tak |  |

Część 91

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO |  |  |  |
| 010418 | | KARDIOMONITOR | PHILIPS | INTELLI VUE MX 700 | DE12502509 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 010419 | | KARDIOMONITOR | PHILIPS | INTELLI VUE MX 700 | DE12502507 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 010420 | | KARDIOMONITOR | PHILIPS | INTELLI VUE MX 700 | DE12502506 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 010421 | | KARDIOMONITOR | PHILIPS | INTELLI VUE MX 700 | DE12502536 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 010422 | | KARDIOMONITOR | PHILIPS | INTELLI VUE MX 700 | DE12502479 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 010423 | | KARDIOMONITOR | PHILIPS | INTELLI VUE MX 700 | DE12502480 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 010424 | | KARDIOMONITOR | PHILIPS | INTELLI VUE MX 700 | DE12502508 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 010425 | | KARDIOMONITOR | PHILIPS | INTELLI VUE MX 700 | DE12502483 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 010516 | | KARDIOMONITOR | PHILIPS | INTELLI VUE MX 700 | DE12502503,pilot DE12508279,kiesz.DE12302543 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 010517 | | KARDIOMONITOR | PHILIPS | INTELLI VUE MX 700 | DE12502538,pilot DE12508242,kiesz.DE12302550 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 015247 | | KARDIOMONITOR | PHILIPS | MP30 | DE801C0942 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 013535 | | KARDIOMONITOR | PHILIPS | INTELLIVUE MP | DE12508706 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 014022 | | KARDIOMONITOR | PHILIPS | INTELLIVUE MP | DE728 B1774 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 014023 | | KARDIOMONITOR | PHILIPS | INTELLIVUE MP | DE728 B1762 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 014024 | | KARDIOMONITOR | PHILIPS | INTELLIVUE MP | DE728 B1777 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 014025 | | KARDIOMONITOR | PHILIPS | INTELLIVUE MP | DE728 B1759 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 014026 | | KARDIOMONITOR | PHILIPS | INTELLIVUE MP | DE728 B1756 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 014029 | | KARDIOMONITOR | PHILIPS | INTELLIVUE MP | DE728 B1804 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 014030 | | KARDIOMONITOR | PHILIPS | INTELLIVUE MP | DE728 B1795 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 014031 | | KARDIOMONITOR | PHILIPS | INTELLIVUE MP | DE12502790 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 014032 | | KARDIOMONITOR | PHILIPS | INTELLIVUE MP | DE12503257 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 014033 | | KARDIOMONITOR | PHILIPS | INTELLIVUE MP | DE12502724 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 014569 | | KARDIOMONITOR | PHILIPS | INTELLIVUE MX 700 | DE12513854 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 014570 | | KARDIOMONITOR | PHILIPS | INTELLIVUE MX 700 | DE12513865 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 014571 | | KARDIOMONITOR | PHILIPS | INTELLIVUE MX 700 | DE12513852 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 014572 | | KARDIOMONITOR | PHILIPS | INTELLIVUE MX 700 | DE12513856 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 014573 | | KARDIOMONITOR | PHILIPS | INTELLIVUE MX 700 | DE12513857 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 014574 | | KARDIOMONITOR | PHILIPS | INTELLIVUE MX 700 | DE12513858 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 014575 | | KARDIOMONITOR | PHILIPS | INTELLIVUE MX 700 | DE12513859 | | 2018.06 |  |  |  |  |
| 009736 | | KARDIOMONITOR (rzut serca) | PHILIPS | MP 70, wersja M8007A | DE843A8255 | | 2018.02 |  |  |  |  |
| 010416 | | KARDIOMONITOR CENTRALNY-CENTRALA MONITORUJĄCA | PHILIPS | INTELLI VUE M3 150; m: PHILIPS; d;HP LASERJET | 2UA14604CD5135A01445; m: AU3A1144008381, AU3A1144008729, AU3A1144008757; d:CNCF47186; k: CZC2019942 | | 2018.02 |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  | | SUMA |  |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | | parametr wymagany | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  Sprawdzenie poprawności wszystkich parametrów zaimplementowanych w wymienionych kardiomonitorach w tym wzorcowanie kapnografii | | | | | | | | | tak |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | tak |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | tak |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | tak |  |

Część 92

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO | |  |  |  |
| 009770 | | KABINA DO FOTOTERAPII (LAMPA PUVA) | MEDLIGHTGmbH | N-LINE PUVA | 0411-42-57 | | 2018.04 |  | |  |  |  |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | parametr wymagany | | | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta, w szczególności sprawdzenie i ewentualna kalibracja prawidłowości pomiaru czujników pomiaru natężenia promieniowania UV | | | | | | | | tak | | |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | tak | | |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) | | |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) | | |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | tak | | |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | tak | | |  |

Część 93

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO | |  | |  | |  | | |
| 009887 | | TONOMETR BEZKONTAKTOWY | REICHERT 7 | Autotonometr Auto Non- Contact | 02095-06/10 | | 2018.04 |  | |  |  | |  | | |
|  |  | | | | |  | | |  | | | | |  | | |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | parametr wymagany | | | | | parametr oferowany |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta | | | | | | | | tak | | | | |  |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | tak | | | | |  |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) | | | | |  |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) | | | | |  |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | tak | | | | |  |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | tak | | | | |  |

Część 94

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO | |  |  | | |  | |
| 014034 | | SZAFA ENDOSKOPOWA | | OLYMPUS | | EDC-D | 713026 | | | 2018.06 |  | |  | | |
| 011857 | | SZAFA ENDOSKOPOWA | | OLYMPUS | | EDC-D | 712041 | | | 2018.06 |  | |  | | |
| 010162 | | SZAFA ENDOSKOPOWA | | OLYMPUS | | EDC | 711098 | | | 2018.02 |  | |  | | |
| 016168 | | SZAFA ENDOSKOPOWA | | OLYMPUS | | EDC-D | 713129 | | | 2018.05 |  | |  | | |
|  | |  |  | |  | | |  | | SUMA |  | |  |  | | |  | |
|  | Przegląd urządzeń | | | | | | | |  | | | parametr wymagany | | | parametr oferowany | | |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta | | | | | | | | | | | tak | | |  | | |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | | | tak | | |  | | |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) | | |  | | |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) | | |  | | |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | | | tak | | |  | | |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | | | tak | | |  | | |

Część 95

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO | |  |  | |  | | | |
| 003154 | | STEROWNIK DO KONTRAPULSACJI | ABBOTT-KENDAL | KAAT II PLUS | 71225P | | 2018.02 |  | |  |  | | |  | |
|  |  | | | | |  | | |  | | |  | | |
|  | Przegląd urządzeń | | | | |  | | | parametr wymagany | | | parametr oferowany | | |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta | | | | | | | | tak | | |  | | |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | tak | | |  | | |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) | | |  | | |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) | | |  | | |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | tak | | |  | | |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | tak | | |  | | |

Część 96

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO | |  | |  | | |  | | | |
| 004611 | | ZEST. CPAP |  | | INFLANT FLOW M672PA | | 06835; 73APU06838 | | | 2018.03 |  | | |  | |  | | | |  | | |
| 004635 | | ZEST. CPAP |  | | INFANT FLOW | | 06692, 020320004129 | | | 2018.03 |  | | |  | |  | | | |  | | |
| 005692 | | ZEST. NCPAP |  | | INFANT FLOW SIPAP COMPREHENSIVE | | ANF01420 | | | 2018.03 |  | | |  | |  | | | |  | | |
| 005693 | | ZEST. NCPAP |  | | INFANT FLOW SIPAP COMPREHENSIVE | | AFN01397 | | | 2018.03 |  | | |  | |  | | | |  | | |
| 007650 | | ZEST. NCPAP |  | | INFANT FLOW ADVANCE | | LES00307 | | | 2018.03 |  | | |  | |  | | | |  | | |
| 007882 | | ZEST. NCPAP |  | | INFANT FLOW SIPAP COMPREHENSIVE | | AJN 01744 | | | 2018.03 |  | | |  | |  | | | |  | | |
| 010127 | | ZEST. NCPAP | VIASYS | | INFANT FLOW SIPAP COMPREHENSIVE | | BBNO1657 | | | 2018.03 |  | | |  | |  | | | |  | | |
| 010128 | | ZEST. NCPAP | VIASYS | | INFANT FLOW SIPAP COMPREHENSIVE | | BBNO1660 | | | 2018.03 |  | | |  | |  | | | |  | | |
| 009139 | | ZEST. NCPAP | VIASYS | | INFANT FLOW SIPAP | | AKN02137 | | | 2018.03 |  | | |  | |  | | | |  | | |
| 007649 | | ZEST. NCPAP |  | | INFANT FLOW SIPAP COMPREHENSIVE | | AGN01520 | | | 2018.03 |  | | |  | |  | | | |  | | |
| 004944 | | ZEST. NCPAP |  | | INFANT FLOW ADWANCE | | 01298 | | | 2018.03 |  | | |  | |  | | | |  | | |
| 007405 | | RESPIRATOR | VIASYS | | AVEA | | AHV03295 | | | 2018.03 |  | | |  | |  | | | |  | | |
| 010129 | | RESPIRATOR | VIASYS | | AVEA CLIO | | BBV03086 | | | 2018.04 |  | | |  | |  | | | |  | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | SUMA |  | | |  | | | |  | | |  | | |
|  | Przegląd urządzeń | | | | | | | |  | | | parametr wymagany | | | | | parametr oferowany | |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta  Dla aparatów CPAP i inkubatorów w przeglądzie wymiana czujników, w razie zużycia. Dla aparatów Bear750 przegląd zawiera wymianę zastawki wydechowej, filtru bakteryjnego głównego przepływu, filtru bakteryjnego proksymalnego, zaworów kontroli przepływu i ciśnienia, w razie zużycia. Dla aparatów Avea przegląd obejmuje wymianę celi tlenowej, filtrów tlen/powietrze, membrany, filtr główny, w razie zużycia. Aparaty do podaży NO są kalibrowane gazami kalibracyjnymi.  Raport serwisowy będzie uwzględniał wszystkie wymienione części i na tej podstawie powstanie faktura, która będzie obejmować faktycznie wymienione elementy. | | | | | | | | | | | tak | | | | |  | |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | | | tak | | | | |  | |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) | | | | |  | |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) | | | | |  | |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | | | tak | | | | |  | |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | | | tak | | | | |  | |

Część 97

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO | |  | |  | | |  | | | |
| 007979 | | AP. DO ZNIECZULANIA | DRAGER | | PRIMUS; mon: INFINITI DELTA | | 05711070 ARZK-0317; 6000334375 | | | 2018.02 |  | | |  | |  | | | |  | | |
| 009245 | | AP. DO ZNIECZULANIA | DRAGER | | PRIMUS; mon: INFINITI DELTA | | ASAF0073; 6001627369 | | | 2018.02 |  | | |  | |  | | | |  | | |
| 013616 | | AP. DO ZNIECZULANIA | DRAGER | | PRIMUS | | ASED-0207 | | | 2018.05 |  | | |  | |  | | | |  | | |
| 013617 | | AP. DO ZNIECZULANIA | DRAGER | | PRIMUS | | ASED-0206 | | | 2018.05 |  | | |  | |  | | | |  | | |
| 013618 | | AP. DO ZNIECZULANIA | DRAGER | | PRIMUS | | ASED-0204 | | | 2018.05 |  | | |  | |  | | | |  | | |
| 013619 | | AP. DO ZNIECZULANIA | DRAGER | | PRIMUS | | ASED-0205 | | | 2018.05 |  | | |  | |  | | | |  | | |
| 007981 | | AP. DO ZNIECZULANIA | DRAGER | | PRIMUS; mon: INFINITI DELTA FCM1-05 | | ARZK-0316; 6000221185 | | | 2018.02 |  | | |  | |  | | | |  | | |
| 005648 | | AP. DO ZNIECZULANIA | DRAGER | | FABIUS GS | | mon. M2DJ2127G; 0084 NR11355 | | | 2018.02 |  | | |  | |  | | | |  | | |
| 007980 | | AP. DO ZNIECZULANIA | DRAGER | | PRIMUS; mon: INFINITI DELTA | | 8603800-55 sn ARZK-0299; 8602938-17 SW 020301; 860 | | | 2018.02 |  | | |  | |  | | | |  | | |
| 004609 | | INKUBATOR ZAMKNIĘTY | DRAGER | | CALEO | | ARSM0080 2M50555-12 | | | 2018.02 |  | | |  | |  | | | |  | | |
| 937/09/07r | | INKUBATOR ZAMKNIĘTY | DRAGER | | CALEO | | ARRD-0021 | | | 2018.02 |  | | |  | |  | | | |  | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | SUMA |  | | |  | | | |  | | |  | | |
|  | Przegląd urządzeń | | | | | | | |  | | | parametr wymagany | | | | | parametr oferowany | |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta  Przegląd aparatów Primus w szczególności obejmuje kontrole elektroniki w zakresie kalibracji czujników ciśnienia i testów funkcjonalnych miksera przy użyciu specjalistycznego oprogramowania serwisowego. Potwierdzeniem wykonania kontroli jest wydruk z programu. W przeglądzie wymiana: zestawu 3 letniego (dotyczy ARZK-0317, ARZK-0299, ARZK-0316, )/1 rocznego (dotyczy ASED-0204, ASED-0205, ASED-0206, ASED-0207 ), uszczelki gumowej.  Dla aparatu Primus ASAF-0073 wymiana filtra 37 mm.  Dla aparatu Fabius GS – 11355 wymiana filtra 37 mm. | | | | | | | | | | | tak | | | | |  | |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | | | tak | | | | |  | |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) | | | | |  | |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) | | | | |  | |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | | | tak | | | | |  | |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | | | tak | | | | |  | |

