

Oświadczenie Wykonawcy

1. Na oferowaną aparaturę medyczną udzielam miesięcy pełnej gwarancji licząc od daty zainstalowania i uruchomienia (min. wymagany przez Zamawiającego okres to 24 miesięcy), oraz roku/lat wydłużonego okresu gwarancji ponad wymagany minimalny okres gwarancji.
2. Warunki gwarancji:
 - czas usunięcia uszkodzenia w dniach licząc od daty zgłoszenia uszkodzenia – nie dłużej niż 3 dni robocze w przypadku naprawy niewymagającej wymiany części i nie dłużej niż 7 dni roboczych, gdy zaistnieje konieczność sprowadzenia części zamiennych z zagranicy
 - czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii – nie dłużej niż 24h w dni robocze
 - graniczny czas naprawy po przekroczeniu którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji(max 3 dni roboczych)
 - liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany na nowy element/podzespół/urządzenie(max. ilość napraw dopuszczonych przez Zamawiającego – 3)
 - siedziba autoryzowanego serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego na terenie Polski,
adres.....
.....
.....
.....
3. Oświadczam, że w ramach oferowanej gwarancji będą wykonywane przeglądy zalecane przez producenta. Wszystkie czynności związane z wykonaniem przeglądu odbywać się będą na koszt Wykonawcy. Podać zalecaną częstość wykonywania przeglądów
4. Oświadczam , że wraz z dostawą dostarczę instrukcję obsługi w języku polskim (2 komplety) zawierającą zapisy dotyczące bezpieczeństwa użytkownika i bezpieczeństwa pacjenta .
5. Oświadczam, że wyroby medyczne stanowiące przedmiot zamówienia posiadają deklaracja zgodności CE o spełnieniu wymagań zasadniczych, certyfikat zgodności jednostki notyfikowanej zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r. Przedmiotowe dokumenty zostaną dostarczone wraz z dostawą przedmiotu zamówienia oraz na każde żądanie w wyznaczonym przez Zamawiającego terminie przed podpisaniem umowy.
6. Oświadczam, że bezpośredni użytkownicy zostaną przeszkoleni w zakresie obsługi przedmiotu zamówienia . Pierwsze szkolenie odbędzie się podczas instalacji, następne – w terminie późniejszym, uzgodnionym z Użytkownikiem (całość nie mniej niż 20 godzin szkolenia)
7. Oświadczam, że zostanie przeprowadzone szkolenie serwisowe w siedzibie Zamawiającego dla pracowników Inżynierii Klinicznej z wykonywania podstawowych czynności serwisowych potwierdzone wydaniem zaświadczenia

Miejscowość, data:

.....
.....
.....
(podpisy osoby/ osób uprawnionych)