**Załącznik Nr 1**

|  |
| --- |
|  |

 Pieczątka firmowa Wykonawcy

**O F E R T A**

Nazwa i siedziba Wykonawcy: .............................................................................................................

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

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

**Numer telefonu / faxu** ……………………………………………………………….

**Adres e-mail** ................................................................................................................

**Numer NIP i Regon** ………………………………………………………………….

Do: nazwa i siedziba Zamawiającego

Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II, 05-825 Grodzisk Mazowiecki, ul. Daleka 11

Nawiązując do zaproszenia do wzięcia udziału w przetargu nieograniczonym na dostawę **dwustopniowego urządzenia odwróconej osmozy do Stacji Dializ** dla Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim, z dnia 15.01.2020 r. opublikowanego w Biuletynie Zamówień Publicznych pod nr 503032-N-2020 oraz na stronie internetowej Zamawiającego.

* 1. Oferuję wykonanie zamówienia
* za cenę (netto) zł.
* podatek VAT zł.
* cena brutto zł.
* Słownie brutto:...................................................................................................................

 …………………………………………………………………...złotych

wyliczoną na podstawie wypełnionego FORMULARZA CENOWEGO – zał. Nr 2.

* 1. w terminie: **do 150** **dni kalendarzowych.**
	2. przy warunkach płatności …........ dni /wymagany termin płatności 60 dni, pożądany termin płatności 90 dni/
	3. okres gwarancji - ……… miesięcy liczony od dnia podpisania protokołu odbioru (minimalny okres gwarancji - 60 miesięcy)
1. Oświadczam, że uważam się za związanym(ą) niniejszą ofertą przez czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
2. Oświadczam, że zawarte w specyfikacji istotnych warunków zamówienia ogólne i szczegółowe warunki umowy zastały zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na warunkach w tej umowie i mojej ofercie określonych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. Oświadczam, że oferowana dostawa jest zgodna z wymaganiami specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz obowiązującymi przepisami.
4. Oświadczam, że dostawa, demontaże i montaże oraz uruchomienia będzie wykonywania zgodnie z ogólnie obowiązującymi przepisami i zasadami w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony środowiska.
5. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu\*
6. Wykonawca jest **małym \*/ średnim \*/ dużym\* przedsiębiorstwem**

***\*niepotrzebne wykreślić***

 Imię, nazwisko i stanowisko osoby upoważnionej do podpisania umowy :

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

 Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za realizację zamówień :

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

1. Wykonawca informuje, że (niepotrzebne skreślić):
* wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego;
* wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego w odniesieniu do następujących towarów / usług: ……………………………………………

Wartość towaru / usług powodująca obowiązek podatkowy u Zamawiającego to ………… zł netto\*.

* dotyczy Wykonawców, których oferty będą generować obowiązek doliczania wartości podatku VAT do wartości netto oferty, tj. w przypadku:
* wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów,
* mechanizmu odwróconego obciążenia, o którym mowa w art. 17 ust. 1 pkt. 7 i ustawy o podatku od towarów i usług,
* importu usług lub importu towarów, z którymi wiąże się obowiązek doliczenia przez Zamawiającego przy porównywaniu cen ofertowych podatku VAT.
1. Załączniki do oferty:
2. Załącznik nr 2 Formularz cenowy
3. Załącznik nr 3 Warunki gwarancji,
4. Załącznik nr 7 Opis przedmiotu zamówienia,

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

Podpis i pieczątka upoważnionego

przedstawiciela Wykonawcy

…………………………….

