

Lista asortymentowo-cenowa i OPZ PN_2
DOSTAWA SPRZĘTU FIZJOTERAPEUTYCZNEGO

Lp .	Nazwa sprzętu	Ilość [szt.]	Cena netto [PLN]	Wartość netto [PLN]	Stawka VAT [%]	Wartość brutto [PLN]	Gwarancja [m-ce]
1	Aparat do fizykoterapii	2					
2.	Laser wysokoenergetyczny	1					
3.	Aparat do terapii ultradźwiękowej	1					
4.	Aparat do terapii polem elektromagnetycznym	1					
5.	Aparat do drenażu limfatycznego	1					
6.	Aparat do krioterapii	1					
7.	Aparat do terapii skoncentrowaną falą uderzeniową	1					
8.	Lampa typu Sollux	2					

1. Aparat do fizykoterapii

Lp.	Opis/ Parametr wymagany	Parametry wymagane	Parametry oceniane	Parametry oferowane/ podać zakres lub opisać
1.	Producent	Podać		
2.	Model	Podać		
3.	Rok produkcji min. 2023 (urządzenie fabrycznie nowe, nierekondycjonowane, nie powystawowe)	Podać		
Dane sprzętu medycznego				
4.	Aparat 4-kanalowy do niezależnej terapii pacjentów (1x elektroterapia, 1x ultradźwięki, 1x laseroterapia, 1x magnetoterapia)	TAK		
5.	Elektroterapia	TAK		

6.	Jeden kanał elektroterapii	TAK		
7.	Rodzaje podstawowych prądów:	TAK		
8.	- prąd galwaniczny	TAK		
9.	- prądy diadynamiczne: DF, LP, CP, MF, RS, CP-ISO	TAK		
10.	- prądy Traberta, Ultra-Reiz 2-5	TAK		
11.	- prądy TENS: asymetryczne, symetryczne, falujące	TAK		
12.	- prądy Faradaya i neofaradyczne	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
13.	- prądy Kotza (rosyjska stymulacja)	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
14.	- dwupolowa interferencja	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
15.	- czteropolowa interferencja	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
16.	Możliwość rozszerzenia o funkcje elektrodiagnostyki	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
17.	Bank programów terapeutycznych zapisanych w pamięci aparatu (gotowe diagnozy)	TAK		
18.	Możliwość tworzenia i zapisywania własnych programów terapeutycznych (min. 150)	TAK		
19.	Możliwość swobodnej modyfikacji parametrów prądów	TAK		
20.	Możliwość wykonywania terapii skojarzonej (elektroterapia + ultradźwięki)	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
21.	Możliwość programowania sekwencji (zestawów prądów) i zapisywania w pamięci aparatu (min. 40)	TAK		
22.	Możliwość współpracy z aparatem do terapii podciśnieniowej	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
23.	Kartoteka (baza danych) pacjentów w pamięci aparatu	TAK		
24.	Możliwość przypisywania terapii do pacjenta i zapisywania w pamięci aparatu	TAK		
25.	Tryby prądu stałego i stałego napięcia	TAK		

26.	Autotest elektrod i kabli	TAK		
27.	Możliwość zmiany polaryzacji elektrod	TAK		
28.	Obsługa aparatu oraz instrukcja w języku polskim	TAK		
29.	Terapia ultradźwiękowa	TAK		
30.	Głowica ultradźwiękowa wieloczęstotliwościowa o powierzchni min. 5 cm ²	TAK		
31.	Częstotliwość fal ultradźwiękowych 1 MHz i 3 MHz	TAK		
32.	Tryb pracy ultradźwięków ciągły i impulsowy 10 - 150 Hz	TAK		
33.	Współczynnik wypełnienia min. 5% - 100%	TAK		
34.	Pełna kontrola kontaktu głowicy ze skórą pacjenta	TAK		
35.	Wodoodporność głowic – możliwość stosowania terapii w wodzie	TAK		
36.	Regulacja współczynnika wypełnienia (duty factor) co do 1%	TAK		
37.	Maksymalne natężenie - praca ciągła od 0,1 do 2 W/cm ²	TAK		
38.	Laseroterapia	TAK		
39.	Tryb pracy lasera ciągły i impulsowy	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
40.	Częstotliwość min. 0 - 10 000 Hz	TAK		
41.	Autotest podłączonych sond laserowych	TAK		
42.	Dawka 0,1 – 100,0 J/cm ²	TAK		
43.	Klasa lasera 3B	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
44.	Magnetoterapia	TAK		
45.	Impulsowe pole magnetyczne - impulsy: prostokątne, prostokątne wydłużone, wykładnicze, ukośne, sinusoidalne	TAK		
46.	Możliwość modulacji impulsów: częstotliwość losowa,	TAK		

	seria impulsów, fala sinusoidalna, fala trapezoidalna, fale symetryczne			
47.	Automatyczne rozpoznawanie aplikatora przez aparat	TAK		
48.	Możliwość wykonania testu podłączonego aplikatora	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
48.	Pole magnetyczne maks. 128 mT / 1280 Gauss	TAK		
49.	Częstotliwość impulsowa min. 0 - 166 Hz	TAK		
50.	Akcesoria dodatkowe:	TAK		
51.	- stół do magnetoterapii z przesuwany solenoidem o średnicy 70 cm (\pm 1 cm)	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
52.	- sonda laserowa ir 400 mw	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
53.	- zintegrowany stolik	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
54.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK		

2. Laser wysokoenergetyczny

Lp.	Opis/ Parametr wymagany	Parametr y wymagane	Parametry oceniane	Parametry oferowane/ podać zakres lub opisać
1.	Producent	Podać		
2.	Model	Podać		
3.	Rok produkcji min. 2023 (urządzenie fabrycznie nowe, nierekondycjonowane, nie powystawowe)	Podać		
Dane sprzętu medycznego				
4.	Moc maksymalna 20 W	TAK		
5.	Długość fali 1064 nm	TAK		
6.	Kolorowy ekran dotykowy min. 8,4"	TAK		
7.	Tryb pracy: ciągły, impulsowy, trójkątny, superpulse	TAK		
8.	Liczba programów terapeutycznych 43	TAK / NIE		

9.	Funkcje bezpieczeństwa - wyłącznik bezpieczeństwa, wyłącznik drzwiowy	TAK		
10.	Terapia termiczna na powierzchni do 500 cm ²	TAK		
11.	Dawka 1 J/cm ² – 1000 J/cm ²	TAK		
12.	Wymiary 320 mm × 190 mm × 280 mm (± 5 mm)	TAK		
13.	Waga urządzenia: max. 8 kg	TAK		
14.	Zasilanie 100 – 240 V, 50 – 60 Hz	TAK		
15.	Klasa lasera IV	TAK		
16.	Klasa ochronności sprzętu II	TAK		
17.	Stopień ochrony IP zgodnie z EN 60 529 IP 20	TAK		
18.	Automatyczne przeliczanie parametrów terapii	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
19.	Układ optyczny z regulacją wielkości plamki w zakresie min. 10 mm - 30 mm	TAK		
20.	Regulacja parametrów w trakcie terapii za pomocą sondy laserowej	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
21.	Ciągła, wielopoziomowa kontrola mocy	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
22.	Protokoły Ulubione	TAK		
23.	Gotowe programy i encyklopedia terapeutyczna	TAK		
24.	Nawigacyjny atlas anatomiczny	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
25.	Autokalibracja sondy laserowej	TAK		
26.	Akcesoria: sonda laserowa z regulacją plamki, uchwyt na sondę, okulary ochronne (2szt.), zasilacz	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
27.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK		

3. Aparat do terapii ultradźwiękowej

Lp.	Opis/ Parametr wymagany	Parametr y wymagane	Parametry oceniane	Parametry oferowane/ podać zakres lub opisać
1.	Producent	Podać		

