

Opis Przedmiotu Zamówienie  
Zestawienie warunków wymaganych.

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	Jedn. m.	Ilość	Cena netto	Wartość netto	Podatek VAT	Wartość brutto
1	Kapsuła do ćwiczeń treningowych z rowerem horyzontalnym wykorzystująca podciśnienie						
2	Nazwa i typ : .....						
3	Producent : .....						
4	Przeznaczenie :						
5	Rok produkcji : min. 2021, urządzenie nowe, nieużywane.						

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Wartość graniczna	Parametr wymagany	Ocena punktowa
1	Kapsuła do ćwiczeń treningowych z rowerem horyzontalnym wykorzystująca podciśnienie.	TAK		
2	Osoba ćwicząca zamykana w kapsule od pasa w dół.	TAK		
	Konstrukcja urządzenia zapewnia pozycję leżącą podczas ćwiczenia.			
3	Konstrukcja zwarta, obudowa bez ostrych krawędzi, łatwa do utrzymania w czystości i dezynfekcji.	TAK		
4	Interfejs użytkownika za pomocą panelu z ekranem dotykowym, pozwalają użytkownikom na prostą i przyjazną nawigację w łatwo dostępnych ustawieniach. Przekątna ekranu min 10".	TAK		
5	Interfejs umożliwia: - intuicyjny wybór treningu, - prezentuje parametry treningu.	TAK		
6	Kapsuła wyposażona w rower horyzontalny, pozycja leżąca ćwiczącego.	TAK		
7	Kapsuła wyposażona w moduł	TAK		

	<p>promiennika podczerwieni:  - regulacja temperatury: 25 – 50°C,  - promiennik podczerwieni o mocy 350W +/-20%,  - ochrona przed poparzeniem,  - Zakres promieniowania podczerwonego: 1.4 - 14µm – zbliżony do promieniowania słonecznego.</p>			
8	<p>Kapsuła wyposażona w moduł podciśnienia:  - 5 predefiniowanych programów od 0 do 30mBar,  - możliwość ręcznej regulacji podciśnienia,  - pompa podciśnieniowa o mocy 2500W +/-20%.</p>	TAK		
9	<p>Kapsuła wyposażona w moduł chromoterapii:  - bazująca na technologii LED,  - bezprzewodowy pilot umożliwiający wybór koloru,  - predefiniowane programy automatycznej zmiany koloru,  -</p>	TAK		
10	<p>Kapsuła wyposażona w moduł drenażu limfatycznego. Predefiniowany program drenażu limfatycznego – cykliczna / skokowa zmiana podciśnienia od wartości minimalnej do maksymalnej.</p>	TAK		
12	<p>Urządzenie umożliwia jednocześnie wyboru sesji treningowej w trybie termicznym i podciśnieniowym.</p>	TAK		
13	<p>Wymiary: 240 x 115 x120 cm +/-20%</p>	TAK		
14	<p>Waga urządzenia 150kg +/-20%</p>	<p>TAK  waga = 150kg – 0 pkt.  waga &lt; 150kg – 10 pkt.</p>		
15	<p>Zasilanie 230V 50Hz</p>	TAK		
16	<p>Maksymalna waga ćwiczącego 180kg +/-20%</p>	<p>TAK  waga = 180kg – 0 pkt.</p>		

		waga > 180kg – 10 pkt.		
17	Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej i elektronicznej	TAK		
18	Szkolenie w zakresie obsługi oraz obsługi technicznej dla pracowników.	TAK		
19	Pełna 2 letnia gwarancja na cały oferowany sprzęt liczona od dnia odbioru końcowego potwierdzonego protokołem z zdawczo-odbiorczym, uruchomienia i instalacji oraz szkolenia.	TAK gwarancja: 2 lata – 0 pkt. 3 lata - 10 pkt. 4 lata – 15 pkt. 5 lat - 20 pkt		
20	Przeglądy okresowe w okresie trwania gwarancji na koszt dostawcy, zgodnie z zaleceniami producenta. Przeglądy wykonywane w siedzibie Zamawiającego.	TAK		
21	Czas reakcji serwisu do 48 h od zgłoszenia awarii	TAK		
22	W przypadku, gdy naprawa w okresie gwarancji nie odniesie rezultatu, urządzenie podlega wymianie na nowe.	TAK		
23	W przypadku, gdy okres niesprawności przekracza 7 dni roboczych Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia urządzenia zastępczego na czas naprawy.	TAK		

Opis Przedmiotu Zamówienie  
Zestawienie warunków wymaganych.

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	Jedn. m.	Ilość	Cena netto	Wartość netto	Podatek VAT	Wartość brutto
1	Kapsuła FLOATACYJNA						
2	Nazwa i typ : .....						
3	Producent : .....						
4	Przeznaczenie :						
5	Rok produkcji : min. 2021, urządzenie nowe, nieużywane.						

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Wartość graniczna	Parametr wymagany	Ocena punktowa
<b>I</b>	<b>Wymagania okólne</b>			
1	Urządzenie przeznaczone do wykonywania terapii deprivacji sensorycznej metodą floatingu	TAK		
2	Modułowa konstrukcja urządzenia, całe urządzenie mieści się w jednym pomieszczeniu. Kapsuła wykonana z antybakteryjnych kompozytów	TAK		
3	Urządzenie zapewnia kompaktową budowę, energooszczędność, ekonomiczność, brak potrzeby zabudowy, zintegrowany system filtracyjny i mobilność	TAK		
4	Urządzenie może być zamontowane w niewielkich pomieszczeniach, w dowolnym miejscu a w razie potrzeby błyskawicznie przeniesione.	TAK		
5	Kapsuła o elipsoidalnej budowie, obszerny i wygodny brodzik o wymiarach zabiegu 220 cm długości i 130 cm +/-20% szerokości potrzebuje tylko 500 l +/-20% wody i 300 kg +/-20% soli Epsom	TAK		
6	Zewnętrzne wymiary kapsuły: 250 cm x 170 cm x 140 cm +/-20%	TAK		

7	Wejścia kapsuła posiada bezpieczne i wygodne drzwi o szerokości 120 cm +/-20% które otwarte pod kątem blisko 90st. +/-20% umożliwia bez schylania wejście osobom bardzo wysokim, niepełnosprawnym i starszym.	TAK		
<b>II</b>	<b>Budowa Kapsuły</b>			
1	Wewnętrzne i zewnętrzne antybakteryjne powierzchnie ścian w opatentowanej technologii z „Jonami Srebra” eliminujące 99% bakterii	TAK		
2	4-warstwowe hermetyczne ściany kapsuły z izolacją termiczną i akustyczną gwarantują energooszczędność i komfort zabiegu	TAK		
3	Chemoodporna konstrukcja powierzchni kapsuł pozwalająca na stałe przebywanie soli Epsom.	TAK		
4	Bezpieczne antypoślizgowe dno kapsuły o specjalnej strukturze .	TAK		
5	System wentylacji kapsuły.	TAK		
6	Wewnętrzne plastikowe uchwyty zwiększające komfort wchodzenia i wychodzenia Wnętrze kapsuły w kolorze niebieskim, kolor zewnętrzny biały/ekru.	TAK		
<b>III</b>	<b>System sterowania</b>			
1	Energooszczędne podgrzewane dno kapsuły o mocy 350 W	TAK		
2	Elektroniczna regulacja temp. roztworu z dokładnością do 0,1 st.C	TAK		
3	Bezprzewodowy system przywołania obsługi	TAK		
4	Podwodna lampa LED do chromoterapii	TAK		
5	Sterowanie lampą podwodną	TAK		
6	Zewnętrzne oświetlenie LED kapsuły	TAK		
7	Bezprzewodowy, wodoodporny system nagłośnienia z funkcją interkomu i bluetooth z	TAK		