Miejscowość, data

######  Załącznik Nr 2

|  |
| --- |
|  |

 Pieczątka firmowa Wykonawcy

FORMULARZ CENOWY

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa | Ilość | J. m. | Cena nettozł. | VAT% | VATzł. | Cena bruttozł. |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  **Razem :** |  |  |  |  |

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

Podpis i pieczątka upoważnionego

 Przedstawiciela Wykonawcy

###### Załącznik nr 3

|  |
| --- |
|  |

 Pieczątka firmowa Wykonawcy

**Wykaz oferowanych okresów gwarancji, warunki gwarancji oraz szkolenie personelu obsługującego dwustopniowe urządzenia odwróconej osmozy do Stacji Dializ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Czynności | Warunki graniczne | Potwierdzenie przyjęcia warunków |
| 1. | Termin rozpoczęcia pełnej gwarancji (bezpłatna wymiana uszkodzonych części zamiennych, dojazdy/przejazdy inż. serwisowych, robocizna, przeglądy itp.) | Od momentu uruchomienia – podpisania protokołu odbioru |  |
| 2. | Okres pełnej gwarancji i rękojmi | ≥ 60 miesięcy |  |
| 3. | Czas reakcji w godzinach „przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa” (w dni robocze) | ≤ 12 godziny |  |
| 4. | Możliwość przyjmowania zgłoszeń 24h na dobę | Tak |  |
| 5. | Czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia | ≤ 1 dni roboczych |  |
| 6. | Liczba bezpłatnych przeglądów w okresie gwarancji  | min. 2 razy w roku |  |
| 7. | Graniczny czas naprawy gwarancyjnej, po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji | 3 dni |  |
| 8. | Naprawy i konserwacja sprzętu w okresie gwarancji będą odbywać się w miejscu jego eksploatacji. Jeżeli zaistnieje konieczność naprawy poza siedzibą Zamawiającego, Wykonawca odbierze uszkodzony element i dostarczy go do Zamawiającego po zakończonej naprawie na własny koszt i ryzyko. | Tak |  |
| 9. | Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczającej 5 dni kalendarzowe | Tak |  |
| 10 | Warunki wymiany podzespołów – liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany podzespołu na nowe (z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika) | Maksymalnie 3 |  |
| 11. | Paszport techniczny | Tak |  |
| 12. | Przyczyny utraty prawa do gwarancji | Podać |  |
| 13. | Instrukcja obsługi w języku polskim, oraz pełna dokumentacja techniczna dostarczona wraz ze sprzętem . | Tak |  |
| 14. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski – lokalizacja (załączyć dokument potwierdzający autoryzację) | Podać |  |
| 15. | Szkolenie obsługi w siedzibie Zamawiającego w 3 turach w terminie uzgodnionym przez obie strony – podać dla jakiej ilu osób i w jakim wymiarze czasowym | Tak |  |

W zależności od rodzaju oferowanego sprzętu Wykonawca poda odpowiednio warunki gwarancji oraz okres gwarancji dla każdego z nich według poniższego wzoru :

Nazwa urządzenia: …………………………………………..

Producent (nazwa, kraj): …………………………………….

Rok produkcji: ……………………………………................

 …………………………………...............…………..

 podpis i pieczątka upoważnionego

 przedstawiciela Wykonawcy

###### Załącznik nr 4

|  |
| --- |
|  |

 Pieczątka firmowa Wykonawcy

**Nazwa Wykonawcy …………………………..................................……………………………….**

**Adres Wykonawcy …...………………………………..................................................……………..**

**…............................................................................................................................................................**

**Oświadczenie wykonawcy**

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.

Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA Nr SPSSZ/2/D/2020**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na: **dostawę dwustopniowego urządzenia odwróconej osmozy do Stacji Dializ** oświadczam, co następuje:

**1. OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

* + 1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 12-23 ustawy Pzp.

[UWAGA: zastosować tylko wtedy, gdy Zamawiający przewidział wykluczenie Wykonawcy z postępowania na podstawie ww. przepisu]

* + 1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 pkt. 1 i 8 ustawy Pzp

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 pkt. 1 i 8 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: ………………………………………………………………………...

