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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **№** |  **Наименование** |  **Ед-ца****изм** | **Кол-во** | **цена** | **сумма** |
| 1 | Индикатор внутриглазного давления | шт | 4 | 255 000,00 | 1 020 000,00 |
|  | **ИТОГО:** |  |  |  | **1 020 000,00** |

**Выделенная сумма на закуп 1 020 000,00 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)* | **Индикатор внутриглазного давления** |
| **2** | **Наименование МТ, относящейся к средствам измерения** | Медицинское оборудование |
| **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* |
|  | **Индикатор внутриглазного давления** |

|  |  |
| --- | --- |
| Измерение тонометрического ВГД по Маклакову | при нагрузке 10 г |
|  Допускаемое отклонение оценки граничного значения (26 мм рт. ст.) между нормальным и высоким давлением, мм рт. ст. | ± 2,0 |
|  Длительность осуществления одной измерительной процедуры, сек | 2 |
|  Потребление энергии, мА |  |
|  Питание, В | 3 |
|  Максимальное количество измерительных процедур на один набор элементов питания | 5000 |
|  Габариты устройства, мм | 174 х 26 х 20 |
|  Масса, г, не более | 105 |

 | 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.*