	możliwością połączenia z telefonem, tabletem itp. (emisja własnych nagrań klienta – nauka języka obcego, terapia, muzyka)			
8	Sygnalizacja świetlna i dźwiękowa końca zabiegu	TAK		
<b>IV</b>	<b>Programator zabiegów do obsługi zabiegów</b>			
1	Komputerowy 7 calowy sterownik z wyświetlaczem funkcji montowany przy urządzeniu lub poza pomieszczeniem np. recepcja	TAK		
2	Możliwość ustawienia dowolnego czasu zabiegu od 10 min do 9h	TAK		
3	Licznik seansów i godzin pracy urządzenia	TAK		
4	Sygnalizacja przypomnienia o serwisie i wymianie filtrów	TAK		
<b>V</b>	<b>System filtrujący</b>			
1	Zintegrowany z kapsułą system filtracyjny nie wymagający dodatkowych pomieszczeń, instalacji hydraulicznych, zbiorników na przechowywanie solanki	TAK		
2	Wielokrotna automatyczna „wymiana/samooczyszczanie” roztworu w ciągu doby oraz przed i po zabiegu	TAK		
3	Możliwość dowolnej regulacji czasu trwania filtracji, częstotliwości załączania sesji	TAK		
4	Automatyczna sterylizacja ozonowaniem	TAK		
5	Sygnalizacja świetlna i dźwiękowa procesu filtracji	TAK		
6	Całkowita powierzchnia filtrowanego roztworu 500 l ( 0,5 m <sup>3</sup> ) +/-20%	TAK		
7	Specjalistyczna pompa o dużej wydajności 13,5 m <sup>3</sup> +/-20%	TAK		
8	Filtr mechaniczny wstępnego oczyszczania	TAK		
9	Antybakteryjny filtr polimerowy	TAK		

10	Antybakteryjny filtr z aktywnym srebrem	TAK		
11	Antybakteryjny filtr z aktywnym srebrem	TAK		
<b>VI</b>	<b>Wymagania techniczne - eksploatacja</b>			
1	Zasilanie 230V 50Hz	TAK		
2	Moc całkowita 900 W +/-20%	TAK moc = 900 W - 0 pkt. moc < 900 W - 10 pkt.		
3	Moc grzewcza 350 W +/-20%	TAK		
4	Całkowita waga : kapsuła + woda + sól Epsom : 900 kg +/-20%	TAK waga = 900kg - 0 pkt. waga < 900kg - 10 pkt.		
<b>VII</b>	<b>Wymagania pozostałe</b>			
1	Transport, pełna instalacja, montaż, obsługa serwisowa	TAK		
2	Całkowite napełnienie wodą i 300 kg soli Epsom (przygotowanie roztworu)	TAK		
3	Zapas 200kg Epsom do samodzielnego uzupełniania	TAK		
4	Miernik do badania wyporności roztworu	TAK		
5	Tabletkowy tester do badania jakości wody	TAK		
6	Elektroniczny miernik do badania PH roztworu	TAK		
7	Zapasowy filtr polimerowy	TAK		
8	Preparaty dezynfekujące do filtrów i roztworu	TAK		
9	Preparaty do regulacji PH roztworu	TAK		
10	Siatka do zabrudzeń, termometr, szczotka	TAK		
11	Zatyczki do uszu, okularki, pompowana poduszka pod kark dla klientów	TAK		
12	Szkolenie w zakresie obsługi oraz obsługi technicznej dla	TAK		

	pracowników.			
13	Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej i elektronicznej	TAK		
14	Pełna 2 letnia gwarancja na cały oferowany sprzęt liczona od dnia odbioru końcowego potwierdzonego protokołem z zdawczo-odbiorczym, uruchomienia i instalacji oraz szkolenia.	TAK gwarancja: 2 lata – 0 pkt. 3 lata - 10 pkt. 4 lata – 15 pkt. 5 lat - 20 pkt		
15	Czas reakcji serwisu do 48 h od zgłoszenia awarii	TAK		
16	W przypadku, gdy naprawa w okresie gwarancji nie odniesie rezultatu, urządzenie podlega wymianie na nowe.	TAK		
17	W przypadku, gdy okres niesprawności przekracza 7 dni roboczych Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia urządzenia zastępczego na czas naprawy.	TAK		
18	Wykonawca zapewni pełny autoryzowany serwis przez uprawnioną jednostkę gwarantującą skuteczną interwencję serwisową w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym dla oferowanego sprzętu.	TAK		
19	Deklaracja zgodności/certyfikat zgodności CE świadczący o zgodności urządzenia z europejskimi warunkami bezpieczeństwa (dołączony do oferty)	TAK		
20	Aparatura dopuszczona do obrotu na terytorium Polski, posiadająca wszelkie wymagane przez przepisy prawa świadectwa, certyfikaty, atesty, deklaracje zgodności, itp. oraz spełniająca wszelkie wymogi w zakresie norm bezpieczeństwa obsługi	TAK		
21	Zaoferowane według ww. wymagań urządzenia muszą być i gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów, poza materiałami	TAK		



	eksploatacyjnymi.			
--	-------------------	--	--	--

Opis Przedmiotu Zamówienie  
Zestawienie warunków wymaganych.

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	Jedn. m.	Ilość	Cena netto	Wartość netto	Podatek VAT	Wartość brutto
1	Aparatów do kriostymulacji miejscowej, wersja mała						
2	Nazwa i typ : .....						
3	Producent : .....						
4	Przeznaczenie :						
5	Rok produkcji : min. 2021, urządzenie nowe, nieużywane.						

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Wartość graniczna	Parametr wymagany	Ocena punktowa
1	Aparatów do kriostymulacji miejscowej w systemie ciekłego azotu, przystosowany do umieszczenia 35 litrowego zbiornika z ciekłym azotem.	TAK		
2	Budowa urządzenia na podstawie jezdnej, pozwalającej na swobodne przemieszczanie się z aparatem. Kółka podstawy z hamulcami.	TAK		
3	Sterowanie urządzenia za pomocą panelu sterującego z kolorowym wyświetlaczem min 5". Panel umożliwi regulację czasu zabiegu i intensywności nadmuchu.	TAK		
4	Generowanie par azotu za pomocą technologii grzałkowej.	TAK		
5	Urządzenie zapewnia łatwe i bezpieczne prowadzenie zabiegów.	TAK		
6	Urządzenie ma możliwość regulacji, kontroli temperatury pracy oraz precyzyjnego ustawianie parametrów bodźca zimna a system kontroli informuje o poprawności działania urządzenia.	TAK		

7	Duża wydajność i ergonomika pracy urządzenia.	TAK		
8	Szybki rozruch urządzenia pozwalający na natychmiastowe rozpoczęcie zabiegu zaraz po uruchomieniu aparatu.	TAK		
9	Urządzenie wyposażone jest w przewód kriogeniczny, który zapewnia swobodę przemieszczania dysz nadmuchowej.	TAK		
10	Czynnik chłodniczy - ciekły azot (LN2)	TAK		
12	Zbiornik na azot o pojemności 35l.	TAK		
13	Temperatury strumienia par azotu regulowana płynnie w zakresie do -160°C.	TAK		
14	Regulacja intensywności nadmuchu płynna.	TAK		
15	Zasilanie 230V 50Hz	TAK		
16	Maksymalny pobór mocy urządzenia 500W +/-20%	TAK TAK moc = 500W - 0 pkt. moc < 500W - 10 pkt.		
17	Wymiary urządzenia z podstawą na zbiornik 35l (szer. x głęb. x wys.): 470 x 740 x 982 mm +/-20%.	TAK		
18	Waga urządzenia 30kg +/-20%	TAK waga = 30kg - 0 pkt. moc < 30kg - 10 pkt.		
19	Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej i elektronicznej	TAK		
20	Szkolenie w zakresie obsługi oraz obsługi technicznej dla pracowników.	TAK		
21	Pełna 2 letnia gwarancja na cały oferowany sprzęt liczona od dnia odbioru końcowego potwierdzonego protokołem z	TAK gwarancja: 2 lata - 0 pkt. 3 lata - 10 pkt.		

	zdawczo-odbiorczym, uruchomienia i instalacji oraz szkolenia.	4 lata – 15 pkt. 5 lat - 20 pkt		
22	Przeglądy okresowe w okresie trwania gwarancji na koszt dostawcy, zgodnie z zaleceniami producenta. Przeglądy wykonywane w siedzibie Zamawiającego.	TAK		
23	Czas reakcji serwisu do 48 h od zgłoszenia awarii	TAK		
24	W przypadku, gdy naprawa w okresie gwarancji nie odniesie rezultatu, urządzenie podlega wymianie na nowe.	TAK		
25	W przypadku, gdy okres niesprawności przekracza 7 dni roboczych Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia urządzenia zastępczego na czas naprawy.	TAK		
26	Wykonawca zapewni pełny autoryzowany serwis przez uprawnioną jednostkę gwarantującą skuteczną interwencję serwisową w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym dla oferowanego sprzętu.	TAK		
27	Deklaracja zgodności/certyfikat zgodności CE świadczący o zgodności urządzenia z europejskimi warunkami bezpieczeństwa (dołączony do oferty)	TAK		
28	Aparatura dopuszczona do obrotu na terytorium Polski, posiadająca wszelkie wymagane przez przepisy prawa świadectwa, certyfikaty, atesty, deklaracje zgodności, itp. oraz spełniająca wszelkie wymogi w zakresie norm bezpieczeństwa obsługi	TAK		
29	Zaoferowane według ww. wymagań urządzenia muszą być i gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów, poza materiałami eksploatacyjnymi.	TAK		

Opis Przedmiotu Zamówienie  
Zestawienie warunków wymaganych.

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	Jedn. m.	Ilość	Cena netto	Wartość netto	Podatek VAT	Wartość brutto
1	Aparatów do kriostymulacji miejscowej						
2	Nazwa i typ : .....						
3	Producent : .....						
4	Przeznaczenie :						
5	Rok produkcji : min. 2021, urządzenie nowe, nieużywane.						

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Wartość graniczna	Parametr wymagany	Ocena punktowa
1	Aparatów do kriostymulacji miejscowej w systemie ciekłego azotu, przystosowany do umieszczenia 60 litrowego zbiornika z ciekłym azotem.	TAK		
2	Zwarta budowa urządzenia na podstawie jezdnej, pozwalającej na swobodne przemieszczanie się z aparatem. Kółka podstawy z hamulcami.	TAK		
3	Sterowanie urządzenia za pomocą panelu sterującego z kolorowym wyświetlaczem min 5".	TAK		
4	Generowanie par azotu za pomocą technologii grzałkowej.	TAK		
5	Urządzenie wyposażone jest w specjalny czujnik, który zdalnie dokonuje pomiaru temperatury pacjenta oraz informuje prowadzącego zabieg, czy obszar ciała poddany kriostymulacji znajduje się we właściwej temperaturze, tj. odpowiednio niskiej by zabieg był skuteczny a jednocześnie chroni przed osiągnięciem temperatury poniżej 0°C, tak aby nie doprowadzić do lokalnych odmrożeń.	TAK		
6	Urządzenie ma możliwość	TAK		

	regulacji, kontroli temperatury pracy oraz precyzyjnego ustawianie parametrów bodźca zimna a system kontroli informuje o poprawności działania urządzenia.			
7	Duża wydajność i ergonomika pracy urządzenia.	TAK		
8	Szybki rozruch urządzenia pozwalający na natychmiastowe rozpoczęcie zabiegu zaraz po uruchomieniu aparatu.	TAK		
9	Urządzenie wyposażone jest w przewód kriogeniczny, który zapewnia swobodę przemieszczania dysz nadmuchowej.	TAK		
10	Czynnik chłodniczy - ciekły azot (LN2)	TAK		
12	Zbiornik na azot o pojemności 60l.	TAK		
13	Temperatury strumienia par azotu regulowana płynnie w zakresie do -160°C.	TAK		
14	Regulacja intensywności nadmuchu płynna.	TAK		
15	Zasilanie 230V 50Hz	TAK		
16	Maksymalny pobór mocy urządzenia 140 VA +/-20%	TAK moc = 140 VA - 0 pkt. moc < 140VA - 10 pkt.		
17	Wymiary: wysokość 1100 mm +/-20%, szerokość 515 mm +/-20%.	TAK		
18	Waga urządzenia 30kg +/-20%	TAK waga = 30kg - 0 pkt. waga < 30kg - 10 pkt.		
19	Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej i elektronicznej	TAK		
20	Szkolenie w zakresie obsługi oraz obsługi technicznej dla pracowników.	TAK		

21	Pełna 2 letnia gwarancja na cały oferowany sprzęt liczona od dnia odbioru końcowego potwierdzonego protokołem z zdawczo-odbiorczym, uruchomienia i instalacji oraz szkolenia.	TAK gwarancja: 2 lata – 0 pkt. 3 lata – 10 pkt. 4 lata – 15 pkt. 5 lat - 20 pkt		
22	Przeglądy okresowe w okresie trwania gwarancji na koszt dostawcy, zgodnie z zaleceniami producenta. Przeglądy wykonywane w siedzibie Zamawiającego.	TAK		
23	Czas reakcji serwisu do 48 h od zgłoszenia awarii	TAK		
24	W przypadku, gdy naprawa w okresie gwarancji nie odniesie rezultatu, urządzenie podlega wymianie na nowe.	TAK		
25	W przypadku, gdy okres niesprawności przekracza 7 dni roboczych Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia urządzenia zastępczego na czas naprawy.	TAK		
26	Wykonawca zapewni pełny autoryzowany serwis przez uprawnioną jednostkę gwarantującą skuteczną interwencję serwisową w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym dla oferowanego sprzętu.	TAK		
27	Deklaracja zgodności/certyfikat zgodności CE świadczący o zgodności urządzenia z europejskimi warunkami bezpieczeństwa (dołączony do oferty)	TAK		
28	Aparatura dopuszczona do obrotu na terytorium Polski, posiadająca wszelkie wymagane przez przepisy prawa świadectwa, certyfikaty, atesty, deklaracje zgodności, itp. oraz spełniająca wszelkie wymogi w zakresie norm bezpieczeństwa obsługi	TAK		
29	Zaoferowane według ww. wymagań urządzenia muszą być i gotowe do użytkowania bez	TAK		

