

Załącznik nr 1 b – OPZ

Zadanie nr 1 (sprzęty 1-8)

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-kanałowy 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 | | |

Załącznik nr 1 b – OPZ

Zadanie nr 1 (sprzęty 1-8)

| | | | | |
|-----|---|-----------|----------------------------|--|
| 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, seria impulsów, fala sinusoidalna, fala trapezoidalna, fale symetryczne | TAK | | |
| 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 | | |

Załącznik nr 1 b – OPZ

Zadanie nr 1 (sprzęty 1-8)

| | | | | |
|-----|---|-----------|----------------------------|--|
| 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 | 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. | 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 (\pm 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 | |

Załącznik nr 1 b – OPZ

Zadanie nr 1 (sprzęty 1-8)

| | | | | |
|-----|---|-----------|----------------------------|--|
| | | | 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 sonde, 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 | 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. | 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 | |

Załącznik nr 1 b – OPZ

Zadanie nr 1 (sprzęty 1-8)

| | | | | |
|-----|--|-----------|----------------------------|--|
| 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 | 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. | 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 | TAK / NIE | NIE - 0 pkt | |

Załącznik nr 1 b – OPZ

Zadanie nr 1 (sprzęty 1-8)

| | | | | |
|-----|---|-----------|----------------------------|--|
| | zawiasami obrotowymi zamocowane bezpośrednio do urządzenia, aplikator koncentrujący. | | 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 | 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. | 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 | |

Załącznik nr 1 b – OPZ

Zadanie nr 1 (sprzęty 1-8)

| | | | | |
|-----|---|-----------|----------------------------|--|
| 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 nadmuchiwania 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 | | |

Załącznik nr 1 b – OPZ

Zadanie nr 1 (sprzęty 1-8)

| | | | | |
|-----|---|-----------|----------------------------|--|
| 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/mm2 | 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 | | |

Załącznik nr 1 b – OPZ

Zadanie nr 1 (sprzęty 1-8)

| | | | | |
|-----|--|-----------|----------------------------|--|
| 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 | |

Załącznik nr 1 b – OPZ

Zadanie nr 1 (sprzęty 1-8)

| | | | |
|-----|----------------------------|-----|--|
| 23. | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK | |
|-----|----------------------------|-----|--|

Wymagania ogólne dotyczące całego wyposażenia

| Lp. | Opis/ Parametr wymagany | Parametry 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 wymagany 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 | |

Załącznik nr 1 b – OPZ

Zadanie nr 1 (sprzęty 1-8)

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| 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 certyfikat CE wydany przez jednostkę notyfikującą. | 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.**

.....
miejscowość i data

.....
podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy