

## Zakres usług higienicznych w Przychodni Lekarskiej w Zdunskiej Woli ul. Srebrna 11

Pomieszczenia znajdujące się w przychodni:

Pomieszczenia na poziomie – 1: toalety, korytarz, pomieszczenia gospodarcze, socjalne, magazynki, brudowniki

Pomieszczenia na poziomie 0: gabinety zabiegowe, gabinety lekarskie, rejestracja x 2, toalety, korytarze.

Pomieszczenia na poziomie +1: laboratorium, pomieszczenia biurowe, gabinety lekarskie, toalety, korytarz, winda.

| Lp. | Wykaz zadań do wykonania w ramach zamówienia          | Częstotliwość wykonywanej usługi |                |               |              |                  | Uwagi   |
|-----|---|----------------------------------|----------------|---------------|--------------|------------------|---|
|     |   | 1x dziennie                      | 1 x w tygodniu | 1x w miesiącu | w ciągu roku | w razie potrzeby |   |
| 1   | Odkurzanie i mycie podłóg                             | x                                |                |               |              | x                |   |
| 2   | Wycieranie kurzy i mycie glazury i lamperii           | x                                |                |               |              | x                |   |
| 3   | Wycieranie kurzy ze ścian                             |                                  |                | x             |              | x                |   |
| 4   | Mycie i dezynfekcja umywalek, zlewozmywaków, ubikacji | x                                |                |               |              | x                |   |
| 5   | Mycie parapetów i lustek                              | x                                |                |               |              | x                |   |
| 6   | Mycie okien   |                                  |                |               | 2x           | x                | Mycie okien 2 x w ciągu roku w odpowiednich warunkach klimatycznych |
| 7   | Mycie szafek lekarskich                               | x                                | x              |               |              | x                |   |
| 8   | Wycieranie i dezynfekcja leżanek oraz krzeseł         | x                                |                |               |              | x                |   |
| 9   | Wycieranie i dezynfekcja stolików zabiegowych         | x                                |                |               |              | x                |   |
| 10  | Wycieranie biurek                                     |                                  |                |               |              |                  |   |
| 11  | Wycieranie mebli - szaf                               |                                  | x              |               |              |                  |   |
| 12  | Wycieranie drzwi                                      |                                  |                | x             |              | x                |   |

## Załącznik nr 3 do SIWZ

|    |  |   |  |   |  |     |   |  |
|----|--|---|--|---|--|-----|---|--|
| 13 | Mycie lamp oświetleniowych – ścienne, sufitowe |   |  |   |  | 1x  | x | Mycie kloszy lamp oświetleniowych sufitowych, ściennych przynajmniej 1 x w ciągu roku .<br>Klosze zostaną zdjęte i założone po usłudze mycia przez pracownika SPZPOZ |
| 14 | Mycie lamp oświetleniowych – biurkowych        | x |  |   |  |     |   |  |
| 15 | Mycie lamp bakteriobójczych                    |   |  | x |  |     | x |  |
| 16 | Mycie kaloryferów                              |   |  | x |  |     | x |  |
| 17 | Mycie lodówki                                  |   |  | x |  |     | x |  |
| 18 | Opróżnianie koszy na śmieci                    | x |  |   |  |     | x |  |
| 19 | Usługa mechanicznego doczyszczania podłóg      |   |  |   |  | 1 x |   |  |
| 20 | Mycie windy                                    |   |  |   |  | 1x  |   | Mycie windy 1 x w ciągu roku w odpowiednich warunkach klimatycznych  |