	żadnych dodatkowych zakupów, poza materiałami eksploatacyjnymi.			
--	---	--	--	--



## Opis przedmiotu zamówienia

### Zadanie

#### PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA: WANNA DO KĄPIELI LECZNICZYCH

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	Jedn. m.	Ilość	Cena netto	Wartość netto	Podatek VAT	Wartość brutto
1		Szt.	1				

Lp.	PARAMETR WYMAGANY	WARTOŚĆ GRANICZNA	PARAMETR OFEROWANY	OCENA PUNKTOWA
	Nazwa i typ : .....			
	Producent : .....			
	Przeznaczenie :			
	Rok produkcji : min. 2021, urządzenie nowe, nieużywane.			
<b>I</b>	<b>WYMAGANIA OGÓLNE</b>			
1	Wanna z automatycznym hydromasażem strefowym umożliwiająca wykonywanie kąpieli balneologicznych	TAK		
2	Niecka wanny wykonana z wysokiej jakości akrylu, wzmocniana matami z włókna szklanego	TAK		
3	Ekonomiczne zużycie wody w czasie zabiegu 160-280l (+/-5%)	TAK		
4	Regulacja intensywności masażu poprzez napowietrzanie dysz	TAK		
5	Zabezpieczenie pompy przed pracą na sucho	TAK		
6	System dezynfekcji i odkamieniania	TAK		
7	Możliwość ustawienia czasu i zabiegu w zakresie min. 5-30 min.	TAK		
8	System usuwania wody z całej instalacji	TAK		

9	Specjalna pompa oraz armatura przystosowana do kąpieli solankowych	TAK	
10	Regulowane stopki umożliwiający wy poziomowanie wanny	TAK	
11	Automatyczny spust wody	TAK	
12	Zawór CO2	TAK	
13	Możliwość wykonywania kąpieli: kąpiele z dodatkiem płynnej borowiny, wody termalne, solanki	TAK	
14	Efekty świetlne, min. 24 pojedynczych źródeł światła	TAK	
15	System audio z głośnikami i wtyczką dla urządzeń zewnętrznych np. odtwarzacze mp3	TAK	
15	Stopień ułatwiający wchodzenie do wanny	TAK	
16	Zdejmowany zagłówek dla pacjenta	TAK	
17	Min. 25 dysz kierunkowych do hydromasażu	TAK ilość dysz = 25 - 0 pkt. ilość dysz > 25 - 10 pkt.	
18	Dotykowy panel sterujący	TAK	
19	Dwa czujniki temperatury wody (pomiar przy napełnianiu wody i podczas zabiegu)	TAK	
20	Dwa czujniki poziomu wody	TAK	
21	Poręcze na dłonie oraz miejsca na kończyny górne i dolne wyprofilowane, tak aby pacjent mógł zachować odpowiednią pozycję ciała podczas zabiegu	TAK	
22	Wymiary dł. x szer. x wys. 215 x 85 x 85 cm (+/-5%)	TAK	
23	Bezpieczeństwo elektryczne: klasa I, typ B	TAK	
24	Zasilanie 230V 50Hz 14A	TAK	
25	Maksymalna masa wanny 180kg (+/-5%)	TAK waga = 180kg - 0 pkt. moc < 180kg	



## Opis przedmiotu zamówienia

### Zadanie

#### PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA: WANNA DO HYDROMASAŻU

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	Jedn. m.	Ilość	Cena netto	Wartość netto	Podatek VAT	Wartość brutto
1		Szt.	1				

Lp.	PARAMETR WYMAGANY	WARTOŚĆ GRANICZNA	PARAMETR OFEROWANY	OCENA PUNKTOWA
	Nazwa i typ : .....			
	Producent : .....			
	Przeznaczenie :			
	Rok produkcji : min. 2021, urządzenie nowe, nieużywane.			
<b>I</b>	<b>WYMAGANIA OGÓLNE</b>			
1	Wanna z automatycznym hydromasażem strefowym oraz masażem perlekowym		TAK	
2	Niecka wanny wykonana z wysokiej jakości akrylu, wzmocniana matami z włókna szklanego		TAK	
3	Ekonomiczne zużycie wody w czasie zabiegu 160-280l (+/-5%)		TAK	
4	Regulacja intensywności masażu poprzez napowietrzanie dysz		TAK	
5	Zabezpieczenie pompy przed pracą na sucho		TAK	
6	System dezynfekcji i odkamieniania		TAK	
7	Możliwość ustawienia czasu i zabiegu w zakresie min. 5-30 min.		TAK	
8	System usuwania wody z całej instalacji		TAK	

9	Regulowane stopki umożliwiające wypoziomowanie wanny	TAK	
10	Automatyczny spust wody	TAK	
11	Możliwość wykonywania kąpieli: kąpiele z dodatkiem płynnej borowiny, wody termalne, solanki	TAK	
12	Zbiornik na zapach z możliwością dozowania podczas zabiegu za pomocą przycisku	TAK	
13	Bicz wodny do masażu manualnego podwodnego, ciśnienie w zakresie min. 0 – 4 bar	TAK	
14	Efekty świetlne, min. 24 pojedynczych źródeł światła	TAK	
15	System audio z głośnikami i wtyczką dla urządzeń zewnętrznych np. odtwarzacze mp3	TAK	
16	Stopień ułatwiający wchodzenie do wanny	TAK	
17	Zdejmovany zagłówek dla pacjenta	TAK	
18	Min. 25 dysz kierunkowych do hydromasażu z 3 niezależnymi strefami (stopy, łydki/ uda / plecy)	TAK TAK ilość dysz = 25 – 0 pkt. ilość dysz > 25 – 5 pkt.	
19	Min. 125 dysz powietrznych do masażu perełkowego	TAK TAK ilość dysz = 125 – 0pkt. ilość dysz > 125 – 5 pkt.	
20	Dotykowy panel sterujący	TAK	
21	Dwa czujniki temperatury wody (pomiar przy napełnianiu wody i podczas zabiegu)	TAK	
22	Dwa czujniki poziomu wody	TAK	
23	Poręcze na dłonie oraz miejsca na kończyny górne i dolne wyprofilowane, tak aby pacjent mógł zachować odpowiednią pozycję ciała podczas zabiegu	TAK	

24	Wymiary dł. x szer. x wys. 215 x 85 x 85 cm (+/-5%)	TAK	
25	Bezpieczeństwo elektryczne: klasa I, typ B	TAK	
26	Zasilanie 230V 50Hz 25A	TAK	
27	Maksymalna masa wanny 180kg (+/-5%)	TAK waga = 180kg - 0 pkt. moc < 180kg - 10 pkt.	
28	Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej i elektronicznej	TAK	
29	Szkolenie w zakresie obsługi oraz obsługi technicznej dla pracowników.	TAK	
30	Pełna 2 letnia gwarancja na cały oferowany sprzęt liczona od dnia odbioru końcowego potwierdzonego protokołem z zdawczo-odbiorczym, uruchomienia i instalacji oraz szkolenia.	TAK gwarancja: 2 lata - 0 pkt. 3 lata - 10 pkt. 4 lata - 15 pkt. 5 lat - 20 pkt	
31	Przeglądy okresowe w okresie trwania gwarancji na koszt dostawcy, zgodnie z zaleceniami producenta. Przeglądy wykonywane w siedzibie Zamawiającego.	TAK	
32	Czas reakcji serwisu do 48 h od zgłoszenia awarii	TAK	
33	W przypadku, gdy naprawa w okresie gwarancji nie odniesie rezultatu, urządzenie podlega wymianie na nowe.	TAK	
34	W przypadku, gdy okres niesprawności przekracza 7 dni roboczych Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia urządzenia zastępczego na czas naprawy.	TAK	
35	Wykonawca zapewni pełny autoryzowany serwis przez uprawnioną jednostkę gwarantującą skuteczną interwencję serwisową w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym dla oferowanego sprzętu.	TAK	
36	Deklaracja zgodności/certyfikat zgodności CE świadczący o zgodności urządzenia z europejskimi warunkami bezpieczeństwa (dołączony do oferty)	TAK	
37	Aparatura dopuszczona do obrotu na terytorium Polski, posiadająca wszel-	TAK	

