**КГП «Центральная районная больница Шетского района» УЗКО объявляет закуп ЛС и ИМН**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование** | **Ед-ца**  **изм** | **Кол-во** | **цена** | **сумма** |
| 1 | Светильник медицинский передвижной | шт | 1 | 408 000,00 | 408 000,00 |
|  | **ИТОГО:** |  |  |  | **408 000,00** |

**Выделенная сумма на закуп 408 000,00 тенге**

**Срок поставки:** Согласно графика поставки

**Условия поставки:** Карагандинская область, Шетский район, Аксу-Аюлинский с.о., с. Аксу-Аюлы, ул. Жапакова д.23

Место приема документов – КГП «Центральная районная больница Шетского района» ул. Жапакова д.23 каб.40

**Срок подачи ценовых предложений:** 5 рабочих дня

Время и место вскрытия конвертов с ценовыми предложениями – КГП « Центральная районная больница Шетского района» Карагандинская область, Шетский район, с. Аксу-Аюлы, ул Жапакова д. 23. Каб 40  15.02.2019г в 12 час 00 мин

**Техническая спецификация**

**Дата « »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019г.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Критерии** | **Описание** | | | | | | |
| **1** | **Наименование медицинской техники (далее – МТ)**  *(в соответствии с государственным реестром МТ)* | Светильник хирургический | | | | | | |
| **2** | **Наименование МТ, относящейся к средствам измерения** | Светильник операционный | | | | | | |
| **3** | **Требования к комплектации** | *№*  *п/п* | *Наименование комплектующего к МТ (в соответствии с государственным реестром МТ)* | | *Техническая характеристика комплектующего к МТ* | | *Требуемое количество*  *(с указанием единицы измерения)* | |
| *Основные комплектующие* | | | | | | |
|  | Светильник хирургический | | Диаметр блока освещения (± 5%): 500 мм Освещенность (± 5%): 44 000 Люкс Цветовая температура (± 10%): 3800 К Питание от сети: 220 В Диаметр светового поля (± 5%): 150 мм Потребляемая мощность (± 5%): 115 ВА | | 1 шт | |
|  |  | |  | |  | |
| *Дополнительные комплектующие* | | | | | | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
| *Расходные материалы и изнашиваемые узлы:* | | | | | | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
| **4** | **Требования к условиям эксплуатации** |  | | | | | | |
| **5** | **Условия осуществления поставки МТ**  *(в соответствии с ИНКОТЕРМС 2000)* | 40 календарных дней | | | | | | |
| **6** | **Срок поставки МТ и место дислокации** | **КГП "ЦРБ Шетского района"** | | | | | | |
| **7** | **Условия гарантийного и постгарантийного сервисного обслуживания МТ поставщиком, его сервисными центрами в Республике Казахстан либо с привлечением третьих компетентных лиц** | Необходимо гарантийное сервисное обслуживание МТ не менее 37 месяцев и постгарантийное сервисное обслуживание не менее ХХ месяцев с момента завершения срока гарантийного сервисного обслуживания*.* Плановое техническое обслуживание должно проводиться не реже чем 1 раз в квартал.  Работы по техническому обслуживанию выполняются в соответствии с требованиями эксплуатационной документации и должны включать в себя:  - замену отработавших ресурс составных частей;  - замене или восстановлении отдельных частей МТ;  - настройку и регулировку изделия; специфические для данного изделия работы и т.п.;  - чистку, смазку и при необходимости переборку основных механизмов и узлов;  - удаление пыли, грязи, следов коррозии и окисления с наружных и внутренних поверхностей корпуса изделия его составных частей (с частичной блочно-узловой разборкой);  - иные указанные в эксплуатационной документации операции, специфические для конкретного типа изделий | | | | | | |
|  | **Калибровка МТ** |  | | | | | | |
| **8** | **Информация о сервисных центрах** | Город | | ФИО инженера | | Тел. круглосуточного дозвона | | e-mail инженера |
| Нет | |  | |  | |  |
| **9** | **Условия проведения обучения специалистов организации здравоохранения, а также консультаций в период гарантийного срока эксплуатации медицинской техники** | Необходимо проведение инструктажа специалистов на месте установки МТ, а также проведение консультаций в период гарантийного срока эксплуатации медицинской техники. | | | | | | |
| **10** | **Другие требования и условия** |  | | | | | | |

**Руководитель организации здравоохранения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(Организация здравоохранения) (Ф.И.О.) (подпись)* м.п.

*Техническая спецификация направляется в прошитом виде, с пронумерованными страницами, последняя страница, заверенная подписью руководителя ОЗ и печатью ОЗ.*