

Pieczęć firmowa Wykonawcy/ów

SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Zadanie nr 1: Aparat do laseroterapii skaner szt.4

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa, montaż oraz uruchomienie urządzenia Aparat do laseroterapii skaner szt.4 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, rekonwalecjonowanych , po demonstracyjnych , itp.

II. OPIS TECHNICZNY – WARUNKI GRANICZNE OFEROWANEGO SPRZĘTU Aparat do laseroterapii skaner szt.4

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

Polska

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	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	TAK Rok produkcji nie starszy niż 2023	bez oceny
II PARAMETRY PODSTAWOWE				
1	Sterownik do laseroterapii z aplikatorem skanującym	TAK, podać	TAK Sterownik do laseroterapii z aplikatorem skanującym	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/cm ² – 15 J/cm ² z krokiem regulacji 0,5 J/cm ²	Tak	TAK Dawka energii :0,5 J/cm ² – 15 J/cm ² z krokiem regulacji 0,5 J/cm ²	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 programów zabiegowych 26	Tak	TAK Ilość programów zabiegowych 26	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	Statystyki przeprowadzanych zabiegów	Tak	TAK Statystyki przeprowadzanych zabiegów	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 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, 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