	kie wymagane przez przepisy prawa świadectwa, certyfikaty, atesty, deklaracje zgodności, itp. oraz spełniająca wszelkie wymogi w zakresie norm bezpieczeństwa obsługi			
38	Zaoferowane według ww. wymagań urządzenia muszą być i gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów, poza materiałami eksploatacyjnymi.	TAK		

**Opis przedmiotu zamówienia**

**Zadanie**

**PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA: LAMPA DO NAŚWIETLEŃ ŚWIATŁEM PODCZERWONYM**

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	Jedn. m.	Ilość	Cena netto	Wartość netto	Podatek VAT	Wartość brutto
1		Szt.	1				

Lp.	PARAMETR WYMAGANY	WARTOŚĆ GRANICZNA	PARAMETR OFEROWANY	OCENA PUNKTOWA
	Nazwa i typ : .....			
	Producent : .....			
	Przeznaczenie :			
	Rok produkcji : min. 2021, urządzenie nowe, nieużywane.			
<b>I</b>	<b>WYMAGANIA OGÓLNE</b>			
1	Lampa sollux z jednym promiennikiem w głowicy	TAK		
2	Lampa na statywie jezdnym	TAK		
3	Regulacja położenia głowicy	TAK		
4	Regulacja wysokości statywu za pomocą sprężyny gazowej	TAK		
5	Regulacja mocy promieniowania 10-100%	TAK		
6	Moc żarówki max. 375W	TAK		
7	Ustawienie czasu zabiegu min. do 30min.	TAK		
8	Pulpit sterujący z przyciskami	TAK		
9	Tubus wyposażony w wentylator chłodzący oraz system mocowania	TAK		



	filtrów		
10	Wyposażenie : żarówka, filtr czerwony, filtr niebieski, okulary ochronne dla operatora, okulary ochronne dla pacjenta.	TAK	
11	Zasilanie 230V, 50Hz, moc 450W	TAK	
12	Maksymalna masa lampy 15kg (+/-20%)	TAK waga = 15kg - 0 pkt. moc < 15kg - 20 pkt.	
13	Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej i elektronicznej	TAK	
14	Szkolenie w zakresie obsługi oraz obsługi technicznej dla pracowników.	TAK	
15	Pełna 2 letnia gwarancja na cały oferowany sprzęt liczona od dnia odbioru końcowego potwierdzonego protokołem z zdawczo-odbiorczym, uruchomienia i instalacji oraz szkolenia.	TAK gwarancja: 2 lata - 0 pkt. 3 lata - 10 pkt. 4 lata - 15 pkt. 5 lat - 20 pkt	
16	Przeglądy okresowe w okresie trwania gwarancji na koszt dostawcy, zgodnie z zaleceniami producenta. Przeglądy wykonywane w siedzibie Zamawiającego.	TAK	
17	Czas reakcji serwisu do 48 h od zgłoszenia awarii	TAK	
18	W przypadku, gdy naprawa w okresie gwarancji nie odniesie rezultatu, urządzenie podlega wymianie na nowe.	TAK	
19	W przypadku, gdy okres niesprawności przekracza 7 dni roboczych Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia urządzenia zastępczego na czas naprawy.	TAK	
20	Wykonawca zapewni pełny autoryzowany serwis przez uprawnioną jednostkę gwarantującą skuteczną interwencję serwisową w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym dla oferowanego sprzętu.	TAK	
21	Deklaracja zgodności/certyfikat zgodności CE świadczący o zgodności urządzenia z europejskimi warunkami bezpieczeństwa (dołączony do oferty)	TAK	
22	Aparatura dopuszczona do obrotu na terytorium Polski, posiadająca wszel-	TAK	

**Opis przedmiotu zamówienia**

**Zadanie**

**PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA: LAMPA DO NAŚWIETLEN ŚWIATŁEM ULTRAFIOLETOWYM**

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	Jedn. m.	Ilość	Cena netto	Wartość netto	Podatek VAT	Wartość brutto
1		Szt.	1				

Lp.	PARAMETR WYMAGANY	WARTOŚĆ GRANICZNA	PARAMETR OFEROWANY	OCENA PUNKTOWA
	Nazwa i typ :.....			
	Producent :.....			
	Przeznaczenie :			
	Rok produkcji : min. 2021, urządzenie nowe, nieużywane.			
<b>I</b>	<b>WYMAGANIA OGÓLNE</b>			
1	Lampa przeznaczona do terapii z wykorzystaniem szerokiego pasma promieniowania ultrafioletowego	TAK		
2	Możliwość regulacji czasu zabiegu min. do 30 min.	TAK		
3	Możliwość regulacji położenia lampy	TAK		
4	Możliwość regulacji wysokości lampy	TAK		
5	Maksymalna moc min. 22W (+/- 5%)	TAK		
6	Maksymalny pobór mocy (4/6 promienników) maks. 80/160 W	TAK		
7	Wymiary (dł. x szer. x wys.): 60 x 50 x 190 cm (+/- 5%)	TAK		
8	Masa 32 kg (+/- 5%)	TAK	masa = 32kg - 0 pkt. masa < 32kg	

**Opis przedmiotu zamówienia**

**Zadanie**

**PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA: URZĄDZENIE DO LASEROTERAPII**

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	Jedn. m.	Ilość	Cena netto	Wartość netto	Podatek VAT	Wartość brutto
1		Szt.	1				

Lp.	PARAMETR WYMAGANY	WARTOŚĆ GRANICZNA	PARAMETR OFEROWANY	OCENA PUNKTOWA
	Nazwa i typ : .....			
	Producent : .....			
	Przeznaczenie :			
	Rok produkcji : min. 2021, urządzenie nowe, nieużywane.			
<b>I</b>	<b>WYMAGANIA OGÓLNE PULSOKSYMETRU</b>			
I	Urządzenie do laseroterapii		TAK	
1	Możliwość wykonywania dwóch zabiegów jednocześnie		TAK	
2	Kolorowy ekran graficzny z panelem dotykowym min. 4,1”		TAK ekran = 4,1” - 0 pkt. ekran > 4,1” - 10 pkt.	
3	Programy gotowe do laseroterapii: min.120 pozycji		TAK 120 pozycji - 0 pkt. więcej niż 120	

