

Pieczęć firmowa Wykonawcy/ów

SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Zadanie nr 3 : Urządzenie do terapii polem elektromagnetycznym wysokiej częstotliwości – diatermia krótkofalowa szt. 2

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa, montaż oraz uruchomienie Urządzenie do terapii polem elektromagnetycznym wysokiej częstotliwości – diatermia krótkofalowa 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 _Urządzenie do terapii polem elektromagnetycznym wysokiej częstotliwości – diatermia krótkofalowa_szt. 2

1. Nazwa producenta:

BTL

2. Nazwa i typ Sprzętu:

Urządzenie do terapii polem elektromagnetycznym wysokiej częstotliwości BTL-6000 Shortwave 400

3. Kraj pochodzenia:

Wielka Brytania

UWAGA!

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

- W przypadku, gdy Zamawiający wymaga podania parametru w formie wartości liczbowej, Wykonawca winien podać wartość cyfrowo;
- W przypadku, gdy Zamawiający wymaga podania parametru w formie wartości słownej, Wykonawca winien podać wartość słownie, wpisując odpowiednie sformułowanie lub opis;
- 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	BTL	bez oceny
2	Kraj pochodzenia	TAK, podać	Wielka Brytania	bez oceny
3	Model	TAK, podać	BTL-6000 Shortwave 400	bez oceny
4	Rok produkcji nie starszy niż 2023	TAK, podać	TAK Rok produkcji nie starszy niż 2023	bez oceny
II PARAMETRY PODSTAWOWE				
1	Diatermia krótkofalowa do terapii ciepłem z wykorzystaniem fal wysokiej częstotliwości	TAK, podać	TAK Diatermia krótkofalowa do terapii ciepłem z wykorzystaniem fal wysokiej częstotliwości	Wymagane
2	Kolorowy ekran dotykowy 5,7"	TAK, podać	TAK Kolorowy ekran dotykowy 5,7"	Wymagane
3	Gotowe programy terapeutyczne	TAK, podać	TAK Gotowe programy terapeutyczne	Wymagane
4	Długość impulsu 50-2000 μ s	TAK, podać	TAK Długość impulsu 50-2000 μ s	Wymagane
5	Dwa aplikatory kondensatorowe o średnicy 13 cm +/- 1 cm, dwa ramiona i dwa przewody do podłączenia aplikatorów	TAK, podać	TAK Dwa aplikatory kondensatorowe o średnicy 13 cm, dwa ramiona i dwa przewody do podłączenia aplikatorów	Wymagane
6	Tryb pracy: ciągły i impulsowy	TAK, podać	TAK Tryb pracy: ciągły i impulsowy	Wymagane
7	Moc 400 W w impulsie, 200W w trybie ciągłym	Tak	TAK Moc 400 W w impulsie, 200W w trybie ciągłym	Wymagane
8	Częstotliwość pracy: 27,12 MHz	Tak	TAK Częstotliwość pracy: 27,12 MHz	Wymagane
9	Częstotliwość impulsu 50-1500 Hz	Tak	TAK Częstotliwość impulsu 50-1500 Hz	Wymagane
10	Zasilanie 230 V AC, 50-60 Hz	Tak	TAK Zasilanie 230 V AC, 50-60 Hz	Wymagane

11	Ramiona sześcioprzegubowe	Tak	TAK Ramiona sześcioprzegubowe	Wymagane
12	Czas trwania impulsu 50 - 2000 μ s	TAK, podać	TAK Czas trwania impulsu 50 - 2000 μ s	Wymagane
13	Waga urządzenia: max. 38 kg	Tak	TAK Waga urządzenia: 38 kg	Wymagane
14	Wymiary urządzenia 560 × 980 × 560 mm +/- 30 mm (szer. x wys. x gł.)	Tak	TAK Wymiary urządzenia 560 × 980 × 560 mm (szer. x wys. x gł.)	Wymagane
15	Deklaracja zgodności dla wyrobów medycznych	Tak	TAK Deklaracja zgodności dla wyrobów medycznych	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 Udzienienie 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 BTL ul. Leonidasa 49 02-239 Warszawa tel. 22 667 02 76 btlnet@btlnet.pl	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