2.	Model	Podać		
3.	Rok produkcji min. 2023 (urządzenie fabrycznie nowe, nierekondycjonowane, nie powystawowe)	Podać		
Dane sprzętu medycznego				
4.	Jeden kanał do terapii ultradźwiękowej	TAK		
5.	Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej 7"	TAK		
6.	Wieloczęstotliwościowa (1 MHz i 3 MHz), podgrzewana i wodoodporna głowica ultradźwiękowa 5 cm ²	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
7.	Wizualna kontrola kontaktu głowicy ze skórą pacjenta	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
8.	Praca ciągła i impulsowa min. 10 – 150 Hz	TAK		
9.	Częstotliwość nośna: 1 MHz, 3 MHz, zmienne (auto 1/3 MHz)	TAK		
10.	Współczynnik wypełnienia min. 5 - 100 %	TAK		
11.	Natężenie od 0,1 do 3 W/cm ² przy pracy impulsowej i do 2 W/cm ² przy pracy ciągłej	TAK		
12.	Możliwość podłączenia wieloczęstotliwościowej (1 MHz i 3 MHz) i wodoodpornej głowicy ultradźwiękowej 1cm ²	TAK		
13.	Płynna modyfikacja parametrów ultradźwięku	TAK		
14.	Sekwencje zapisywane przez użytkownika minimum 150	TAK		
15.	Bank programów terapeutycznych zapisanych w pamięci aparatu (gotowe diagnozy)	TAK		
16.	Możliwość tworzenia i zapisywania własnych programów terapeutycznych (min. 500)	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
17.	Nawigacyjny atlas anatomiczny	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
18.	Protokoły ULUBIONE	TAK		
19.	Sygnały dźwiękowe	TAK		
20.	Wizualna identyfikacja aktywnych akcesoriów.	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
21.	Obsługa aparatu oraz instrukcja w języku polskim	TAK		

22.	Klasa bezpieczeństwa II (wg IEC 536)	TAK		
23.	Zasilanie 100-240 V, 50-60 Hz	TAK		
24.	Waga aparatu max. 3 kg	TAK		
25.	Wymiary: 380 mm x 190 mm x 260 mm (± 5 mm)	TAK		
26.	Głowica bezobsługowa wieloczęstotliwościowa o powierzchni min. 12 cm ²	TAK		
27.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK		

4. Aparat do terapii polem elektromagnetycznym

Lp.	Opis/ Parametr wymagany	Parametr y wymagane	Parametry oceniane	Parametry oferowane/ podać zakres lub opisać
1.	Producent	Podać		
2.	Model	Podać		
3.	Rok produkcji min. 2023 (urządzenie fabrycznie nowe, nierekondycjonowane, nie powystawowe)	Podać		
Dane sprzętu medycznego				
4.	Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej min. 8,4"	TAK		
5.	Indukcja magnetyczna min. 2,5 tesli	TAK		
6.	Częstotliwość magnetyczna min. 1 - 150 Hz	TAK		
7.	Maksymalna intensywność stymulacji 28 kT/s	TAK		
8.	Czas trwania impulsu min. 0,01 s – 60 s	TAK		
9.	Czas zabiegu 1-60 min	TAK		
10.	Wybór kształtu impulsu	TAK		
11.	Możliwość precyzyjnego ustalania kształtu impulsu np. długości narastania trapezu, długości sinusoidy, przerwy między półsinusoidami	TAK		
12.	Gotowe programy terapeutyczne	TAK		
13.	Możliwość swobodnej modyfikacji gotowych protokołów zabiegowych i ich zapisywania	TAK		
14.	Programy użytkownika	TAK		
15.	Tryb automatyczny i ręczny	TAK		