Część 98

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO | |  | |  | | |  | | | |
| 001841 | | ANALIZATOR - CYTOMETR PRZEPŁ. | BECTON DIKINSON | | FACSCALIBUR SYSTEM | | E0856 | | | 2018.04 |  | | |  | |  | | | |  | | |
| 006448 | | ANALIZATOR - CYTOMETR PRZEPŁ. | BECTON | | FACSCANTO II | | V87500019 | | | 2018.04 |  | | |  | |  | | | |  | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | SUMA |  | | |  | | | |  | | |  | | |
|  | Przegląd urządzeń | | | | | | | |  | | | parametr wymagany | | | | | parametr oferowany | |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  W szczególności przegląd obejmuje wymianę zestawów przeglądowych KIT, czyszczenie optyki, optymalizację zestrojenia optyki, czyszczenia wnętrza aparatu. | | | | | | | | | | | tak | | | | |  | |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | | | tak | | | | |  | |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) | | | | |  | |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) | | | | |  | |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | | | tak | | | | |  | |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | | | tak | | | | |  | |

Część 99

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | APARAT | | | | | | | | TERMINY | CENA BRUTTO | |  | |  | | |  | | | |
| 014045 | | MYJNIA ENDOSKOPOWA | KAIGEN | | CLEANTOP WM-S | | E6436810 | | | 2018.03 |  | | |  | |  | | | |  | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | SUMA |  | | |  | | | |  | | |  | | |
|  | Przegląd urządzeń | | | | | | | |  | | | parametr wymagany | | | | | parametr oferowany | |
| 1. | Przegląd roczny zgodny z wymaganiami producenta obejmujący min. czyszczenie, kalibracja i testy kontrolne, sprawdzenie zgodności parametrów funkcjonalnych urządzeń z deklarowanymi przez producenta, sprawdzenie poprawności działania zgodnie z normami bezpieczeństwa zalecanymi przez producenta.  Przegląd myjni obejmuje wymianę węża Santoplene, zaworu zwrotnego, membrany pompy, wkładki do filtrów 20,10,5μm, w przypadku zużycia. | | | | | | | | | | | tak | | | | |  | |
| 2. | Poszczególne przeglądy zostaną udokumentowane kartą pracy (raportem serwisowym), oraz wpisem do paszportu technicznego, a wszelkie pomiary i badania oddzielnym protokołem | | | | | | | | | | | tak | | | | |  | |
| 3. | Wymieniane w trakcie przeglądu elementy zostaną wyszczególnione w karcie pracy, W przypadku reklamacji, którejś z wymienianych części naprawa nastąpi w ciągu 5 dni roboczych od wezwania | | | | | | | | | | | tak (jeżeli dotyczy) | | | | |  | |
| 4. | Okres gwarancji na zamontowane części minimum 3 miesiące | | | | | | | | | | | tak, podać (jeżeli dotyczy) | | | | |  | |
| 5. | Koszt przeglądu obejmuje koszty dojazdu, lub koszty wysyłki | | | | | | | | | | | tak | | | | |  | |
| 6. | W przypadku awarii aparatu, przegląd zostanie przesunięty do czasu naprawy aparatu przez Zamawiającego (będzie to regulowane odpowiednim aneksem do umowy) | | | | | | | | | | | tak | | | | |  | |