Załącznik nr 2 c

**Narzędzia chirurgiczne wielorazowe**

**Zestawienie wymaganych warunków względem wykonawcy dotyczących udzielonej gwarancji i znakowania narzędzi chirurgicznych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i warunki** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Czynności audytorskie- do zrealizowania przed upływem gwarancji, potwierdzone opracowaniem w wersji papierowej i elektronicznej** |
|  | Inwentaryzacja i kwalifikacja narzędzi ( ze wskazaniem : do dalszego stosowania lub wskazaniem do naprawy, które zostanie wykonane do czasu upływu gwarancji, w postaci raportu w wersji elektronicznej i papierowej, zawierającej dla każdego narzędzia:* Nazwę narzędzia i opis umożliwiający jego identyfikację, ( ewentualnie zdjęcie co najmniej w skali 1:2)
 | Tak |  |
|  | Miejsce i czas sporządzenia raportu- 1 raz w roku, w trakcie trwania gwarancji, z możliwością rozbicia na raporty częściowe, dotyczące wskazanych odrębnie przez Zamawiającego jednostek organizacyjnych szpitala | Tak |  |
| **Znakowanie narzędzi** |
|  | Oznakowanie wszystkich przekazanych narzędzi kodem typu DataMatrix- w sposób ustalony z Zamawiającym ( zawartość oznakowania, użyty symbol, itp.). Znakowanie nie dotyczy narzędzi nie nadających się do regeneracji i ostrzenia, o czym Wykonawca poinformuje Zamawiającego w treści raportu. | Tak |  |
|  | Oznakowanie kodem DataMatrix w sposób pozwalający na pełną identyfikację narzędzi w każdym zestawie i możliwość skanowania każdego instrumentu w zestawie. | Tak |  |
|  | W każdym indywidualnym kodzie DataMatrix- zakodowana informacja o unikalnym numerze narzędzia/ kontenera. | Tak |  |
|  | Możliwość wykorzystania kodu do synchronizacji z systemami informatycznymi i organizacją pracy w obrębie Bloku Operacyjnego i Centralnej Sterylizatorni ( skład zestawów narzędzi chirurgicznych, obieg w obrębie Bloku Operacyjnego i Centralnej Sterylizatorni, planowanie regeneracji i wymiany narzędzi w zestawach). | Tak |  |
|  | Zamawiający wymaga, że podczas prowadzonej usługi nie ulegną zniszczeniu ( zatarciu, usunięciu) istniejące oznaczenia ( numery, Ø, rozmiary) | Tak |  |
| **Obrót narzędziami** |
|  | Zamawiający wymaga, aby czas obiegu narzędzi liczony był od momentu wysyłki do zwrotu na adres Zamawiającego ( do wyznaczonej osoby) do 14 dni roboczych. | Tak |  |
|  | Zamawiający wymaga, aby usługa zawierała transport i czynności mu towarzyszące: odbiór zwrot, ubezpieczenie na czas transportu. | Tak |  |
|  | Sposób komunikacji Zamawiającego z Wykonawcą:* Odbiór narzędzi od Upoważnionego przez Zamawiającego pracownika na podstawie protokołu przekazania
* Zwrot do Zamawiającego – Wykonawca poinformuje Zamawiającego drogą pisemną o terminie zwrotu narzędzi ; zwrot na podstawie protokołu przekazania w obecności upoważnionego przez Zamawiającego pracownika
 | Tak |  |
|  | Zamawiający gwarantuje, że wszystkie narzędzia przekazane do Wykonawcy będą zdezynfekowane i w stanie gwarantującym bezpieczeństwo osób trzecich oraz prawidłowo zapakowane i rozpakowane. | Tak |  |
| **Dokumentowanie czynności** |
|  | Wszystkie czynności naprawcze potwierdzone osobnym raportem zawierającym dla każdego narzędzia: opis przeprowadzonych czynności i informacja o dopuszczeniu ( lub nie) do bezpiecznej eksploatacji | Tak |  |
|  | Narzędzia po usłudze zostaną przekazane w profesjonalnym opakowaniu zabezpieczającym przed uszkodzeniem. Do każdej przesyłki zostanie dołączona lista narzędzi. Wykonawca jest zobowiązany do zwrotu wszystkich narzędzi w stanie nie gorszym niż otrzymał do wykonania usługi. | Tak |  |
|  | Zamawiający wymaga, aby wszystkie narzędzia zostały zwracane w identycznych pakietach jak przy przekazaniu, tzn. z podziałem na oddziały lub inne jednostki organizacyjne. | Tak |  |
| **Wymagania względem wykonawcy** |
|  |  |  |  |
|  | Wymagany park maszynowy ( podać typ, model, i numer seryjny urządzenia, przegląd techniczny):* Szlifierki specjalistyczne
* Urządzenia do matowania
* Myjka ultradźwiękowa ( lub inna)
* Piec hartowniczy
* Linia urządzeń do pasywacji narzędzi
* Urządzenie do znakowania kodem DataMatrix
 | Tak |  |

………………………………………………………………………………..

 (miejscowość, data, podpis osoby uprawnionej)