			pozycji – 10 pkt.	
4	Możliwa indywidualna regulacja parametrów zabiegowych		TAK	
5	Możliwość zapisania przez obsługę własnych parametrów zabiegu		TAK	
6	Wpisywanie własnych zabiegów przy pomocy klawiatury ekranowej		TAK	
7	Licznik czasu i liczby wykonanych zabiegów, z podziałem na typ sondy		TAK	
8	Regulacja czasu trwania sygnału końca zabiegu		TAK	
9	Kontrola poprawności pracy wentylatora		TAK	
10	Tryb pracy ciągły lub impulsowy		TAK	
11	Możliwość pracy sondami o świetle czerwonym i podczerwonym		TAK	
12	Możliwość pracy sondą impulsową o długości fali świetlnej ponad 900nm (moc impulsu min.50W)		TAK	
13	Automatyczne wzajemne przeliczanie zależnych parametrów zabiegowych		TAK	
14	Funkcja pomiaru mocy sondy lasera		TAK	
15	Funkcja ustawiania powtórzeń emisji dawki energii		TAK	
16	Możliwość podłączenia dwóch sond jednocześnie		TAK	
17	Regulacja mocy średniej w całym zakresie co 1mW		TAK	
18	Regulacja czasu: zmiana co 1 s		TAK	
19	Regulacja dawki: zmiana co 0,1 J		TAK	
20	Regulacja częstotliwości: zmiana co 1Hz		TAK	
<b>II</b>	<b>Skaner laserowy</b>		TAK	
1	Równomierne naświetlanie całej powierzchni (radikalna redukcja „prześwietleń”)		TAK	
2	Funkcja automatycznego pomiaru odległości i wyliczanie powierzchni		TAK	
3	Funkcja automatycznej stabilizacji rozmiaru pola zabiegowego		TAK	
4	Płynne ustawianie pozycji głowicy, z automatyczną blokadą		TAK	
5	Możliwość ustawienia własnego kształtu pola zabiegowego		TAK	

6	W przypadku, gdy naprawa w okresie gwarancji nie odniesie rezultatu, urządzenie podlega wymianie na nowe.	TAK	
7	W przypadku, gdy okres niesprawności przekracza 7 dni roboczych Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia urządzenia zastępczego na czas naprawy.	TAK	
8	Wykonawca zapewni pełny autoryzowany serwis przez uprawnioną jednostkę gwarantującą skuteczną interwencję serwisową w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym dla oferowanego sprzętu.	TAK	
9	Deklaracja zgodności/certyfikat zgodności CE świadczący o zgodności urządzenia z europejskimi warunkami bezpieczeństwa (dołączony do oferty)	TAK	
10	Aparatura dopuszczona do obrotu na terytorium Polski, posiadająca wszelkie wymagane przez przepisy prawa świadectwa, certyfikaty, atesty, deklaracje zgodności, itp. oraz spełniająca wszelkie wymogi w zakresie norm bezpieczeństwa obsługi	TAK	
11	Zaoferowane według ww. wymagań urządzenia muszą być i gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów, poza materiałami eksploatacyjnymi.	TAK	

## Opis przedmiotu zamówienia

### Zadanie

#### PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA: URZĄDZENIE DO ELEKTROTHERAPII

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	Jedn. m.	Ilość	Cena netto	Wartość netto	Podatek VAT	Wartość brutto
1		Szt.	1				

Lp.	PARAMETR WYMAGANY	WARTOŚĆ GRANICZNA	PARAMETR OFEROWANY	OCENA PUNKTOWA
	Nazwa i typ : .....			
	Producent : .....			
	Przeznaczenie :			
	Rok produkcji : min. 2021, urządzenie nowe, nieużywane.			
<b>I</b>	<b>WYMAGANIA OGÓLNE</b>			
1	Dwukanałowe urządzenie do elektroterapii		TAK	
2	Możliwość wykonywania dwóch zabiegów jednocześnie		TAK	
3	Dwa obwody zabiegowe do elektroterapii z niezależnym ustawianiem parametrów		TAK	
4	Kolorowy ekran graficzny z panelem dotykowym		TAK	
5	Programy gotowe min. 90 pozycji		TAK 90 pozycji - 0 pkt. więcej niż 90 pozycji - 10 pkt.	

6	Możliwość zapisania przez personel własnych parametrów zabiegu	TAK	
7	Licznik czasu i liczby zabiegów	TAK	
8	Zasilanie 230V, 50Hz	TAK	
9	Masa aparatu 3,2 kg (+/- 10%)	TAK masa = 3,2kg - 0 pkt. masa < 3,2kg - 10 pkt.	
<b>II</b>	<b>Elektroterapia</b>	TAK	
1	Wykonywanie zabiegów prądami interferencyjnymi 2 i 4 elektrodowymi (dynamiczne, statyczne, przerywane, izoplanarne i wektor dipolowy)	TAK	
2	Wykonywanie zabiegów prądami diadynamicznymi typu MF, DF, CP, LP, CPiso, LPiso, RS, MM z możliwością ustawiania sekwencji	TAK	
3	Wykonywanie zabiegów prądami impulsowymi średniej częstotliwości o kształcie trójkąta, sinusoidy, trapezu i prostokąta	TAK	
4	Wykonywanie zabiegów dwukanałowej stymulacji porażień spastycznych (tonoliza)	TAK	
5	Wykonywanie zabiegów prądami TENS (standardowy, asymetryczny, przemienny, BURST) z opcją modulacji drażniącej	TAK	
6	Wykonywanie zabiegów prądem HVPS / HV (wysokonapięciowym)	TAK	
7	Wykonywanie zabiegów prądem Träbertha (Ultra Reiz)	TAK	
8	Wykonywanie zabiegów prądem Kotza	TAK	
9	Wykonywanie zabiegów prądem faradycznym i neofaradycznym	TAK	
10	Wykonywanie zabiegów prądem galwanicznym	TAK	
11	Wykonywanie zabiegów mikroprądami	TAK	
12	Wykonywanie zabiegów w trybie stałego prądu lub stałego napięcia (CC/CV)	TAK	
13	Wykonywanie zabiegów elektrogimnastyki (modulacja falowa) – cyklicznie przerywane aplikowanie różnych prądów z regulacją czasu trwania impulsów i czasu przerwy oraz kształtu obwiedni	TAK	
14	Funkcja łagodnego narastania i opadania natężenia prądu	TAK	

15	Funkcja ochrony pacjenta przy zaniku zasilania	TAK	
16	Funkcja testowania przewodności elektrod	TAK	
17	Funkcja elektrodiagnostyki	TAK	
<b>III</b>	<b>Wymagane parametry elektroterapii</b>		
1	Częstotliwość interferencyjna: 21-200 [Hz] (+/-10%)	TAK	
2	Natężenie prądu interferencyjnego RMS: 0-60 [mA] (+/- 10%)	TAK	
3	Natężenie prądu galwanicznego: 0-50 [mA] (+/- 10%)	TAK	
4	Natężenie prądu diadynamicznego: - prąd średni dla DF 0-30: 30 [mA] (+/- 10%) - prąd średni dla MF 0-15: 15 [mA] (+/- 10%)	TAK	
5	Częstotliwość TENS, HV: 1-200 [Hz] (+/- 10%)	TAK	
6	Czas impulsu TENS, HV: 50-250 [ $\mu$ s] (+/- 10%)	TAK	
7	Amplituda prądu TENS, HV, KOTZ, UR, faradycznego i neofaradycznego: 0-100 [mA] (+/- 10%)	TAK	
8	Szerokość impulsu modulowanego: 5-990 [ms] (+/- 10%)	TAK	
9	Czas przerwy: 100-4000 [ms] (+/- 10%)	TAK	
10	Czas opóźnienia: 5-150 [ms] (+/- 10%)	TAK	
11	Amplituda prądów impulsowych i tonilizy: 0-100 [mA] (+/- 10%)	TAK	
<b>IV</b>	<b>Możliwość wykonywania laseroterapii</b>	TAK	
1	Moduł laseroterapii wbudowany, opcjonalnie możliwość dokupienia sondy	TAK	
2	Tryb pracy lasera ciągły lub impulsowy	TAK	
3	Możliwość pracy sondami lasera o świetle czerwonym i podczerwonym	TAK	
4	Możliwość pracy sondą impulsową o długości fali świetlnej ponad 900nm (moc impulsu min.50W)	TAK	
5	Możliwość pracy sondą wielodiodową („prysznicową”) o dwóch długościach fali świetlnej	TAK	
6	Automatyczne wzajemne przeliczanie zależnych parametrów zabiegowych laseroterapii	TAK	



