Poprawiony Załącznik nr 2A

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wymagania podlegające ocenie – Usługa przeglądu 34 szt. urządzeń firmy Mindray** | | |
|  | **Wykonawca………………………………………………** |  |
| L.p. | Wymagania podlegające ocenie | Potwierdzenie  TAK/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)