16.	Wyposażenie: jednostka główna, ramię z trzema hamulcami i dwoma zawiasami obrotowymi zamocowane bezpośrednio do urządzenia, aplikator koncentrujący.	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
17.	Wszystkie elementy obudowy są trwałymi, solidnymi odlewami, żaden element nie jest drukowany na drukarce 3D	TAK		
18.	Nawigacyjny atlas anatomiczny	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
19.	Baza danych pacjentów	TAK		
20.	Program POPRAWA ODDYCHANIA wpisany na trwało w liście jednostek chorobowych urządzenia	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
21.	Program POPRAWA KRAŻENIA KRWI I TROFIKI wpisany na trwało w liście jednostek chorobowych urządzenia	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
22.	Wskaźnik intensywności pola magnetycznego	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
23.	Wskaźnik czasu trwania zabiegu	TAK		
24.	Wskaźnik przegrzania przetwornika	TAK		
25.	Przycisk bezpieczeństwa	TAK		
26.	Długość ramienia min. 103 cm (z aplikatorem)	TAK		
27.	Wymiary 500 x 970 x 580 mm	TAK		
28.	Waga: max. 33 kg	TAK		
29.	Zasilanie 100 V - 240 V, 50-60 Hz	TAK		
30.	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK		
31.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK		

5. Aparat do drenażu limfatycznego

Lp.	Opis/ Parametr wymagany	Parametr y wymagane	Parametry oceniane	Parametry oferowane/ podać zakres lub opisać
1.	Producent	Podać		
2.	Model	Podać		
3.	Rok produkcji min. 2023 (urządzenie fabrycznie nowe, nierekondycjonowane, nie powystawowe)	Podać		
Dane sprzętu medycznego				
4.	Kolorowy ekran dotykowy minimum 5,7" ułatwiający sterowanie aparatem	TAK		
5.	Zakres ciśnienia 20 -160 mmHg	TAK		
6.	Gradient 0 -100% płynna regulacja	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
7.	Gotowe protokoły terapeutyczne – 26 (programy w sekwencji)	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
8.	Dokładnie opisane programy do rehabilitacji i do medycyny estetycznej	TAK		
9.	Możliwość tworzenia i zapisywania min. 500 własnych programów użytkownika	TAK		
10.	Liczba komór – min. 12	TAK		
11.	Programy napełniania komór – min. 15	TAK		
12.	Niezależna regulacja ciśnienia dla każdej komory	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
13.	Automatyczna identyfikacja aplikatorów	TAK		
14.	Regulacja prędkości nadmuchiwanie aplikatora	TAK		
15.	Parametry aktywności komór aplikatora widoczne na ekranie	TAK		
16.	Waga: max. 7,5 kg	TAK		
17.	Wymiary 320 × 190 × 280 mm (± 5 mm)	TAK		
18.	Czas trwania terapii max. do 99 minut	TAK		
19.	Możliwość wyłączenia poszczególnych komór w aplikatorze	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
20.	Komory łuskowo zachodzące na siebie	TAK / NIE	NIE - 0 pkt	

			TAK - 1 pkt	
21.	Elektroniczny system kontroli ucisku	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
22.	Automatyczne opróżnianie aplikatorów po zakończonym zabiegu	TAK		
23.	Autoryzacja od producenta aparatu na sprzedaż i serwis na terenie Polski	TAK		
24.	24 - komorowe spodnie	TAK		
25.	8 - komorowy mankiet na rękę (lewą lub prawą)	TAK		
26.	Zintegrowany stolik	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
27.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK		

6. Aparat do krioterapii

Lp.	Opis/ Parametr wymagany	Parametry wymagane	Parametry oceniane	Parametry oferowane/ podać zakres lub opisać
1.	Producent	Podać		
2.	Model	Podać		
3.	Rok produkcji min. 2023 (urządzenie fabrycznie nowe, nierekondycjonowane, nie powystawowe)	Podać		
Dane sprzętu medycznego				
4.	Aparat do krioterapii wykorzystuje działanie zimnego powietrza, którego temperatura wynosi do -32°C	TAK		
5.	Aparat poza prądem nie wymaga dodatkowych kosztów eksploatacyjnych	TAK	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
6.	1200 l/min przepływu powietrza	TAK		
7.	9 poziomów natężenia powietrza	TAK		
8.	Ciche działanie	TAK		
9.	Przepływ powietrza regulowany w zakresie 350–1200 l/min	TAK		
10.	Wymiary: 930 × 300 × 400 mm (± 5 mm)	TAK		