7	Funkcja pomiaru mocy sondy lasera	TAK	
8	Funkcja ustawiania powtórzeń emisji dawki energii lasera	TAK	
9	Regulacja mocy średniej lasera w całym zakresie co 1mW	TAK	
<b>V</b>	<b>Wyposażenie dodatkowe</b>		
1	Stolik przeznaczony pod aparaty do fizykoterapii	TAK	
2	Min. dwie półki	TAK	
3	Wykonany ze stali lakierowanej proszkowo	TAK	
4	Zamontowany kosz o pojemności min. 20 l	TAK	
5	Cztery koła transportowe	TAK	
6	Wymiary gł. x szer. x wys. 45 x 55 x 90 cm (+/-5%)	TAK	
<b>VI</b>	<b>Wymagania dodatkowe</b>		
1	Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej i elektronicznej	TAK	
2	Szkolenie w zakresie obsługi oraz obsługi technicznej dla pracowników.	TAK	
3	Pełna 2 letnia gwarancja na cały oferowany sprzęt liczona od dnia odbioru końcowego potwierdzonego protokołem z zdawczo-odbiorczym, uruchomienia i instalacji oraz szkolenia.	TAK gwarancja: 2 lata - 0 pkt. 3 lata - 10 pkt. 4 lata - 15 pkt. 5 lat - 20 pkt	
4	Przeglądy okresowe w okresie trwania gwarancji na koszt dostawcy, zgodnie z zaleceniami producenta. Przeglądy wykonywane w siedzibie Zamawiającego.	TAK	
5	Czas reakcji serwisu do 48 h od zgłoszenia awarii	TAK	
6	W przypadku, gdy naprawa w okresie gwarancji nie odniesie rezultatu, urządzenie podlega wymianie na nowe.	TAK	
7	W przypadku, gdy okres niesprawności przekracza 7 dni roboczych Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia urządzenia zastępczego na czas naprawy.	TAK	

8	Wykonawca zapewni pełny autoryzowany serwis przez uprawnioną jednostkę gwarantującą skuteczną interwencję serwisową w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym dla oferowanego sprzętu.	TAK		
9	Deklaracja zgodności/certyfikat zgodności CE świadczący o zgodności urządzenia z europejskimi warunkami bezpieczeństwa (dołączony do oferty)	TAK		
10	Aparatura dopuszczona do obrotu na terytorium Polski, posiadająca wszelkie wymagane przez przepisy prawa świadectwa, certyfikaty, atesty, deklaracje zgodności, itp. oraz spełniająca wszelkie wymogi w zakresie norm bezpieczeństwa obsługi	TAK		
11	Zaferowane według ww. wymagań urządzenia muszą być i gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów, poza materiałami eksploatacyjnymi.	TAK		

**Opis przedmiotu zamówienia**

**Zadanie**

**PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA: URZĄDZENIE DO MAGNETOTERAPII**

L.p.	Nazwa przedmiotu zamówienia	Jedn. m.		Cena netto	Wartość netto	Podatek VAT	Wartość brutto
		Szt.	Ilość				
1		Szt.	1				

Lp.	PARAMETR WYMAGANY	WARTOŚĆ GRANICZNA	PARAMETR OFEROWANY	OCENA PUNKTOWA
	Nazwa i typ : .....			
	Producent : .....			
	Przeznaczenie :			
	Rok produkcji : min. 2021, urządzenie nowe, nieużywane.			
<b>I</b>	<b>WYMAGANIA OGÓLNE</b>			
1	Dwukanałowe urządzenie do magnetoterapii		TAK	
2	Kolorowy ekran graficzny z panelem dotykowym		TAK	
3	Wykonywanie min. 5 zabiegów jednocześnie		TAK	
4	Podłączenie czterech aplikatorów pola magnetycznego jednocześnie		TAK	
5	Możliwość podłączenia sondy laserowej		TAK	
6	Indywidualna regulacja parametrów zabiegowych		TAK	
7	Automatyczne wykrywanie aplikatorów		TAK	
8	Programy gotowe min. 170		TAK 170 pozycji	

			- 0 pkt. więcej niż 170 pozycji - 10 pkt.	
9	Możliwość zapisania przez obsługę własnych parametrów zabiegu		TAK	
<b>II</b>	<b>Magnetoterapia</b>		TAK	
1	Osobny zegar zabiegowy dla każdego aplikatora		TAK	
2	Zakres częstotliwości zmian pola magnetycznego min. 1-100 Hz		TAK	
3	Kształty zmian pola magnetycznego: sinusoidal, prostokąt, trójkąt – unipolarnie i bipolarnie			
4	Możliwość automatycznej zmiany kształtów pola magnetycznego – przy stałej lub zmieniającej się częstotliwości		TAK	
5	Zmiana indukcji pola magnetycznego min. 0 – 20 mT		TAK	
6	Masa aparatu 6,5 kg (+/-5%)		TAK masa = 6,5kg - 0 pkt. masa < 6,5kg - 10 pkt.	
<b>III</b>	<b>Wyposażenie</b>		TAK	
1	Aplikator szpulowym 60 cm (+/-5%)z leżanką		TAK	
2	Aplikator szpulowy 30 cm (+/-5%) ze stolikiem		TAK	
3	Stolik przeznaczony pod urządzenie		TAK	
3,1	Min. dwie półki		TAK	
3,2	Wykonany ze stali lakierowanej proszkowo		TAK	
3,3	Zamontowany kosz o pojemności min. 20 l		TAK	
3,4	Cztery koła transportowe		TAK	
3,5	Wymiary gł. x szer. x wys. 45 x 55 x 90 cm (+/-5%)		TAK	
<b>IV</b>	<b>Wymagania dodatkowe</b>			
1	Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej i elektronicznej		TAK	

2	Szkolenie w zakresie obsługi oraz obsługi technicznej dla pracowników.	TAK	
3	Pełna 2 letnia gwarancja na cały oferowany sprzęt liczona od dnia odbioru końcowego potwierdzonego protokołem z zdawczo-odbiorczym, uruchomienia i instalacji oraz szkolenia.	TAK gwarancja: 2 lata – 0 pkt. 3 lata - 10 pkt. 4 lata – 15 pkt. 5 lat - 20 pkt	
4	Przeglądy okresowe w okresie trwania gwarancji na koszt dostawcy, zgodnie z zaleceniami producenta. Przeglądy wykonywane w siedzibie Zamawiającego.	TAK	
5	Czas reakcji serwisu do 48 h od zgłoszenia awarii	TAK	
6	W przypadku, gdy naprawa w okresie gwarancji nie odniesie rezultatu, urządzenie podlega wymianie na nowe.	TAK	
7	W przypadku, gdy okres niesprawności przekracza 7 dni roboczych Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia urzędnienia zastępczego na czas naprawy.	TAK	
8	Wykonawca zapewni pełny autoryzowany serwis przez uprawnioną jednostkę gwarantującą skuteczną interwencję serwisową w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym dla oferowanego sprzętu.	TAK	
9	Deklaracja zgodności/certyfikat zgodności CE świadczący o zgodności urządzenia z europejskimi warunkami bezpieczeństwa (dołączony do oferty)	TAK	
10	Aparatura dopuszczona do obrotu na terytorium Polski, posiadająca wszelkie wymagane przez przepisy prawa świadectwa, certyfikaty, atesty, deklaracje zgodności, itp. oraz spełniająca wszelkie wymogi w zakresie norm bezpieczeństwa obsługi	TAK	
11	Zaoferowane według ww. wymagań urządzenia muszą być i gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów, poza materiałami eksploatacyjnymi.	TAK	

## Opis przedmiotu zamówienia

### Zadanie

#### PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA: URZĄDZENIE DO TERAPII ULTRADŹWIĘKOWEJ

Lp.	Nazwa przedmiotu zamówienia	Jedn. m.	Ilość	Cena netto	Wartość netto	Podatek VAT	Wartość brutto
1		Szt.	1				

Lp.	PARAMETR WYMAGANY	WARTOŚĆ GRANICZNA	PARAMETR OFEROWANY	OCENA PUNKTOWA
	Nazwa i typ : .....			
	Producent : .....			
	Przeznaczenie :			
	Rok produkcji : min. 2021, urządzenie nowe, nieużywane.			
<b>I</b>	<b>WYMAGANIA OGÓLNE</b>			
1	Urządzenie do terapii ultradźwiękowej		TAK	
2	Kolorowy graficzny ekran z panelem dotykowym		TAK	
3	Programy gotowe min. 80 pozycji		TAK 80 pozycji - 0 pkt. więcej niż 80 pozycji - 10 pkt.	
4	Uchwyt na głowicę przy sterowniku		TAK	
5	Indywidualna regulacja parametrów zabiegowych		TAK	

6	Zapisywanie przez obsługę własnych parametrów zabiegowych	TAK	
7	Regulacja czasu trwania sygnału końca zabiegu	TAK	
8	Tryb pracy ciągły lub impulsowy	TAK	
9	Podłączenie dwóch głowic jednocześnie	TAK	
10	Współpraca z sondą automatyczną	TAK	
11	Efektywna powierzchnia zabiegu sondy 1,33cm <sup>2</sup> lub 5 cm <sup>2</sup> (+/-10%)	TAK	
12	Efektywna powierzchnia zabiegu sondy automatycznej 18cm <sup>2</sup> (+/-10%)	TAK	
13	Głowica dwuczęstościowa 1MHz lub 3,3MHz (+/-10%)	TAK	
14	Maksymalna moc średnia 2,5W/cm <sup>2</sup>	TAK	
15	Maksymalna moc szczytowa 3W/cm <sup>2</sup>	TAK	
16	Częstotliwość impulsów 5-150 Hz, z regulacją co 1 Hz (+/-10%)	TAK	
17	Wypełnienie impulsów 5-100% z regulacją co 5%	TAK	
18	Wskazanie kontaktu głowicy w procentach i kolorowym oznaczeniem wizualnym	TAK	
19	Regulacja czasu, zmiana co 30 sek.	TAK	
20	Regulacja mocy, zmiana co 0,1 W/cm <sup>2</sup>	TAK	
21	Funkcja automatycznego wstrzymania i kontynuowania zabiegu w przypadku	TAK	
	Masa aparatu 3 kg (+/- 10%)	TAK masa = 3kg - 0 pkt. masa < 3kg - 10 pkt.	
II	<b>Wyposażenie</b>		
1	Głowica ultradźwiękowa, powierzchnia terapeutyczna 1,3 cm <sup>2</sup> (+/-10%), częstotliwość ultradźwięków 1MHz lub 3,3MHz (+/-10%), maks. gęstość mocy ciągłej 2,5W/cm <sup>2</sup> , szczytowa gęstość mocy impulsu 3,0 W/cm <sup>2</sup>	TAK	
2	Głowica ultradźwiękowa, powierzchnia terapeutyczna 5 cm <sup>2</sup> , częstotliwość ultradźwięków 1MHz lub 3,3MHz (+/-10%), maks. gęstość	TAK	

	mocy ciągłej 2,5 W/cm <sup>2</sup> , szczytowa gęstość mocy impulsu 3,0 W/cm <sup>2</sup>		
3	Głowica automatyczna, powierzchnia terapeutyczna 18 cm <sup>2</sup> , częstotliwość ultradźwięków 1MHz lub 3,3MHz (+/-10%), maks. gęstość mocy ciągłej 2,5W/cm <sup>2</sup> , szczytowa gęstość mocy impulsu 3,0 W/cm <sup>2</sup>	TAK	
4	Stolik przeznaczony pod urządzenie	TAK	
4,1	Min. dwie półki	TAK	
4,2	Wykonany ze stali lakierowanej proszkowo	TAK	
4,3	Zamontowany kosz o pojemności min. 20 l	TAK	
4,4	Cztery koła transportowe	TAK	
4,5	Wymiary gł. x szer. x wys. 45 x 55 x 90 cm (+/-5%)	TAK	
<b>III</b>	<b>Wymagania dodatkowe</b>		
1	Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej i elektronicznej	TAK	
2	Szkolenie w zakresie obsługi oraz obsługi technicznej dla pracowników.	TAK	
3	Pełna 2 letnia gwarancja na cały oferowany sprzęt liczona od dnia odbioru końcowego potwierdzonego protokołem z zdawczo-odbiorczym, uruchomienia i instalacji oraz szkolenia.	TAK gwarancja: 2 lata – 0 pkt. 3 lata - 10 pkt. 4 lata – 15 pkt. 5 lat - 20 pkt	
4	Przeglądy okresowe w okresie trwania gwarancji na koszt dostawcy, zgodnie z zaleceniami producenta. Przeglądy wykonywane w siedzibie Zamawiającego.	TAK	
5	Czas reakcji serwisu do 48 h od zgłoszenia awarii	TAK	
6	W przypadku, gdy naprawa w okresie gwarancji nie odniesie rezultatu, urządzenie podlega wymianie na nowe.	TAK	
7	W przypadku, gdy okres niesprawności przekracza 7 dni roboczych Wykonawca zobowiązany jest do zapewnienia urządzenia zastępczego na czas naprawy.	TAK	
8	Wykonawca zapewni pełny autoryzowany serwis przez uprawnioną jednostkę gwarantującą skuteczną interwencję serwisową w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym dla oferowanego sprzętu.	TAK	



9	Deklaracja zgodności/certyfikat zgodności CE świadczący o zgodności urządzenia z europejskimi warunkami bezpieczeństwa (dołączony do oferty)	TAK	
10	Aparatura dopuszczona do obrotu na terytorium Polski, posiadająca wszelkie wymagane przez przepisy prawa świadectwa, certyfikaty, atesty, deklaracje zgodności, itp. oraz spełniająca wszelkie wymogi w zakresie norm bezpieczeństwa obsługi	TAK	
11	Zaferowane według ww. wymagań urządzenia muszą być i gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów, poza materiałami eksploatacyjnymi.	TAK	