

## SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

### Zadanie nr 2 : Zestaw do magnetostymulacji mata szt.6

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa, montaż oraz uruchomienie Urządzenia **Zestaw do magnetostymulacji mata szt.6** zwanego dalej „sprzętem” dla potrzeb Uzdrawiska Goczałkowice – Zdrój Sp. z o.o.
2. Wymogi medyczne i warunki techniczne przedmiotu zamówienia Zamawiający 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 Zestaw do magnetostymulacji mata szt.6

1. Nazwa producenta:  
Med & Life Sp. z o.o.
2. Nazwa i typ Sprzętu:  
Zestaw do magnetostymulacji mata Viofor JPS System Classic
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	Med & Life Sp. z o.o.	bez oceny
2	Kraj pochodzenia	TAK, podać	Polska	bez oceny
3	Model	TAK, podać	Viofor JPS Classic	bez oceny
4	Rok produkcji nie starszy niż 2023	TAK, podać	TAK Rok produkcji nie starszy niż 2023	bez oceny
II PARAMETRY PODSTAWOWE				
1	Aparat do magnetostymulacji Producent, model	TAK, podać	TAK, Med & Life, Viofor JPS Classic	Wymagane
2	Magnetostymulacja – wielowierzchołkowe widmo częstotliwości. Częstotliwości podstawowe mieszczą się w przedziale 180-195 Hz.	TAK, podać	TAK, Magnetostymulacja – wielowierzchołkowe widmo częstotliwości. Częstotliwości podstawowe mieszczą się w przedziale 180-195 Hz.	Wymagane
3	Magnetostymulacja: <b>System JPS</b> – kombinacja dwóch rodzajów impulsów o złożonym kształcie zbliżonym do piłozębnego, tworząca wraz z przerwami specyficzną strukturę sygnału o wielowierzchołkowym widmie częstotliwości.	TAK, podać	TAK, Magnetostymulacja: <b>System JPS</b> – kombinacja dwóch rodzajów impulsów o złożonym kształcie zbliżonym do piłozębnego, tworząca wraz z przerwami specyficzną strukturę sygnału o wielowierzchołkowym widmie częstotliwości.	Wymagane
4	aplikator pola niejednorodnego: - aplikator mata – wartość indukcji pola magnetycznego szczytowa max. 276µT wymiary 178 x 66 x 3cm	TAK, podać	TAK, aplikator pola niejednorodnego: - aplikator mata – wartość indukcji pola magnetycznego szczytowa max. 276µT wymiary 178 x 66 x 3cm	Wymagane

5	wybór z klawiatury trzech programów, trzech sposobów aplikacji oraz trzynastu stopni intensywności aplikacji - rozpoznawanie poprawności pracy przyłączonych aplikatorów - możliwość programowania własnych zestawów parametrów aplikacji lub korzystania z wbudowanych zestawów aplikacji, - możliwość pracy na dwóch aplikatorach jednocześnie - odliczanie pozostałego czasu zabiegu - 3 gniazda do magnetostymulacji - licznik zabiegów - oszczędzanie energii – tryb STAND-BY - wbudowana funkcja PLACEBO	TAK, podać	TAK, wybór z klawiatury trzech programów, trzech sposobów aplikacji oraz trzynastu stopni intensywności aplikacji - rozpoznawanie poprawności pracy przyłączonych aplikatorów - możliwość programowania własnych zestawów parametrów aplikacji lub korzystania z wbudowanych zestawów aplikacji, - możliwość pracy na dwóch aplikatorach jednocześnie - odliczanie pozostałego czasu zabiegu - 3 gniazda do magnetostymulacji - licznik zabiegów - oszczędzanie energii – tryb STAND-BY - wbudowana funkcja PLACEBO	Wymagane
6	Wymiary i waga sterownika 32 cm x 27 cm x 17,5 cm / 2,5 kg	TAK, podać	TAK Wymiary i waga sterownika 32 cm x 27 cm x 17,5 cm / 2,5 kg	Wymagane
7	Zasilanie 230/115 V, 50-60 Hz	Tak	TAK, Zasilanie 230/115 V, 50-60 Hz	Wymagane
8	Pobór mocy <15 VA podczas aplikacji, <8 VA w trybie stand-by	Tak	TAK, Pobór mocy <15 VA podczas aplikacji, <8 VA w trybie stand-by	Wymagane
9	Klasa ochronności II	Tak	TAK, Klasa ochronności II	Wymagane
10	Sterowanie mikroprocesorowe	Tak	TAK, Sterowanie mikroprocesorowe	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 (podać)	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	bez oceny

			niż raz w roku	
5	Siedziba autoryzowanego serwisu - dokładny adres i nr telefonu, adres e-mail.	TAK, podać	TAK Med & Life Sp. zo.o. Al. Marii Dąbrowskiej 45 05-806 Komorów tel. 22 759 15 15 <a href="mailto:biuro@medandlife.com">biuro@medandlife.com</a>	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, materiałów eksploatacyjnych – 10 lat od daty dostarczenia Sprzętu.	bez oceny
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