**Maintenance préventive et corrective des dispositifs médicaux de certains établissements du GHT du Limousin**

**BORDEREAU DE PRIX UNITAIRES**

**MAINTENANCE PREVENTIVE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **REFERENCE DU CANDIDAT** | **DESIGNATION \*\*** | **PRIX UNITAIRE** |
|  | Contrôle aspirateur mucosité |  |
|  | Contrôle bistouri |  |
|  | Contrôle cardiotocographe |  |
|  | Contrôle concentrateur oxygène |  |
|  | Contrôle débimètre |  |
|  | Contrôle doppler |  |
|  | Contrôle DSA |  |
|  | Contrôle échographe vésical |  |
|  | Contrôle éclairage opératoire |  |
|  | Contrôle électrocardiographe |  |
|  | Contrôle électrostimulateur |  |
|  | Contrôle générateur d'air chaud |  |
|  | Contrôle insufflateur |  |
|  | Contrôle lecteur bandelette urinaire |  |
|  | Contrôle lève-malade |  |
|  | Contrôle lumière froide |  |
|  | Contrôle holter |  |
|  | Contrôle télémétrie |  |
|  | Contrôle moniteur défibrillateur avec ECG/PNI/SPO2/STIM |  |
|  | Contrôle monitoring multi paramètres |  |
|  | Contrôle nébuliseur |  |
|  | Contrôle oxymètre de pouls |  |
|  | Contrôle oxy-tensiomètre |  |
|  | Contrôle pompe PCA |  |
|  | Contrôle pompe nutrition |  |
|  | Contrôle pompe à perfusion |  |
|  | Contrôle pousse seringue 1 voie |  |
|  | Contrôle pousse seringue 2 voies |  |
|  | Contrôle régulateur de vide |  |
|  | Contrôle générateur matelas (réchauffeur) |  |
|  | Contrôle couverture chauffante |  |
|  | Contrôle table radiante |  |
|  | Contrôle tensiomètre |  |
|  | Contrôle ventilateur de transport |  |
|  | Contrôle verticalisateur |  |
| **\*\* Liste non exhaustive à compléter ou à adapter** | |  |

**FRAIS D’INTERVENTION POUR LA CAMPAGNE PREVENTIVE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| REFERENCE DU CANDIDAT | DESIGNATION | PRIX UNITAIRE |
|  | Forfait de déplacement sur site |  |
|  | Forfait hébergement (si intervention sur plusieurs jours) si nécessaire |  |
|  | Tarif horaire de main d'œuvre |  |

**MAINTENANCE CURATIVE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MAINTENANCE CURATIVE SUR SITE CLIENT** | | |
|  |
| REFERENCE DU CANDIDAT | DESIGNATION | PRIX UNITAIRE |  |
|  | Forfait de déplacement |  |  |
|  | Tarif horaire de main d'œuvre |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MAINTENANCE CURATIVE EN ATELIER** | | |
|  |
| REFERENCE DU CANDIDAT | DESIGNATION | PRIX UNITAIRE |  |
|  |  |  |  |
|  | Tarif horaire de main d'œuvre |  |  |
|  | Frais forfaitaire retrait/retour du dispositif sur site |  |  |
|  | Frais forfaitaire uniquement retour client (envoi effectué par l'établissement) |  |  |

**Date, Cachet, Signature**