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

………………… *(miejscowość),* dnia …………………. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**2. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: …………………………………………………………..................………….…………………............................................................................................................................…… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

…………….….........................................…. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**3. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**Załącznik nr 5**

|  |
| --- |
|  |

 Pieczątka firmowa Wykonawcy

**Nazwa Wykonawcy …………………………......................……………………………………….**

**Adres Wykonawcy ………………………………………….......................………………………..**

**Numer telefonu / faxu ………………………………….......................…………………………….**

**Adres e-mail .......................................................................................................................................**

**Numer NIP i Regon ……………………………………………......................…………………….**

**Oświadczenie wykonawcy**

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.

Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

**Nr SPSSZ/2/D/2020**

## Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego: na dwustopniowego urządzenia odwróconej osmozy do Stacji Dializ oświadczam, co następuje:

**1. INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w SIWZ w Rozdziale IV .

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**2. INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:**

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w SIWZ w Rozdziale V polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: ………………………………………………………………………………..…….....

..…………………………………………………………………………………………………..…. w następującym zakresie: …………………………………………………………………...…….…

…..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................……………………………………………………………………………………………………… *(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**3. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis*

**Załącznik nr 6**

|  |
| --- |
|  |

*Pieczątka firmowa Wykonawcy*

**OŚWIADCZENIE**

**o przynależności lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2015r. poz. 184, 1618 i 1634)**

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego:

**Na dostawę** **dwustopniowego urządzenia odwróconej osmozy do Stacji Dializ dla Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim**

Niniejszym oświadczam, **że należę/ nie należę** *(niepotrzebne skreślić)* do tej samej grupy kapitałowej z innymi Wykonawcami, którzy złożyli odrębne oferty, oferty częściowe lub wnioski o dopuszczenie do udziału w niniejszym postępowaniu.

**Wykaz Wykonawców należących do tej samej grupy kapitałowej, którzy złożyli oferty**

|  |  |
| --- | --- |
| L.p. | Wskazanie Wykonawcy |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

W załączeniu dowody wskazujące, że istniejące między Wykonawcami należącymi do tej samej grupy kapitałowej, powiązania nie prowadzą do zachwiania uczciwej konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

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

*(data i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy)*

**UWAGA!**

**Oświadczenie należy złożyć w terminie 3 dni od zamieszczenia przez Zamawiającego na stronie internetowej, informacji z otwarcia ofert zawierającej nazwy i adresy Wykonawców, którzy złożyli oferty.**

**Załącznik nr 7**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa urządzenia: …………………………………………..

Producent (nazwa, kraj): …………………………………….

Rok produkcji: ……………………………………................

