|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Poprawiony Załącznik nr 1 do SIWZ** | | | | |
| **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**  **Obsługa serwisowa rezonansu magnetycznego firmy Siemens**  **typ: Magnetom Avanto sn: 26211 wraz z czterema stacjami roboczymi sn: 4031,4032,47635,47637 .** | | | | |
| **L.p.** | **Opis minimalnych wymagań dla umowy serwisowej rezonansu magnetycznego Siemens Magnetom Avanto SN: 26211** | **Potwierdzenie spełnienie wymagań** | | **Opis spełnienia** |
| **I.** | **Przeglądy:** |  | |  |
| 1. 1. | Regularne przeglądy serwisowe – interwały i zakres przeglądów według wymagań producenta lecz nie rzadziej niż raz w roku, terminy przeglądów uzgodnione z zamawiającym lecz bez potrzeby wzywania przez zamawiającego do ich wykonania. |  | |  |
| 1. 2. | Przegląd obejmuje: |  | |  |
| 2.1 | Sprawdzenie bezpieczeństwa mechanicznego |  | |  |
| 2.2 | Kontrola występowania usterek zewnętrznych |  | |  |
| 2.3 | Inspekcja zużycia części |  | |  |
| 2.4 | Oczyszczanie dróg chłodzenia i odprowadzania ciepła |  | |  |
| 2.5 | Smarowanie ruchomych części mechanicznych |  | |  |
| 2.6 | Sprawdzanie bezpieczeństwa elektrycznego |  | |  |
| 2.7 | Konserwacja softwear’u systemowego i aplikacyjnego |  | |  |
| 2.8 | Porządkowanie przestrzeni dyskowej i bazy danych |  | |  |
| 2.9 | Sprawdzenie funkcjonowania urządzenia i jego gotowości do pracy |  | |  |
| 2.10 | Sporządzenie i dostarczenie dokumentacji przeglądów w postaci protokołu przeglądu oraz dokonanie wpisu w paszport techniczny urządzenia |  | |  |
| **II.** | **Kontrola jakości:** |  | |  |
| 1. 1. | Wykonywanie testów kontroli jakości podczas każdego przeglądu technicznego. |  | |  |
| 1. 2. | Wykonanie testów pola magnetycznego co najmniej raz w roku zgodnie z Rozporządzeniem ministra zdrowia w sprawie badan i pomiarów czynników szkodliwych w środowisku pracy |  | |  |
| 1. 3. | Sporządzenie i dostarczenie sprawozdań z testów |  | |  |
| **III.** | **Naprawy:** |  | |  |
| 1. 1. | Interwencje na wezwanie-praca w miejscu lokalizacji aparatury wraz z dojazdem |  | |  |
| 1. 3. | Diagnozowanie błędów usuwanie usterek oraz likwidowanie szkód powstałych w skutek naturalnego zużycia części |  |  | |
| 1. 4. | Kontrola urządzenia po przeprowadzonej naprawie |  |  | |
| 1. 5. | Dokumentacja interwencji serwisowych poprzez raport serwisowy oraz dokonanie wpisu w paszport techniczny urządzenia |  |  | |
| IV. | **Modyfikacje:** |  |  | |
| 1. 1. | Przeprowadzenie środków zapobiegawczych w celu zwiększenia bezpieczeństwa pracy urządzenia |  |  | |
| 1. 2. | Wykonanie zalecanych przez producenta aktualizacji softwear’u systemowego i aplikacyjnego |  |  | |
| 1. 3. | Wykonanie zalecanych przez producenta modyfikacji urządzenia |  |  | |
| V. | **Części zamienne:** |  |  | |
| 1. 1. | Dostarczenie wszystkich fabrycznie nowych części zamiennych dostarczonych w oryginalnych opakowaniach producenta w celu zastąpienia części które na skutek normalnego użytkowania urządzenia uległy zużyciu lub stały się nieprzydatne w dalszej eksploatacji, włączając głowice helową, cewki i inne komponenty specjalistyczne - za wyjątkiem magnesu nadprzewodzącego zdefiniowanego od komory próżniowej do displacera.. |  |  | |
| 1. 2. | Dostarczenie materiałów niezbędnych do przeprowadzenia przeglądu |  |  | |
| 1. 3. | Dostarczenie materiałów niezbędnych do przeprowadzenia modyfikacji – z wyłączeniem modyfikacji krytycznych pozostających obowiązkiem producenta. |  |  | |
| VI. | **Pomoc aplikacyjna:** |  |  | |
| 1. 1. | W zakresie wsparcia technicznego przez inżyniera serwisu |  |  | |
| 1. 2. | Zdalna diagnostyka urządzenia |  |  | |
| VII. | **Wymagania dodatkowe** |  |  | |
| 1. 2. | Wykonanie wzbudzenia pola magnetycznego po jego awaryjnym zdjęciu, jednakże wszelkie naprawy spowodowane awaryjnym zrzutem helu nie są objęte umową serwisową. |  |  | |
| 1. 3. | Przedstawienie imiennego wykazu osób uprawnionych do dokonywania napraw |  |  | |
| 1. 4 | wykonawca posiada dostęp do wszystkich części zamiennych fabrycznie nowych w oryginalnych opakowaniach producenta |  |  | |
| 1. 5 | wykonywanie wszystkich usług serwisowych zgodnie z zaleceniami producenta aparatu |  |  | |
| 1. 6 | Podpisanie oświadczenia o zapewnieniu bezpieczeństwa danych osobowych |  |  | |

***Zamawiający dysponuje wykazem podmiotów, o którym mowa w art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20.05.2010 o wyrobach medycznych upoważnionych przez wytwórcę ( Siemens) do wykonywania czynności polegającej na instalacji, okresowej konserwacji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów , regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub kontroli bezpieczeństwa. Ubiegać się o udzielenie zamówienia mogą w zakresie w/w czynności wykonawcy, którzy na dzień składania ofert znajdują się w tym wykazie.***

***Zamawiający informuje, iż nie posiada licencji na oprogramowanie serwisowe zainstalowane na urządzeniu, którego dotyczy usługa. Licencję posiada autoryzowany serwis Siemens Sp. z o.o.***

***Uwaga: Niespełnienie któregokolwiek z parametrów wymaganych spowoduje odrzucenie oferty.***

Art. 297 § 1 KODEKSU KARNEGO: Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego (…) zamówienia publicznego, przedkłada podrobiony, przerobiony, poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument albo nierzetelne, pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania (…) zamówienia, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

……………………………………………………. ..............................................................

*pieczęć Wykonawcy Data i podpis upoważnionego*

*przedstawiciela Wykonawcy*