ZPZ-11/02/23 Załącznik nr 2 do SWZ

**Szczegółowy zakres usług będących przedmiotem zamówienia**

**„Usługa serwisowa na naprawy, przeglądy aparatu HDR Flexitron oraz dostawy i wymiana źródeł promieniotwórczych”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Lp. | **Wymagane usługi w zakresie:** | **Potwierdzenie spełniania wymogu**  |
| 1. ***Usługi serwisowe:***
 |
|  | W zakresie naprawy: części zużywalne do aparatu HDR Flexitron niezbędne do właściwego funkcjonowania urządzenia wymieniane w okresie trwania umowy, zgodnie z zaleceniami Producenta  | TAK |
|  | Ilość przeglądów aparatu HDR Flexitron zgodna z ilością wymian źródeł promieniotwórczych Ir-192 w okresie trwania umowy | TAK |
|  | Przeglądy planowane aparatu HDR Flexitron oraz systemów planowania aparatu Oncentra Brachy i Oncentra Prostate zgodnie ze specyfikacją techniczną Producenta, według listy kontrolnej | TAK |
|  | Każdorazowo przy wymianie źródła jw. Wykonawca dokona przeglądu, procedur kontrolnych/testów funkcjonowania aparatu i konserwacji  | TAK |
| 1. ***Wymiana źródeł promieniotwórczych Ir -192:***
 |
|  | Dostawa źródeł Ir-192 z częstotliwością 4 razy w ciągu 12 miesięcy(12 źródeł przez okres trwania zamówienia) | TAK |
|  | Każdorazowa dostawa źródła wraz z pisemnym certyfikatem jego aktywności | TAK |
|  | Aktywność wymienianego źródła Ir-192 wynosić będzie 10 Ci (dopuszczalne odchylenie w granicach +/- 10%) | TAK |
|  | Aktywność źródła w dniu instalacji w aparacie HDR nie będzie przekraczać 440 GBq | TAK |
|  | Transport, dostawa i wymiana źródeł do/w siedzibie Zamawiającego | TAK |
|  | Dokonywanie kontroli szczelności źródeł Ir-192- zgodnie z ustawą z 29 listopada 2000r.  Prawo atomowe | TAK |
|  | Zobowiązanie Wykonawcy do prowadzenia dokumentacji wywozu zużytych źródeł Ir-192 | TAK |
|  | Zobowiązanie Wykonawcy do odbioru, transportu i utylizacji zużytych źródeł Ir-192 (wymóg posiadania odpowiedniego zezwolenia na transport i utylizację źródeł promieniotwórczych) | TAK |
| 1. ***Pozostałe:***
 |
| 1.  | Komunikacja z użytkownikiem i instrukcje w języku polskim. | TAK |
| 2.  | Udzielanie informacji oraz instrukcji personelowi Zamawiającego w zakresie bieżącej obsługi aparatu do brachyterapii HDR Flexitron | TAK |

 **Potwierdzam/-y spełnianie ww. wymogów**

….…………..………………

(podpis osoby upoważnionej

do reprezentacji Wykonawcy)