Poprawiony Załącznik nr 2A

|  |
| --- |
| **Wymagania podlegające ocenie – Usługa przeglądu 34 szt. urządzeń firmy Mindray**  |
|  | **Wykonawca………………………………………………** |  |
| L.p. | Wymagania podlegające ocenie |  PotwierdzenieTAK/NIE |
| A | Wykonawca przedstawi aktualne dokumenty wystawione przez producenta sprzętu dla personelu, który wykonywać będzie usługę wykonywania przeglądów technicznych urządzeń.**Tak– 20 pkt.****Nie– 0 pkt.****(PARAMETR OCENIANY)** |  |
| B | Wykonawca w ramach czynności przeglądowych wykona kalibrację defibrylatorów i kardiomonitorów, jeżeli wartości będą odbiegać od zaleceń producenta sprzętu.**Tak – 20 pkt.** **Nie – 0 pkt.****(PARAMETR OCENIANY)** |  |

……………………………………………… …………………………………………………………………………………

 (miejscowość, data) (pieczęć i podpis osoby / osób wskazanych w

 dokumencie, uprawnionej /uprawnionych do

występowania w obrocie prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania oświadczeń woli w jego imieniu)