**Serwis aparatury medycznej – 17 zadań*.***

Zakres czynności konserwacyjnych dla wszystkich zadań:

Czynności konserwacyjne będą wykonywane zgodnie z wytycznymi ujętymi   
w poszczególnych zadaniach i będą obejmować:

1. Wykonywanie czynności konserwacyjnych określonych przez producenta, wykonywanie regulacji i pomiarów kontrolnych potwierdzonych sporządzonym raportem serwisowym potwierdzonym przez użytkownika.
2. Sprawdzeniu sprawności sprzętu, urządzeń i aparatury medycznej.
3. Sprawdzanie poprawności działania .
4. Przeprowadzanie koniecznych kalibracji i konfiguracji.
5. Sprawdzanie bezpieczeństwa elektrycznego sprzętu, urządzeń i aparatury medycznej.
6. Usuwaniu drobnych usterek.
7. Kontrola jakości wykonywanych zdjęć dozymetrycznych.

Opis warunków realizacji Zamówienia dla wszystkich zadań:

1. Wykonawca zobowiązuje się realizować przedmiot zamówienia zgodnie   
   z obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności z ustawą z dnia 20 maja 2010 r.   
   o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2010 r. Nr 107 poz. 679 z późn. zm.).
2. Wykonawca do realizacji przedmiotu umowy użyje własnych materiałów oraz urządzeń   
   i narzędzi.
3. Wartość brutto zamówienia zawiera wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia,   
   w szczególności:
   1. Koszty dojazdu, transportu, opakowań, ubezpieczeń, podatku VAT, opłat celnych.
4. Wszystkie przeglądy i pomiary powinny być wykonywane przez osobę lub firmę do tego uprawnioną, której obowiązkiem jest sporządzenie raportu zawierającego określone punkty, m.in. sposób przeprowadzenia przeglądu i konserwacji, wyniki pomiarów, informacje o kompletności i stanie technicznym sprzętu, urządzeń i aparatury, opinie   
   o poziomie sprawności sprzętu, urządzeń i aparatury.
5. Wykonawca oświadcza, że przedmiot umowy będzie realizował przy pomocy osób posiadających kwalifikacje zgodne z wymogami producenta urządzeń, sprzętu i aparatury medycznej oraz obowiązującymi przepisami BHP i ppoż.
6. Wykonawca nie może wykonywać żadnych zmian w parametrach, układach, nastawach sprzętu, urządzeń i aparatury medycznej bez pisemnej zgody Zamawiającego.

………………………….. ……………………………………

Miejscowość, data podpis osoby uprawnionej   
do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy