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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **№** |  **Наименование** |  **Ед-ца****изм** | **Кол-во** | **цена** | **сумма** |
| 1 | Кислародный концентратор  | шт | 2 | 290 800,00 | 581 600,00 |
|  | **ИТОГО:** |  |  |  | **581 600,00** |

**Выделенная сумма на закуп 581 600,00 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)* | Кислородный концентратор |
| **2** | **Наименование МТ, относящейся к средствам измерения** | Оздоровительная и профилактическая кислородная терапия |
| **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* |
|  | Кислородный концентратор | **Техническая спецификация:**Назначение: бытовой портативный источник чистого кислорода,Регулировка потока: 1～5 л/мин.**Концентрация кислорода / поток:≥87% / 1 л/мин, ≥60% / 3 л/мин,≥36% / 5 л/мин.**Давление кислорода:0.04~0.05МПа (0.4-0.5 Атм).Доп. выход воздуха для ингаляции: нет.Питание: 220 В, 50 Гц.Потребление тока: 100 ВА.Размеры: 295 мм × 175 мм × 270 мм.Вес: 7,5 кг.Температура эксплуатации: +10 ÷ +40 ºСУровень шума: ≤43dB(A).Сигнализация: звуковая об отключении питания.Световая: об аварии/ неисправности.Обратный таймер: да.Пульт дистанционного управления: да.Индикация концентрации кислорода: да.Генератор анионов: да. | 1 шт |
|  |  |  |  |
| *Дополнительные комплектующие* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| *Расходные материалы и изнашиваемые узлы:* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **4** | **Требования к условиям эксплуатации** |  |
| **5** | **Условия осуществления поставки МТ** *(в соответствии с ИНКОТЕРМС 2000)* | DDP |
| **6** | **Срок поставки МТ и место дислокации**  | 40 календарных дней**КГП "ЦРБ Шетского района"**УЗКО |
| **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.*