AG/ZP-4/2019

Załącznik nr 8 do SIWZ

Nazwa i adres firmy:

....................................................................

....................................................................

....................................................................

# WARUNKI GWARANCJI I SERWISU

***- WYPEŁNIĆ DLA AMBULANSU I KAŻDEGO SPRZĘTU Z OSOBNA-***

/podać markę, model, typ/ .......................................................................................................................................................................................

oświadczam, że oferuję następujące warunki gwarancji i serwisu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Warunki gwarancji i serwisu** | **Oferowane warunki gwarancji i serwisu**  /podać/ |
| 1. | Okres gwarancji – w miesiącach.  **Minimalny okres to 24 miesiące. (DLA AMBULANSU)**  **Minimalny okres to 36 miesiące. (DLA SPRZĘTU MEDYCZNEGO)**  *Poprzez udzielenie gwarancji – Zamawiający rozumie PEŁNĄ gwarancję na wszystkie elementy przedmiotu zamówienia.* |  |
| 2. | Termin rozpoczęcia gwarancji – od dnia podpisania protokołu odbioru technicznego i oddania sprzętu do eksploatacji  /TAK/ |  |
| 3. | Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie /w godzinach, podać/nie więcej niż 48 godzin/ |  |
| 4. | Maksymalny czas naprawy  / ilość dni roboczych, podać – nie więcej niż 7 dni/  Wymagany aparat/sprzęt zastępczy w okresie naprawy (dotyczy sprzętów medycznych) |  |
| 5. | Graniczny czas naprawy, po przekroczeniu którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji aparatu.  /podać/ |  |
| 6. | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy /podać/ NIE WIĘCEJ NIŻ 3 |  |
| 7 | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji  **/minimum 1 na 12 miesięcy/** |  |
| 8. | Należy sprecyzować ewentualne ograniczenia usług gwarancyjnych oraz ewentualne przyczyny cofnięcia gwarancji. |  |
| 9. | Ograniczenia uprawnień gwarancyjnych /wymienić lub dołączyć wzór umowy gwarancyjnej/ |  |
| 10. | Okres zagwarantowania dostępności i możliwości zakupu części zamiennych oraz wyposażenia eksploatacyjnego wynosi minimum 10 lat, licząc od daty kupna urządzenia przez zamawiającego. |  |
| 11. | Dostarczony sprzęt zostanie wyposażony we wszystkie niezbędne do prawidłowej pracy akcesoria, **instrukcje obsługi w języku polskim** oraz instrukcje serwisowe, certyfikaty lub/i atesty lub/i świadectwa dopuszczenia do obrotu lub/i wpisy do rejestru wyrobów medycznych – dokumenty winny być w języku polskim lub tłumaczone na język polski. /TAK/ |  |
| 12. | Oferent dokona instalacji oferowanego sprzętu medycznego i przeprowadzi szkolenie w zakresie obsługi tegoż sprzętu /TAK / |  |
| 13. | Liczba oraz lokalizacja punktów serwisowych w Polsce |  |
| 14. | Najbliższy kupującego punkt serwisowy obsługujący zakupiony sprzęt medyczny. |  |
| 15. | Najbliższy skład części zamiennych dla tego typu aparatów. |  |

................................................................ ............................................................................................

miejscowość, data pieczątka i podpis osoby upoważnionej