**Parametry techniczne dwustopniowego urządzenia odwróconej osmozy do Stacji Dializ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. Dwustopniowe urządzenie odwróconej osmozy:** | Warunkigraniczne,Parametryoceniane | Potwierdzenie przyjęcia warunków |
| Dwustopniowe urządzenie odwróconej osmozy kompatybilne z uzdatnianiem wstępnym oraz linią dystrybucyjną, które obecnie znajdują się w Stacji Dializ | Tak |  |
| Budowa modułowa. W przypadku zwiększenia ilości stanowisk poboru wody, możliwość zwiększenia wydajności osmozy, bez konieczności wymiany całego urządzenia. Urządzenia hydrauliczne zamknięte w estetycznej szczelnej obudowie. | Tak |  |
| Zasilania elektryczne 380-415V/50Hz z rozdzielni UPS Szpitala i rozdzielnicy własnej oddziału | Tak |  |
| W przypadku awarii jednego ze stopni osmozy, awaryjna, niezależna praca każdego stopnia urządzenia odwróconej osmozy oddzielnie, umożliwiająca prowadzenie dializ na wszystkich stanowiskach dializacyjnych | Tak |  |
| Wydajność pozwalająca podłączyć 20 stanowisk aparatów HD | Tak |  |
| Efektywność oczyszczania wody pitnej: suma rozpuszczonych substancji stałych > 95%, bakterie i endotoksyny > 99% | Tak |  |
| Maksymalny pobór mocy prądu elektrycznego nie większy niż 10kW dla jednego stopnia RO. Nie większy niż 20 kW dla dwóch stopni RO. | Tak |  |
| Maksymalny poziom głośności jednego modułu RO nie większy niż 75db | Tak |  |
| **2. Dezynfekcja termiczna membran oraz linii dystrybucyjnej** |
| Możliwość dezynfekcja RO jednocześnie z dezynfekcją pętli linii dystrybucyjnych. | Tak |  |
| Urządzenie do dezynfekcji termicznej linii dystrybucyjnej, zawierający zbiornik o pojemności 330 L, niewymagający dodatkowych podgrzewaczy na linii dystrybucyjnej | Tak |  |
| Możliwość zintegrowanego procesu dezynfekcji pętli. Dezynfekcja RO + linia dystrybucyjna + aparaty do dializy | Tak |  |
| Maksymalny pobór mocy prądu elektrycznego nie większy niż 11kW dla urządzenia do dezynfekcji termicznej | Tak |  |
| **3. System sterująco – pomiarowy pozwalający:** |
| zaprogramować zgodnie z harmonogramem szpitala wszystkie wymagane działania, takie jak produkcja czystej wody i dezynfekcja termiczna urządzenia RO, a także dezynfekcja linii dystrybucyjnej. Po zaprogramowaniu działania wykonywane są automatycznie. | Tak |  |
| pomiar przewodności wody wejściowej i wyjściowej | Tak |  |
| pomiar przepływu wody wracającej do osmozy i pomiar przepływu wody wychodzącej z osmozy do linii dystrybucyjnej | Tak |  |
| pomiar ciśnienia wody wracającej do osmozy i pomiar ciśnienia wody wychodzącej z osmozy do linii dystrybucyjnej | Tak |  |
| pomiar temperatury wody na wyjściu z urządzenia (zbiornika) | Tak |  |
| kontrola jakości wody z systemem alarmowym | Tak |  |
| czujnik wycieku wody w urządzeniu RO | Tak |  |
| czujnik wycieku wody w urządzeniu (zbiornik) produkującym gorącą wodę do dezynfekcji | Tak |  |
| kontrola wycieku na linii dystrybucyjnej | Tak |  |
| sygnalizacja świetlna i akustyczna poszczególnych trybów pracy | Tak |  |
| panel kliniczny z kolorowym ekranem dotykowym, przedstawiający aktualny stan pracy osmozy, dezynfekcji oraz alarmy | Tak |  |
| możliwość monitorowania pracy systemu RO przez Internet; | Tak |  |

**Wykaz oferowanych okresów gwarancji, warunki gwarancji oraz szkolenie personelu obsługującego oferowane urządzenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Czynności | Warunki graniczne,Parametry oceniane | Potwierdzenie przyjęcia warunków |
| 1. | Termin rozpoczęcia pełnej gwarancji (bezpłatna wymiana uszkodzonych części zamiennych, dojazdy/przejazdy inż. serwisowych, robocizna, przeglądy itp.) | Od momentu uruchomienia – podpisania protokołu odbioru |  |
| 2. | Okres pełnej gwarancji i rękojmi | 60 miesięcy |  |
| 3. | Czas reakcji w godzinach „przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa” (w dni robocze) | do 12 godz. – 4 pkt.do 24 godz. – 2 pkt. |  |
| 4. | Możliwość przyjmowania zgłoszeń 24h na dobę, 365 dni w roku. | 365 dni w roku. – 4 pkt.W dni robocze - 2 pkt. |  |
| 5. | Czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia | ≥ 2 dni – - 0 pkt.1 dzień roboczy - 4 pkt |  |
| 6. | Liczba bezpłatnych przeglądów w okresie gwarancji (min. 2 raz w roku) | 10 przeglądów – 4 pkt,8 przeglądy – 2 pkt.6 przeglądy – 0 pkt. |  |
| 7. | Graniczny czas naprawy gwarancyjnej, po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji | 2 dni – 4 pkt.> 2 dni – 0 pkt. |  |
| 8. | Naprawy i konserwacja sprzętu w okresie gwarancji będą odbywać się w miejscu jego eksploatacji. Jeżeli zaistnieje konieczność naprawy poza siedzibą Zamawiającego, Wykonawca odbierze uszkodzony element i dostarczy go do Zamawiającego po zakończonej naprawie na własny koszt i ryzyko. | Tak |  |
| 9. | Sprzęt zastępczy na czas naprawy przekraczającej 3 dni kalendarzowe | Tak |  |
| 10 | Warunki wymiany podzespołów – liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany podzespołu na nowe (z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika) | Maksymalnie 3 |  |
| 11. | Paszport techniczny | Tak |  |
| 12. | Przyczyny utraty prawa do gwarancji | Podać |  |
| 13. | Instrukcja obsługi w języku polskim, oraz pełna dokumentacja techniczna dostarczona wraz ze sprzętem . | Tak |  |
| 14. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski – lokalizacja (załączyć dokument potwierdzający autoryzację) | Podać |  |
| **SERWIS POGWARANCYJNY** |
| 1. | Okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty sprzedaży – nie mniej niż przez 10 lat. | ≥ 10 lat |  |
| 2. | Czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w dniach | Podać |  |
| 3. | Koszty obsługi serwisowej przez 8 godz. z dojazdem serwisu do Szpitala Zachodniego | Podać wartość brutto w PLN jednorazowej wizyty serwisowej |  |
| Jedna roboczogodzina 8 |
| Dojazd do Szpitala Zachodniego, powrót (całkowity koszt) |
| 4. | Koszt przeglądu pogwarancyjnego (całkowity koszt) | Podać wartość brutto w PLN jednorazowej wizyty |  |
| 5. | Dostarczone urządzenie będzie mieć bezterminową tzw. otwarta platformę serwisową, która nie wymaga kodów i licencji serwisowych | Tak |  |
| 6. | Zamawiający ma prawo do swobodnego wyboru firmy serwisującej i dostarczającej części wymienne i eksploatacyjne | Tak |  |

**Zakres prac po stronie Wykonawcy.**

Zamawiający zakłada nieprzerwaną pracę Stacji Dializ w okresie instalacji nowego urządzenia odwróconej osmozy.

• Demontaż obecnej osmozy CWP100-WROROH i przeniesienie do sąsiadującego pomieszczenia, prace należy wykonać w czasie do 24h podczas przerwy pracy Stacji Dializ w dniach sobota-niedziela po uzgodnieniu terminu z Zamawiającym,

• Instalacja i uruchomienie obecnej osmozy w czasie nie dłuższym niż 24 h na okres potrzebny do instalacji i uruchomienia nowego urządzenia odwróconej osmozy,

* Przedstawienie założeń technicznych zasilania elektrycznego urządzeń RO do wykonania projektu elektroenergetycznego przez Zamawiającego,
* Przekazanie dokumentacji technicznej sprzętu i miejsca jego zabudowy, do uzgodnienia przez Szpital. Koncepcja musi uwzględniać istniejące wyposażenie technologiczne we wskazanych pomieszczeń, zgodnie z załączonym rzutem parteru.
* Uruchomienia obecnej osmozy CWP100- WROROH w pomieszczeniu sąsiednim po stronie dostawcy,
* Ostateczny demontaż starego CWP100-WROROH, po oddaniu do użytku nowego urządzenia odwróconej osmozy.
* Utylizacja starego urządzenia CWP100 na koszt wykonawcy.
* Wykonawca uporządkuje teren po pracach montażowych oraz robotach instalacyjnych po zakończeniu prac. Usunie opakowania z terenu Szpitala.
* Wykonawca zobowiązany jest realizować roboty montażowe w sposób umożliwiający funkcjonowanie Szpitala i Stacji Dializ oraz utrzymać porządek na terenie prac i dróg transportowych.
* Wykonawca odpowiedzialny jest za przestrzeganie obowiązujących przepisów bhp, ze szczególnym zwróceniem uwagi na przepisy p.poż. oraz powinien zapewnić ochronę własności publicznej i prywatnej.
* Wykonawca jest odpowiedzialny za szkody w instalacjach, urządzeniach i strukturze budowlanej spowodowane w trakcie wykonywania robót montażowych i transportowych.

**Wymagania Zamawiającego.**

* Wykonawca musi posiadać wszelkie niezbędne uprawnienia, szkolenia i certyfikaty do wykonania prac zarówno z nowym typem osmozy jak i z obecnie funkcjonującym CWP100 - ROROH
* Nowe urządzenie do odwróconej osmozy musi być kompatybilne z uzdatnianiem wstępnym oraz linią dystrybucyjną, które obecnie znajdują się w Stacji Dializ.
* Termin realizacji po podpisaniu umowy nie dłużej niż 5 miesięcy, tj. 150 dni roboczych.
* Przełączenie nowej osmozy nastąpi po dezynfekcji i wykonaniu badań wody oraz otrzymaniu wyników badania dopuszczających jakość wody uzdatnionej do dializ pod względem bakteriologicznym w tym endotoksyny i fizykochemicznym zgodnie z wymogami wg Farmakopei Polskiej wyd. IX.
* Po stronie Wykonawcy jest ostateczny demontaż starego typu osmozy.
* Szkolenie personelu (lekarskiego, pielęgniarskiego, działu technicznego i aparatury medycznej) z zakresu obsługi nowego urządzenia odwróconej osmozy.

……………………………………………..

podpis i pieczątka upoważnionego

przedstawiciela Wykonawcy

**WZÓR PROTOKOŁU ODBIORU**

**Załącznik nr 9**

* **PROTOKÓŁ ODBIORU**

**do** **umowy …………………………. z dnia ……………….………**

Przedmiot umowy**:**

**……………..………………………………………………………………………………..**

* **Ilość: …………………………………………**
* **Typ: …………………………………………**
* **Numer fabryczny urządzenia:……………………………………….**

**Zamawiający: Wykonawca:**

……………………………………………….. **……………………………….**

……………………………………………….. **…….…………………..….…**

………………………………………………. **……………………………….**

**Użytkownik…………………………………………………………………………………………**

Umowny termin wykonania przedmiotu umowy: **…………………………....………..**

Faktyczny termin wykonania przedmiotu umowy: **………………………………..…..**

Całkowita wartość wynosi brutto: **…………………..…….……………. PLN**

**Gwarancja: ………………………. od dnia odbioru urządzenia tj. do ……….…………………**

**Po okresie gwarancyjnym Wykonawca zgodnie z umową zapewni odpłatny serwis pogwarancyjny nie krócej niż przez okres 10 lat licząc od upływu terminu gwarancji.**

**Przekazane przez Wykonawcę dokumenty:**

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

**W/w dokumenty pozostają w posiadaniu**: ………………………………………………………………...............................................................

**Przedstawiciel Wykonawcy przeszkolił:**

* W zakresie eksploatacji i obsługi przedmiotu dostawy personel Zamawiającego:

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

**Niniejszy protokół potwierdza, że dostarczony przedmiot umowy:**

- jest/ nie jest\* kompletny,

- sprawny technicznie / niesprawny technicznie \*,

Do w/w przedmiotu umowy Zamawiający/ użytkownik\* nie wnosi zastrzeżeń/ wnosi zastrzeżenia**.**

Potwierdza/ nie potwierdza należyte wykonanie przedmiotu umowy.

**Protokół odbioru z dnia: ………………..**

Uwagi:

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

 Załączniki:

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

\*) niepotrzebne skreślić

 **ZAMAWIAJĄCY: WYKONAWCA:**