## Załącznik nr 2c – oferowany zakres usługi

ZP/2501/99/20 - dotyczy postępowania pn. Usługa okresowych przeglądów technicznych aparatury medycznej

**Pakiet nr…** \*)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatu** | **Zakres czynności przeglądowych** | **Wymiana wymaganych podzespołów**  **(z uwzględnieniem poszczególnych terminów przeglądów)** |
|  |  | 1) |  |
| 2) |
|  |  | 1) |  |
| 2) |
|  |  | 1) |  |
| 2) |
|  |  | 1) |  |
| 2) |
|  |  | 1) |  |
| 2) |
|  |  | 1) |  |
| 2) |

1) zakres usługi wg. zamawiającego (z załącznika nr 2b do siwz)

2) zakres usługi wykraczający poza opisane w pkt 1).

Oświadczam, że zakresy czynności wykonywanych w ramach przeglądów oraz wymiana wymaganych elementów i materiałów eksploatacyjnych są zgodne z zaleceniami producenta i obowiązującymi przepisami.

|  |  |
| --- | --- |
| pieczęć Wykonawcy | Data i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy |