Załącznik nr 2b

**Warunki Gwarancji i Serwis pogwarancyjny**

**Nazwa wykonawcy…………….**

**Nazwa urządzenia……………..**

|  |  |
| --- | --- |
| L.p | Parametry |
| 1. | Gwarancja na okres (min. 24 m-ce) …………………. |
| 2. | Koszt robocizny przeglądów konserwacyjnych i napraw oferowanej aparatury w ciągu okresu gwarancji zawarty w cenie oferty (nie dotyczy akcesoriów, materiałów zużywalnych). |
| 3. | Czas przystąpienia do naprawy w terminie max. 24 godzin (w dni robocze) od dnia zgłoszenia awarii urządzenia. |
| 4. | Okres gwarancji na nowo zainstalowane elementy po naprawie minimum 12 m-cy od daty zainstalowania. |
| 5. | Gwarancja przedłużana jest każdorazowo o ilość dni przestoju bez względu na długość przestoju. |
| 6. | Wymiana elementu zestawu na nowy po 3 naprawie gwarancyjnej. |
| 7. | Minimum ………… bezpłatne przeglądy gwarancyjne w okresie ……………. m-cy lub wg zaleceń producenta. |
| 8. | Transport, koszty transportu i dostawy związane z naprawami w okresie gwarancji ponosi wykonawca |
| 9. | W przypadku czasu trwania naprawy gwarancyjnej dłuższej niż 14 dni – dostawca zapewnia sprzęt zastępczy na czas trwania naprawy |
| 10. | Dostawca łóżek posiada autoryzację producenta w zakresie prowadzenia prac serwisowych. |
| 11. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polska. |
| 12. | Gwarancja sprzedaży części zamiennych po upływie okresu gwarancyjnego – nie mniej niż 10 lat od dnia przekazania aparatu do eksploatacji |
| 13. | Gwarancja dostępności serwisu po upływie okresu gwarancji – nie mniej niż 10 lat od dnia przekazania aparatu do eksploatacji |
| 14. | Szkolenie personelu medycznego i technicznego w terminie nie dłuższym niż 2 dni od daty dostarczenia i instalacji sprzętu. |

*................................... ...................................*

*(miejsce i data wystawienia) (podpis i pieczątka*)