11.	Waga: max. 53 kg	TAK		
12.	Kategoria elektryczna zgodnie z IEC / EN 60601-1 IP 20	TAK		
13.	Akcesoria standardowe - wąż zabiegowy z końcówkami: Ø5, Ø10, Ø15 mm	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
14.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK		

7. Aparat do terapii skoncentrowaną falą uderzeniową

Lp.	Opis/ Parametr wymagany	Parametry wymagane	Parametry oceniane	Parametry oferowane/ podać zakres lub opisać
1.	Producent	Podać		
2.	Model	Podać		
3.	Rok produkcji min. 2023 (urządzenie fabrycznie nowe, nierekondycjonowane, nie powystawowe)	Podać		
Dane sprzętu medycznego				
4.	Maksymalna intensywność stymulacji 0,65 mJ/mm ²	TAK		
5.	Częstotliwość do 25 Hz	TAK		
6.	Kolorowy ekran dotykowy min. 8.4"	TAK		
7.	Inteligentny aplikator z ciągłym monitorowaniem intensywności uderzeń i ekranem dotykowym	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
8.	Regulacja parametrów bezpośrednio na ekranie aplikatora lub na aparacie	TAK		
9.	Regulowana głębokość penetracji do 65 mm za pomocą 3 nakładek sprzęgających	TAK		
10.	Optymalny rozmiar strefy ogniskowej (5 mm × 5 mm x 35 mm)	TAK		
11.	Protokoły QUICK	TAK		
12.	Nawigacyjny atlas anatomiczny	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
13.	Baza danych pacjentów	TAK		
14.	Gotowe programy i encyklopedia terapeutyczna	TAK		

15.	Test Jakości Uderzeń	TAK		
16.	Łatwa konserwacja i brak cyrkulacji płynów	TAK		
17.	Liczba uderzeń w trakcie zabiegu 0 - 9999	TAK		
18.	Tryb pracy - pojedyncza, sekwencja	TAK		
19.	Wymiary: 580 × 980 × 550 mm (± 5mm)	TAK / NIE		
20.	Waga: max. 30 kg	TAK / NIE		
21.	Zasilanie 100–240 V, 50–60 Hz	TAK / NIE		
22.	Akcesoria: 3 nakładki sprzęgające (S, M, L), 2 pierścienie mocujące, zasilacz, uchwyt na nakładki sprzęgające, uchwyt na żel	TAK / NIE	NIE - 0 pkt TAK - 1 pkt	
23.	Zintegrowany stolik	TAK		
24.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK		

8. Lampa typu Sollux

Lp.	Opis/ Parametr wymagany	Parametry wymagane	Parametry oferowane/ podać zakres lub opisać
1	Producent	Podać	
2	Model	Podać	
3	Rok produkcji min. 2023 (urządzenie fabrycznie nowe, nierekondycjonowane, nie powystawowe)	Podać	
Dane sprzętu medycznego			
4.	Lampa statywowa do światłolecznictwa	TAK	
5.	Światło podczerwone w zakresie IR-A oraz IR-B.	TAK	
6.	Płynna regulacja jasności świecenia min. 10 - 100% skokowo co 10%	TAK	
7.	Zestaw filtrów (niebieski + czerwony)	TAK	
8.	Zegar zabiegowy min. 1min - 30 min	TAK	
9.	Możliwość tworzenia programów zabiegowych	TAK	
10.	Sterowanie elektroniczne	TAK	
11.	Okulary szt. 2 (1 szt. dla pacjenta i 1 szt. dla terapeuty)	TAK	
12.	Statyw z podstawą wyposażoną w kółka	TAK	
13.	Podstawa stołowa	TAK	

14.	Mikroprocesorowe sterowanie pracą lampy	TAK	
15.	Wymuszone chłodzenie tubusa	TAK	
16.	Intensywność świecenia żarówki min. 10% - 99%	TAK	
17.	Maksymalna moc żarówki 375 W	TAK	
18.	Pobór mocy max. 450 W	TAK	
19.	Wysokość urządzenia na statywie min. 1,2 m, max. 1,9 m	TAK	
20.	Wymiar podstawy statywu S x G: max. 0,5 m x 0,6 m	TAK	
21.	Wymiary podstawy stołowej (bez lampy) S x G x W: 30 cm x 32 cm x 6 cm (± 1 cm)	TAK	
22.	Wymiary podstawy stołowej z lampą S x G x W: 30 cm x 39 cm x 41 cm (± 1 cm)	TAK	
23.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	

Wymagania ogólne dotyczące całego wyposażenia

Lp.	Opis/ Parametr wymagany	Parametr y wymagane	Parametry oferowane/ podać zakres lub opisać
1.	Gwarancja zgodna z wymaganiami w poszczególnych tabelach	TAK	
2.	Instalacja przez autoryzowany serwis producenta (autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny).	TAK	
3.	Instrukcja obsługi w języku polskim 1 egz. dla użytkowników oraz 1 egz. do archiwum Działu Techniki Medycznej (dostarczona przy dostawie)	TAK	
4.	Paszport techniczny i karta gwarancyjna dla każdego z aparatów (dostarczone przy dostawie)	TAK	
5.	Wykaz punktów serwisowych (dostarczone przy dostawie)	TAK	
6.	Szczegółowy opis warunków gwarancji (dostarczone przy dostawie)	TAK	

7.	Sposób powiadamiania o usterkach uznany za skuteczny (dostarczone przy dostawie)	TAK	
8.	Opisać warunki i przyczyny ewentualnej utraty gwarancji (dostarczone przy dostawie).	TAK	
9.	Czas reakcji na zgłoszenie (liczony od momentu zgłoszenia do momentu rozpoczęcia interwencji serwisowej u użytkownika) w okresie gwarancji nie dłużej niż 24h w dni robocze *	TAK	
10.	Czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w okresie gwarancji nie dłużej niż 3 dni robocze * liczony od podjęcia interwencji serwisowej.	TAK	
11.	Minimalny zakres prac związanych z przeglądem okresowym wymaganym przez producenta (dostarczone przy dostawie).	TAK	
12.	W przypadku konieczności wymiany urządzenia w okresie gwarancyjnym z przyczyn leżących po stronie oferenta pokrywa on wszystkie koszty związane z tą procedurą.	TAK	
13.	W okresie gwarancji wykonawca zobowiązany jest do wykonywania okresowych przeglądów gwarancyjnych mających na celu sprawdzenie poprawności pracy systemu i usunięcia zaistniałych usterek (koszt przeglądu wliczony w cenę oferty). Zakres przeglądu oraz częstość wykonywania przeglądów zgodnie z wymaganiami producenta, lecz nie rzadziej niż jeden raz w roku.	TAK	
14.	Udostępnienie telefonicznej pomocy serwisowej czynnej 24h w dni robocze * i świąteczne w okresie gwarancji. Podać numer telefonu. (dostarczone przy dostawie)	TAK	
15.	Szkolenie użytkowników - Szkolenie personelu lekarskiego odnośnie do użytkowania oferowanych aparatów i bezpieczeństwa w zakresie stosowania elektrochirurgii min. 1h, 4 osób.	TAK	
16.	Dostępność części zamiennych min 7 lat.	TAK	
17.	Dla wyrobu medycznego w rozumieniu ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20maja 2010 r. (Dz. U. z 2010 r. Nr 107, poz. 679.) należy dołączyć deklarację zgodności i/lub	TAK	

	certyifikat CE wydany przez jednostkę notyfikującą, oferowany wyrób powinien być wyrobem medycznym klasy II (załączyć do oferty)		
18.	Do oferty należy dołączyć jako załącznik kartę techniczną zaoferowanego urządzenia zawierającą w szczególności: nr. katalogowy pełną nazwę typ, model Karta techniczna musi być sporządzona dla oferowanego aparatu wraz z oferowanymi akcesoriami stanowiącymi jego elementy.	TAK	

* Jako dni robocze zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone folderami lub karatami katalogowymi oferowanego wyrobu.
2. Brak odpowiedniego wpisu przez Wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.
3. Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest 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 medycznych.

.....

miejsowość i data

.....

podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy