

SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Zadanie nr 3 : APARAT DO TERAPII POLEM ELEKTROMAGNETYCZNYM WYSOKIEJ INTENSYWNOŚCI

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa, montaż oraz uruchomienie **urządzenia - APARAT DO TERAPII POLEM ELEKTROMAGNETYCZNYM WYSOKIEJ INTENSYWNOŚCI** w ilości 1 szt. zwanego dalej „sprzętem” dla potrzeb Uzdrowiska 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 w terminie do dnia 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 TERAPII POLEM ELEKTROMAGNETYCZNYM WYSOKIEJ INTENSYWNOŚCI szt.1

1. Nazwa producenta:

BTL

2. Nazwa i typ Sprzętu:

Aparat do terapii polem elektromagnetycznym wysokiej intensywności BTL-6000 Super Inductive System

3. Kraj pochodzenia:

Wielka Brytania

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	BTL	bez oceny
2	Kraj pochodzenia	TAK, podać	Wielka Brytania	bez oceny
3	Model	TAK, podać	BTL – 6000 Super Inductive System	bez oceny
4	Rok produkcji nie starszy niż 2023	TAK, podać	TAK Rok produkcji nie starszy niż 2023	bez oceny
II PARAMETRY PODSTAWOWE				
1	Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2023, wyklucza się aparaty demo, rekondycjonowane	TAK	TAK Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2023, wyklucza się aparaty demo, rekondycjonowane	bez oceny
2	Indukcja magnetyczna min. 2,5 tesli	TAK	TAK Indukcja magnetyczna 2,5 tesli	bez oceny
3	Częstotliwość magnetyczna 1-150 Hz	TAK	TAK Częstotliwość magnetyczna 1-150 Hz	bez oceny
4	Maksymalna intensywność stymulacji min. 28 kT/s	TAK	TAK Maksymalna intensywność stymulacji 28 kT/s	bez oceny
5	Czas trwania impulsu 0,01-60 [s]	TAK	TAK Czas trwania impulsu 0,01-60 [s]	bez oceny
6	Czas zabiegu 1-60 min +/- 5%	TAK	TAK Czas zabiegu 1-60 min	bez oceny
7	Wybór kształtu impulsu	TAK	TAK Wybór kształtu impulsu	bez oceny
8	Możliwość precyzyjnego ustalania kształtu impulsu np. długości narastania trapezu, długości sinusoidy, przerwy między półsinusoidami	TAK	TAK Możliwość precyzyjnego ustalania kształtu impulsu np. długości narastania trapezu, długości sinusoidy, przerwy między półsinusoidami	bez oceny
9	Gotowe programy terapeutyczne	TAK	TAK Gotowe programy terapeutyczne	bez oceny
10	Możliwość swobodnej modyfikacji gotowych protokołów zabiegowych i ich zapisywania	TAK	TAK Możliwość swobodnej modyfikacji gotowych protokołów zabiegowych i ich zapisywania	bez oceny

11	Programy użytkownika	TAK	TAK Programy użytkownika	bez oceny
12	Tryb automatyczny i ręczny	TAK	TAK Tryb automatyczny i ręczny	bez oceny
13	Wypożyczenie: jednostka główna, ramię z trzema hamulcami i dwoma zawiasami obrotowymi zamocowane bezpośrednio do urządzenia, aplikator koncentrujący.	TAK	TAK Wypożyczenie: jednostka główna, ramię z trzema hamulcami i dwoma zawiasami obrotowymi zamocowane bezpośrednio do urządzenia, aplikator koncentrujący.	bez oceny
14	Wszystkie elementy obudowy są trwałymi, solidnymi odlewami, żaden element nie jest drukowany na drukarce 3D	TAK	TAK Wszystkie elementy obudowy są trwałymi, solidnymi odlewami, żaden element nie jest drukowany na drukarce 3D	bez oceny
15	Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej min. 8,4"	TAK	TAK Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej 8,4"	bez oceny
16	Nawigacyjny atlas anatomiczny	TAK	TAK Nawigacyjny atlas anatomiczny	bez oceny
17	Baza danych pacjentów	TAK	TAK Baza danych pacjentów	bez oceny
18	Program POPRAWA ODDYCHANIA wpisany na trwałe w liście jednostek chorobowych urządzenia	TAK	TAK Program POPRAWA ODDYCHANIA wpisany na trwałe w liście jednostek chorobowych urządzenia	bez oceny
19	Program POPRAWA KRAŻENIA KRWI I TROFIKI wpisany na trwałe w liście jednostek chorobowych urządzenia	TAK	TAK Program POPRAWA KRAŻENIA KRWI I TROFIKI wpisany na trwałe w liście jednostek chorobowych urządzenia	bez oceny
20	Wskaźnik intensywności pola magnetycznego	TAK	TAK Wskaźnik intensywności pola magnetycznego	bez oceny
21	Wskaźnik czasu trwania zabiegu	TAK	TAK Wskaźnik czasu trwania zabiegu	bez oceny
22	Wskaźnik przegrzania przetwornika	TAK	TAK Wskaźnik przegrzania przetwornika	bez oceny
23	Przycisk bezpieczeństwa	TAK	TAK Przycisk bezpieczeństwa	bez oceny
24	Długość ramienia 103 cm (z aplikatorem) +/- 5%	TAK	TAK Długość ramienia 103 cm (z aplikatorem)	bez oceny
25	Wymiary 500 x 970 x 580 mm +/- 5%	TAK	TAK Wymiary 500 x 970 x 580 mm	bez oceny
26	Waga 33 kg +/- 5%	TAK	TAK Waga 33 kg	bez oceny
27	Zasilanie 100 V - 240 V, 50-60 Hz	TAK	TAK Zasilanie 100 V - 240 V, 50-60 Hz	bez oceny
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 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 do 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 fabrycznie 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.
miejsowość i data

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