



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej

NIP: 865-20-75-413, REGON: 000312

III.2.230/ 210 ZP/ 2020 r.

Wykonawca dołącza do oferty

## Opis przedmiotu zamówienia




Postępowanie „poza ustawa na :

**Konserwacja i przeglądy urządzeń związanych z wentylacją mechaniczną i klimatyzacją oraz badanie , czyszczenie i dezynfekcja przewodów wentylacji mechanicznej i klimatyzacji w Powiatowym Szpitalu Specjalistycznym w Stalowej Woli w okresie 2 lat od daty podpisania umowy .**

**Zadanie nr 2. Konserwacja i przeglądy urządzeń związanych z wentylacją mechaniczną oraz agregatów wody lodowej (chillery) w Powiatowym Szpitalu Specjalistycznym w Stalowej Woli (zgodnie z Formularz Cenowy - Wykaz Urządzeń Wentylacyjno -Klimatyzacyjnych Zał. nr 2 )**

### **1. Opis przedmiotu:**

- a)** wykonywaniu czynności przeglądowo-konserwacyjnych wg zaleceń producentów i wynikających z Dokumentacji Techniczno-Ruchowej oraz przepisów BHP zapewniających sprawną i bezpieczną eksploatację sprzętu
- b)** usuwaniu w pierwszej kolejności awarii urządzeń możliwych do realizacji w ramach czynności przeglądowo-konserwacyjnych z odpłatnością jedynie za zużyte materiały i części zamienne lub ich regenerację w przypadku uzyskania pisemnej zgody Zamawiającego na ich ceny i ilość, z wyłączeniem drobnych materiałów tj. zawleczek , bezpieczników, spinek, środków czyszczących itp. służących do prac przeglądowo-konserwacyjnych
- c)** analizie stanu technicznego urządzeń i warunków eksploatacji oraz informowaniu Zamawiającego o potrzebach w tym zakresie
- d)** sporządzenie protokołów kontroli zawierających :
- dane techniczne urządzenia,
  - datę przeglądu,
  - opis stanu urządzenia ze wskazaniem części, które będą kwalifikować się do wymiany w najbliższym czasie
  - opis wykonanych czynności
  - wykaz wymienionych części
  - zalecenia eksploatacyjne,
  - kartę charakterystyki dla środków dezynfekujących/czyszczących jeśli zostały użyte**
  - podpisy Wykonawcy i Zamawiającego (podpis Zamawiającego jest warunkiem koniecznym do wystawienia faktury za usługę)
- e)** pisemne informowanie Zamawiającego o wszelkich zauważonych usterkach i nieprawidłowościach wykraczających poza zakres zamówienia, jak również kwalifikujących urządzenie do naprawy
- f)** rozliczenie z materiałów z demontażu odrębnymi protokołami

 	Tel.: 15 843 32 05 fax: 15 842 06 72 e-mail: sekretariat@szpital-stw.com <a href="http://www.szpital-stw.com">www.szpital-stw.com</a>	
---	--	---



## Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej

NIP: 865-20-75-413, REGON: 000312

2. Usługi świadczone przez Wykonawcę wykonywane będą przez uprawnionych specjalistów inżyniersko-technicznych, przy pomocy własnego wyposażenia technicznego oraz dostarczonych przez Wykonawcę, na jego zamówienie, części zamiennych.

**3. Wykonawca zobowiązuje się do :**

- realizowania przeglądów w czasie oznaczonym w Opisie przedmiotu zamówienia i kolejnych w czasie wynikającym z częstotliwości serwisów w roku
- pisemnego informowania Zamawiającego o wszelkich zauważonych usterkach i nieprawidłowościach wykraczających poza zakres zamówienia jak również kwalifikujących urządzenia do naprawy gwarancyjnej
- rozliczenia się z materiałów z demontażu odrębnymi protokołami oraz oświadcza, że posiada program komputerowy do programowania sterowników typu Xenta w jakie wyposażone są centrale klimatyzacyjne i instalacja chłodu
- zabezpiecza dla potrzeb przeglądów, zwyczaję na swój koszt

**4. Zamawiający zobowiązuje się do :**

- zapewnienia Wykonawcy swobodnego dostępu do pomieszczeń z urządzeniami w uzgodnionym wcześniej terminie
- udostępnienia do wglądu wszelkich dokumentów dotyczących urządzeń
- wskazania użytkownika, w obecności którego odbywać się będą przeglądy serwisowe i upoważnionego do podpisywania protokołu z przeglądu.

5. Wykonawca zapewnia **max 48 godz.** czas reakcji serwisu na zgłoszoną konieczność naprawy liczoną od chwili zgłoszenia do chwili przystąpienia do naprawy.

6. Przeglądy serwisowe realizowane będą w dni robocze w **godz. 7.00-15.00**



7. Szczegółowy wykaz urządzeń wentylacyjno-klimatyzacyjnych zawiera formularz cenowy Załącznik nr 2 do niniejszego zaproszenia,

8. Wykonawca wyraża zgodę na **60-dniowy** termin płatności. Podstawą wypłaty wynagrodzenia należnego Wykonawcy jest faktura VAT sporządzona na podstawie protokołu kontroli potwierdzonego przez Zamawiającego za rzeczywiste wykonanie przeglądów.

**9. Cena podana w ofercie powinna zawierać wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia łącznie z dojazdem serwisu, robocizną, podatkiem od towarów i usług VAT. Podana cena jest obowiązująca w całym okresie trwania umowy .**

dnia ..... 2020 r.

.....  
*Podpis osoby uprawnionej*

   <p>ISO 9001:2008 CERT. NR 9122.PSSW</p>	<p>Tel.: 15 843 32 05 fax: 15 842 06 72 e-mail: sekretariat@szpital-stw.com <a href="http://www.szpital-stw.com">www.szpital-stw.com</a></p>	 <p>CERTYFIKAT 2016/21</p>
---	--	---