

SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Zadanie nr 1: Aparat do laseroterapii skaner + sonda punktowa szt.2

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa, montaż oraz uruchomienie Aparat do laseroterapii skaner + sonda punktowa szt.2 _ zwanego dalej sprzętem dla potrzeb Uzdrowiska Goczałkowice – Zdrój Sp. z o.o.
2. Wymogi medyczne i warunki techniczne przedmiotu zamówienia Zamawiającego podał poniżej w niniejszym załączniku do SWZ.
3. Przedmiot zamówienia obejmuje w szczególności:
 - a) Dostawę, montaż oraz uruchomienie urządzenia w miejscu dostawy.
 - b) Udzielenie gwarancji, jakości dla nowego sprzętu na okres nie krótszy niż 24 miesiące oraz rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji.
 - c) Zapewnienie w cenie oferty serwisu i obowiązkowych przeglądów przez cały okres gwarancji i rękojmi dla oferowanego sprzętu, wykonywanych zgodnie z zaleceniami producenta i wymogami przepisów prawnych, ale nie rzadziej niż raz do roku, potwierdzonymi wpisem do paszportu technicznego urządzeń.
 - d) Dostarczenie instrukcji obsługi (w języku polskim) oraz przeprowadzenie szkolenia (w języku polskim) minimum 7 pracowników użytkownika w zakresie obsługi i eksploatacji dostarczonego sprzętu w miejscu dostawy.
1. Dostawa przedmiotu zamówienia będzie się odbywać na koszt i ryzyko Wykonawcy.
2. Sprzęt należy dostarczyć, zamontować i uruchomić w terminie wymaganym: do 8 tygodni od dnia zawarcia umowy.
3. Wykonawca zobowiązany jest do bezwzględnego uzgodnienia z Zamawiającym terminu dostawy sprzętu.
4. Oferowany Sprzęt musi być oznakowany znakiem CE i posiadać ważną deklarację zgodności CE.
5. Sprzęt wymagany fabrycznie nowy. Nie dopuszcza się egzemplarzy powystawowych, rekondukcjonowanych , po demonstracyjnych , itp.

II. OPIS TECHNICZNY – WARUNKI GRANICZNE OFEROWANEGO SPRZĘTU Aparat do laseroterapii skaner + sonda punktowa szt.2

1. Nazwa producenta:
Astar Sp. z o.o.
2. Nazwa i typ Sprzętu:
Aparat do laseroterapii skaner + sonda punktowa PhysioGo.Lite Laser
3. Kraj pochodzenia:

Polska

UWAGA!

Wykonawca zobowiązany jest wypełnić wszystkie wiersze w kolumnie „Parametr oferowany”, przy czym:

- a) W przypadku, gdy Zamawiający wymaga podania parametru w formie wartości liczbowej, Wykonawca winien podać wartość cyfrowo;

- b) W przypadku, gdy Zamawiający wymaga podania parametru w formie wartości słownej, Wykonawca winien podać wartość słownie, wpisując odpowiednie sformułowanie lub opis;
- c) W przypadku, gdy Zamawiający wymaga określenia czy sprzęt posiada lub nie posiada danego parametru, Wykonawca winien wpisać odpowiednio TAK lub NIE;

Oferta Wykonawcy, który nie wpisze żadnej wartości odpowiednio liczbowej/słownej/sformułowania TAK lub NIE, w obrębie poszczególnych parametrów, wpisze wartość parametru powyżej maksimum lub poniżej minimum (w zależności od parametru) określonego przez Zamawiającego lub wpisze, że sprzęt nie posiada parametru, w przypadku, gdy będzie on obligatoryjny, zostanie odrzucona na podstawie art. 226 ust. 1 pkt 5 PZP.

| L.P. | OPIS PARAMETRU / WARUNKU | Parametr wymagany | Parametr oferowany/ podać | Parametr oceniany |
|-------------------------|---|-------------------|---|-------------------|
| I INFORMACJE OGÓLNE | | | | |
| 1 | Producent | TAK, podać | Astar Sp. z o.o. | bez oceny |
| 2 | Kraj pochodzenia | TAK, podać | Polska | bez oceny |
| 3 | Model | TAK, podać | PhysioGo.Lite Laser | bez oceny |
| 4 | Rok produkcji nie starszy niż 2023 | TAK, podać | Rok produkcji nie starszy niż 2023 | bez oceny |
| II PARAMETRY PODSTAWOWE | | | | |
| 1 | Sterownik do laseroterapii z aplikatorem skanującym i sondą punktową do laseroterapii | TAK, podać | TAK Sterownik do laseroterapii z aplikatorem skanującym i sondą punktową do laseroterapii | Wymagane |
| 2 | Aplikator skanujący R+IR 100mW +450mW ze statywem oraz sterownikiem : duża moc źródeł promieniowanie mierzona na wyjściu, trzy tryby kreślenia pola zabiegowego: elipsa, linia, krzywe w granicach prostokąta, regulacja wysokości ramienia 60-140cm, regulacja położenia głowicy w dwóch osiach, automatyczne przeliczanie czasu pracy w zależności od wielkości pola zabiegowego i odległości skanera od ciała pacjenta, głowica skanująca umieszczona na ramieniu wyposażonym w siłownik pneumatyczny podtrzymujący ramię, podstawa wyposażona w kółka z hamulcami, półka na sterownik i okulary | TAK, podać | TAK Aplikator skanujący R+IR 100mW +450mW ze statywem oraz sterownikiem : duża moc źródeł promieniowanie mierzona na wyjściu, trzy tryby kreślenia pola zabiegowego: elipsa, linia, krzywe w granicach prostokąta, regulacja wysokości ramienia 60-140cm, regulacja położenia głowicy w dwóch osiach, automatyczne przeliczanie czasu pracy w zależności od wielkości pola zabiegowego i odległości skanera od ciała pacjenta, głowica skanująca umieszczona na ramieniu wyposażonym w siłownik pneumatyczny podtrzymujący ramię, podstawa wyposażona w kółka z hamulcami, półka na sterownik i okulary | Wymagane |
| 3 | Możliwość podłączenia sond laserowych: | TAK, podać | TAK Możliwość podłączenia sond laserowych: | Wymagane |

| | | | | |
|----|---|------------|---|----------|
| 4 | 1. o mocy 400 mW i długości fali 808nm | TAK, podać | TAK 1. o mocy 400 mW i długości fali 808nm | Wymagane |
| 5 | 2. o mocy 80mW i długości fali 660nm | TAK, podać | TAK 2. o mocy 80mW i długości fali 660nm | Wymagane |
| 6 | - regulacja mocy sond i aplikatorów | TAK, podać | TAK - regulacja mocy sond i aplikatorów | Wymagane |
| 7 | - tryb emisji: ciągły i impulsowy | Tak | TAK - tryb emisji: ciągły i impulsowy | Wymagane |
| 8 | Ilość gniazd do podłączenia aplikatorów - 3 | Tak | TAK Ilość gniazd do podłączenia aplikatorów - 3 | Wymagane |
| 9 | Tryb manualny i programowy | Tak | TAK Tryb manualny i programowy | Wymagane |
| 10 | Kontrola nad parametrami zabiegowymi | Tak | TAK Kontrola nad parametrami zabiegowymi | Wymagane |
| 11 | Jednostki chorobowe w trybie programowym wybierane po nazwie | Tak | TAK Jednostki chorobowe w trybie programowym wybierane po nazwie | Wymagane |
| 12 | Ilustrowana encyklopedia zabiegowa | TAK, podać | TAK Ilustrowana encyklopedia zabiegowa | Wymagane |
| 13 | Dawka energii :0,5 J/cm2 – 15 J/cm2 z krokiem regulacji 0,5 J/cm2 | Tak | TAK Dawka energii :0,5 J/cm2 – 15 J/cm2 z krokiem regulacji 0,5 J/cm2 | Wymagane |
| 14 | Regulacja mocy 25%-100% | Tak | TAK Regulacja mocy 25%-100% | Wymagane |
| 15 | Wypełnienie przy pracy impulsowej 10 – 90% z krokiem regulacji 10% | Tak | TAK Wypełnienie przy pracy impulsowej 10 – 90% z krokiem regulacji 10% | Wymagane |
| 16 | regulacja wysokości ramienia 60-140cm | Tak | TAK regulacja wysokości ramienia 60-140cm | Wymagane |
| 17 | regulacja położenia głowicy w dwóch osiach | Tak | TAK regulacja położenia głowicy w dwóch osiach | Wymagane |
| 18 | Ilość wbudowanych programów zabiegowych 175 + 200 programów użytkownika | Tak | TAK Ilość wbudowanych programów zabiegowych 175 + 200 programów użytkownika | Wymagane |
| 19 | Ilość sekwencji zabiegowych dla skanera 26 | Tak | TAK Ilość sekwencji zabiegowych dla skanera 26 | Wymagane |
| 20 | Edycja nazw programów użytkownika | Tak | TAK Edycja nazw programów użytkownika | Wymagane |
| 21 | Możliwość automatycznego powtórzenia zabiegu | Tak | TAK Możliwość automatycznego powtórzenia zabiegu | Wymagane |
| 22 | Wyświetlacz 5" | Tak | TAK Wyświetlacz 5" | Wymagane |
| 23 | Zegar zabiegowy 1 sekunda – 100 minut, krok zmienny | Tak | TAK Zegar zabiegowy 1 sekunda – 100 minut, krok zmienny | Wymagane |
| 24 | Wtyk blokady drzwi DOOR | Tak | TAK Wtyk blokady drzwi DOOR | Wymagane |
| 25 | Zasilanie 230V, 50Hz, 40W | Tak | TAK Zasilanie 230V, 50Hz, 40W | Wymagane |
| 26 | Sonda laserowa punktowa IR 400 mW 808nm | Tak | TAK Sonda laserowa punktowa IR 400 mW 808nm | Wymagane |

| | | | | |
|----|--|-----|--|----------|
| 27 | Okulary ochronne do laseroterapii 2szt. Dla pacjenta i terapeuty | Tak | TAK Okulary ochronne do laseroterapii 2szt. Dla pacjenta i terapeuty | Wymagane |
| 28 | Możliwość pracy na baterii opcjonalnie | Tak | TAK Możliwość pracy na baterii opcjonalnie | Wymagane |
| 29 | Klasa bezpieczeństwa wymagana prawem | Tak | TAK Klasa bezpieczeństwa wymagana prawem | Wymagane |
| 30 | Wymagane prawem RP certyfikaty/dopuszczenia | Tak | TAK Wymagane prawem RP certyfikaty/dopuszczenia | Wymagane |

| IV GWARANCJA I SERWIS | | | | |
|-----------------------|--|-------------------------|--|-----------|
| 1 | Oświadczenie (wraz z kopią deklaracji zgodności CE) potwierdzające, że oferowany wyrób oznakowany jest znakiem CE i posiada ważne deklaracje zgodności CE | TAK, załączyć do oferty | TAK | bez oceny |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim – 1 egz. w wersji papierowej, 1 egz. w wersji elektronicznej – załączyć przy dostawie sprzętu. | TAK | TAK Instrukcja obsługi w języku polskim – 1 egz. w wersji papierowej, 1 egz. w wersji elektronicznej – załączyć przy dostawie sprzętu. | bez oceny |
| 3 | Udzielenie gwarancji jakości dla przedmiotu zamówienia na okres nie krótszy niż 24 miesiące oraz rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji dla oferowanego urządzenia (podać) | TAK | TAK Udzielenie gwarancji jakości dla przedmiotu zamówienia na okres 24 miesięcy oraz rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji dla oferowanego urządzenia | bez oceny |
| 4 | Wykonanie nieodpłatne obowiązkowych przeglądów w okresie gwarancji, zgodnie z wymaganiami i w ilościach zalecanych przez producenta sprzętu oraz przepisami prawa w cenie oferty nie rzadziej niż raz w roku | TAK | TAK Wykonanie nieodpłatne obowiązkowych przeglądów w okresie gwarancji, zgodnie z wymaganiami i w ilościach zalecanych przez producenta sprzętu oraz przepisami prawa w cenie oferty nie rzadziej niż raz w roku | bez oceny |
| 5 | Siedziba autoryzowanego serwisu - dokładny adres i nr telefonu, adres e-mail. | TAK, podać | TAK Astar ul. Świt 33 Bielsko-Biała 33 829 24 45 serwis@astar.eu | bez oceny |
| 6 | Maksymalny czas usunięcia awarii w ramach gwarancji nie może przekroczyć 7 dni roboczych. | TAK, podać | TAK Maksymalny czas usunięcia awarii w ramach gwarancji do 7 dni roboczych. | bez oceny |
| 7 | Paszport techniczny (dostarczyć wraz z urządzeniem) | Tak | TAK | bez oceny |
| 8 | Szkolenie wstępne dla personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia w miejscu instalacji (min 7 osób) | Tak | TAK Szkolenie wstępne dla personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia w miejscu instalacji dla 7 osób | bez oceny |
| 9 | Czas reakcji serwisu do 72 godzin w dni robocze od momentu zgłoszenia wady (awarii) rozumiany jako podjęcie działań naprawczych. | TAK, podać | TAK Czas reakcji serwisu do 72 godzin w dni robocze od momentu zgłoszenia wady (awarii) rozumiany jako podjęcie działań naprawczych. | bez oceny |
| 10 | Gwarancja dostępności części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych – minimum 10 lat od daty dostarczenia Sprzętu. | TAK, podać | TAK Gwarancja dostępności części zamiennych, | bez oceny |

| | | | | |
|----|--|------------|--|-----------|
| | | | materiałów eksploatacyjnych – 10 lat od daty dostarczenia Sprzętu. | |
| 11 | W okresie gwarancji 3 naprawy tego samego typu (techniczne lub wynikające z wad ukrytych) powodują wymianę elementów na nowe. | TAK, podać | TAK W okresie gwarancji 3 naprawy tego samego typu (techniczne lub wynikające z wad ukrytych) powodują wymianę elementów na nowe. | bez oceny |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie (Sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest fabryczne nowe, kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług.

Bielsko – Biała 09.02.2024r.
miejscowość i data

Formularz podpisany przy pomocy podpisu elektronicznego
dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym,
Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF