

### Oświadczenie Wykonawcy dot zadania nr 1 i 3

1. Oświadczam, że oferowane łóżka medyczne i szafki przyłóżkowe są kompletne i po dostawie szafek i uruchomieniu łóżek będą gotowe do pracy zgodnie z ich przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów .

2. Na oferowane łóżka medyczne i szafki przyłóżkowe udzielam .....miesiący pełnej gwarancji licząc od daty podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego ( min. wymagany przez Zamawiającego okres to 24 miesiące).

3. Warunki gwarancji:

- czas reakcji serwisu na zgłoszenie uszkodzenia max 72 godz.

- czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w okresie gwarancji nie dłużej niż 5 dni robocze liczony od daty zgłoszenia a w przypadku konieczności sprowadzenia części spoza granic Polski nie dłuższy niż 7 dni roboczych

- graniczny czas naprawy po przekroczeniu którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji .....(max 7 dni roboczych)

- liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany na nowy element/podzespół .....(max. ilość napraw dopuszczonych przez Zamawiającego – 3 naprawy)

- w przypadku przedłużania się czasu naprawy powyżej 30 dni roboczych Zamawiający ma prawo żądać wymiany łóżek medycznych i szafek przyłóżkowych na nowe na koszt Wykonawcy.

- siedziba autoryzowanego serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego na terenie Polski, upoważnionego do wykonywania działań serwisowych :

adres .....  
.....  
.....

4. Oświadczam, że w ramach oferowanej gwarancji będą wykonywane przeglądy zalecane przez producenta. Wszystkie czynności związane z wykonaniem przeglądu odbywać się będą na koszt Wykonawcy.

5. Dostępność części zamiennych min. 10 lat od daty odbioru.

6. Oświadczam , że wraz z dostawą dostarczę instrukcję obsługi w języku polskim zawierającą zapisy dotyczące bezpieczeństwa użytkownika i bezpieczeństwa pacjenta (wersja papierowa i elektroniczna ).

7. Oświadczam, że bezpośredni użytkownicy zostaną przeszkoleni w zakresie obsługi przedmiotu zamówienia. Szkolenie odbędzie się przy uruchomieniu łóżek. Szkolenie zostanie zakończone wydaniem zaświadczenia.

Miejscowość, data:

.....

(podpisy osoby/ osób uprawnionych)

.....