***Załącznik nr 5 do SIWZ - Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny, szkolenia.***

………………………….

Nazwa i adres Wykonawcy

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego **na dostawę aparatury i sprzętu medycznego (u*rządzenie do pneumatycznego
i ultradźwiękowego kruszenia kamieni w drogach moczowych)* na potrzeby Pionu Urologii Szpitala Wojewódzkiego im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży*, znak sprawy:* ZT-SZP-226/01/58p/2020**

**OFERUJEMY:**

**Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny, szkolenia.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **OPIS PARAMETRU** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY *(należy podać)*** |
| **1.** | **Czas reakcji: przyjęcie zgłoszenia - podjęcie naprawy:** |
| - w okresie gwarancji: | **24 godziny** w dni robocze, tj. od pn - pt , z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, |  |
| - po okresie gwarancji: | **48 godzin**w dni robocze, tj. od pn - pt , z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. |  |
| **2.** | **Maksymalny czas niezbędny na usunięcie awarii od czasu lokalizacji uszkodzenia:** |
| - w okresie gwarancji: | **7 dni**  |  |
| - po okresie gwarancji: | **10 dni**  |  |
| **3.** | Liczba dni przestoju urządzeniaprzedłużająca termin gwarancji. | **5 dni** roboczych od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy |  |
| **4.** | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy w okresie gwarancji. | **3**  |  |
| **5.** | Wstawienie urządzenia zastępczego na czas naprawy warsztatowej w serwisie, na koszt Wykonawcy. | **TAK** |  |
| **6.** | **Okres gwarancji:** |
| Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po naprawach **w okresie gwarancji.** | **cały okres gwarancji**, |  |
| Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po naprawach **w okresie gwarancji** | w przypadku gdy część zamienna zostanie wymieniona w ostatnim półroczu trwania gwarancji, długość gwarancji na wymienioną część nie może być krótsza **niż 6 m-cy.** |  |
| Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po naprawach **po terminie gwarancji**. | **min. 6 m-cy, podać** |  |
| **7**. | Częstotliwość wykonywanych przeglądów w siedzibie Zamawiającego w **okresie gwarancji**. | **1 x w roku lub** zgodnie z zaleceniami producenta  |  |
| Częstotliwość wykonywanych przeglądów w siedzibie Zamawiającego **po okresie gwarancji**  | **Podać**zgodnie z zaleceniami producenta  |  |
| **8.** | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny; Ilość punktów serwisowych, ich siedziba, ilość pracowników, sposób kontaktu (tel, fax, e-mail) | **TAK****Podać**  |  |
| **9.** | **- Szkolenie personelu** medycznego w zakresie obsługi **potwierdzone certyfikatem**bezpośrednio po instalacji.- min. 2 szkolenia ponawiane w terminie 2 tygodni i 4 tygodni od instalacji.  | **TAK****TAK** |  |
| **10.** | **Szkolenia personelu** technicznego w zakresie konserwacji i napraw niewymagających interwencji serwisu **potwierdzone certyfikatem** | **TAK** |  |
| **11.** |  **Wraz z dostawą** aparatury i sprzętu medycznego Wykonawca przekaże Zamawiającemu: - Licencje na oprogramowanie ( *jeśli dotyczy*), - Paszport techniczny,  - Instrukcje obsługi, certyfikaty - w języku polskim/dopuszczone na nośniku elektronicznym,**-** Certyfikat o autoryzacji serwisowej, - Oświadczenie producenta (lub oświadczenie Wykonawcy) o częstotliwości przeglądów w okresie gwarancji oraz po okresie gwarancji - Inne dokumenty i oświadczenia wymagane przepisami prawa. | **TAK** |  |

*….....................(miejscowość), dnia ….................. r.*

**.................................................................................. *podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy***