

## SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

### Zadanie nr 3 : Urządzenie do terapii falą uderzeniową szt. 1

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa, montaż oraz uruchomienie **Urządzenia do terapii falą uderzeniową szt. 1** 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 FALĄ UDERZENIOWĄ SZT. 1

1. Nazwa producenta:  
Astar Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością
2. Nazwa i typ Sprzętu:  
Aparat do fizjoterapii falą uderzeniową IMPACTIS M+
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	TAK, Astar Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością	bez oceny
2	Kraj pochodzenia	TAK, podać	TAK, Polska	bez oceny
3	Model	TAK, podać	TAK, IMPACTIS M+	bez oceny
4	Rok produkcji nie starszy niż 2023	TAK, podać	TAK, 2024	bez oceny
II PARAMETRY PODSTAWOWE				
1	Urządzenie do terapii falą uderzeniową	TAK, podać	TAK, urządzenie do terapii falą uderzeniową	Wymagane
2	Ciśnienie kompresora 1-5bar	TAK, podać	TAK, ciśnienie kompresora 1-5bar	Wymagane
3	Częstotliwość emisji impulsów 1-25Hz	TAK, podać	TAK, częstotliwość emisji impulsów 1-25Hz	Wymagane
4	Ilość uderzeń 1-10000	TAK, podać	TAK, ilość uderzeń 1-10000	Wymagane
5	Gęstość mocy maks.3mJ/mm2	TAK, podać	TAK, gęstość mocy 3mJ/mm2	Wymagane
6	Żywotność systemu balistycznego min. 2mln cykli	TAK, podać	TAK, żywotność systemu balistycznego min. 2mln cykli	Wymagane
7	Tryb emisji fal uderzeniowych: pojedynczy,ciągły,burst,interwałowy tryb emisji impulsów.	Tak	Tak	Wymagane
8	Aparat o wymiarach 36x30x15 cm +/- 5%	Tak	Tak	Wymagane
9	Masa sterownika z aplikatorem i zasilaczem do 10 kg	Tak	Tak	Wymagane
10	Aparat w zestawie z 4 transponderami: 10, 15, 20 i oraz tytanowym 15mm	Tak	Tak	Wymagane
11	Minimum 7 calowy kolorowy wyświetlacz z panelem dotykowym	Tak	Tak	Wymagane
12	Wbudowane minimum 44 predefiniowane programy zabiegowe	TAK, podać	TAK, wbudowane 44 predefiniowane programy zabiegowe	Wymagane
13	Tryb anatomiczny z ilustrowaną encyklopedią anatomiczną	Tak	Tak	Wymagane
14	Aplikator z wbudowanym amortyzatorem sprężynowym pochłaniającym drgania	Tak	Tak	Wymagane

15	Automatyczny system usuwania wilgoci z układu pneumatycznego urządzenia	Tak	Tak	Wymagane
16	Układ zabezpieczeń przed pracą poza dopuszczalnymi temperaturowymi warunkami środowiskowymi	Tak	Tak	Wymagane
17	Zasilanie 230V/40W	Tak	Tak	Wymagane
18	Certyfikat producenta potwierdzający przeszkolenie z obsługi aparatu oraz zasad bezpieczeństwa	Tak	Tak	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	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	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	bez oceny
5	Siedziba autoryzowanego serwisu - dokładny adres i nr telefonu, adres e-mail.	TAK, podać	Siedziba autoryzowana: Astar Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością ul. Świt 33, 43-382 Bielsko-Biała; mail: serwis@astar.eu tel: 33 829 24 45	bez oceny
6	Maksymalny czas usunięcia awarii w ramach gwarancji nie może przekroczyć 7 dni roboczych.	TAK, podać	TAK, czas usunięcia awarii w ramach gwarancji 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.	Tak	Tak	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	bez oceny

			wymianę elementów na nowe.	
--	--	--	----------------------------	--

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.

Warszawa, 13/02/2024  
miejscowość i data

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