**Załącznik nr 2 do SWZ**

**ZP/15/2025**

Pakiet 4 - Aparat do bezprzewodowej elektrostymulacji i biofeedbacku – 1 szt.

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**UWAGA:**

\*Kolumnę Parametry oferowane należy wypełnić

**Kryterium oceny ofert: Parametry jakości**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry i warunki techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane\*** |
| **I. Wymagania Ogólne** | | | |
| 1 | Nazwa Urządzenia | Podać |  |
| 2 | Typ Urządzenia | Podać |  |
| 3 | Producent | Podać |  |
| 4 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 5 | Rok produkcji 2025, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | TAK |  |
| 6 | Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE), tzn. ,że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 07.04.2022 r. o wyrobach medycznych (t.j. DZ.U 2024 poz. 1620 ze zm.) oraz dyrektywami Unii Europejskiej | TAK |  |
| 7 | Klasyfikacja zgodna z normą IEC/EN 60601-1, ochrona przed porażeniem prądem lub równoważna | Tak |  |
| 8 | Ochrona przed wilgocią | Podać |  |
| **II. Parametry techniczne urządzenia** | | | |
| 1 | Fabrycznie nowy, w pełni sprawny, aparat do bezprzewodowej elektrostymulacji i biofeedback’u oraz 3 kanałowej bezprzewodowej Manometrii Anorektalnej i Waginalnej 1 szt. | Tak |  |
| 2 | Urządzenie na konsoli wyposażone w dotykowy ekran o przekątnej min. 18” pozwalający na wybór programu i regulację parametrów bez użycia klawiatury i myszy | Tak, podać |  |
| 3 | Bezprzewodowy aparat zawierający kompleksowe programy do Fizjoterapii Dna Miednicy oraz Fizjoterapii Ogólnej obejmujące programy diagnostyczne, EMG oraz elektrostymulację oraz trzykanałową manometrię. Aparat z zainstalowanym specjalistycznym oprogramowaniem pozwalającym na współpracę z bezprzewodowymi PODami, odczyt i analizę zebranych danych | Tak |  |
| 4 | Aparat wyposażony w min. 250 różnych programów pracy w obszarze fizjoterapii Dna Miednicy oraz Fizjoterapii ogólnej | Tak, podać |  |
| 5 | Aparat wyposażony w 1 bezprzewodowy POD służący do stymulacji i biofeedback’ui oraz komunikacji się z urządzeniem centralnym | Tak |  |
| 6 | Rozmiar pojedynczego POD’a min. 90 x 60 x 20 mm ± 5 mm | Tak, podać |  |
| 7 | POD wyposażony w baterię litowo-polimerową wielokrotnego ładowania | Tak |  |
| **ELEKTROSTYMULACJA** | | | |
| 8 | Min. 2 kanały multipleksowe stymulacji na POD | Tak, podać |  |
| 9 | Maksymalne natężenie prądu w przedziale od 95 do 100mA | Tak, podać |  |
| 10 | Stopniowa regulacja natężenia o 0,5mA | Tak |  |
| 11 | Szerokość impulsu w zakresie min. od 30μs do 300ms | Tak, podać |  |
| 12 | Częstotliwość min. od 1Hz do 400Hz | Tak, podać |  |
| 13 | Urządzenie pozwalające na generowanie, co najmniej 4 rodzajów prądów:  - elektrostymulacja  - prądy przeciwbólowe  - troficzne  - drenażowe  - prądy nerwów obwodowych  - prądy działające na mięśniówkę gładką w obszarze Dna Miednicy – BIOFEEDBACK | Tak, podać |  |
| 14 | Min. 2 kanały biofeedback na POD | Tak, podać |  |
| 15 | Minimum 2 rodzaje krzywych i wykresów wyświetlanych na ekranie głównym. Na dzień składania oferty - możliwość drukowania raportów z przebiegu terapii . | Tak, podać |  |
| 16 | Biofeedback dźwiękowy | Tak |  |
| 17 | Ergonomiczna konsola na kółkach z dotykową klawiaturą – 1 szt. | Tak |  |
| 18 | Minimum 4 opakowania z elektrodami 50x50  (w opakowaniu min. 4 elektrody) | Tak, podać |  |
| 19 | Kabel do podłączenia elektrod z urządzeniem 1 szt. | Tak |  |
| 20 | Nożny pedał pilotażowy 1 szt. | Tak |  |
| 21 | Minimum 3 krany | Tak, podać |  |
| 22 | Złączka do sond 1 szt. | Tak |  |
| 23 | Zasilanie z sieci elektroenergetycznej 230V AC 50 Hz | Tak |  |
| **III. Informacje dodatkowe - warunki gwarancji i serwisu** | | | |
| 1 | **Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 m-ce)** Wyklucza się możliwość oferowania ubezpieczenia lub kontraktu serwisowego. | **Tak, podać** |  |
| 2 | Czas podjęcia naprawy przez serwis max 48h od momentu zgłoszenia | Tak, podać |  |
| 3 | Zapewnienie dostępności części zamiennych przez min. 10 lat od daty dostawy i instalacji systemu w siedzibie użytkownika. | Tak, podać |  |
| 4 | Instrukcja w języku polskim, w formie wydrukowanej i wersji elektronicznej na płycie CD lub PenDrive.  *Dostarczyć wraz z dostawa przedmiotu zamówienia.* | Tak, podać |  |
| 5 | Bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji. | Tak, podać |  |
| 6 | Min. 2 szkolenia personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu przeprowadzone w miejscu instalacji aparatu. | Tak, podać |  |
| 7 | Liczba napraw uprawniających do wymiany urządzenia na nowe (3 naprawy tego samego modułu) | Tak, podać |  |
| 8 | Serwis na terenie Polski | Tak, podać |  |
| 9 | Paszport techniczny (wypełniony zgodnie z załączoną instrukcją - – Załącznik nr 12 do SWZ) | Tak |  |

**Uwaga:   
1. Parametry techniczne graniczne stanowią wymagania - nie spełnienie choćby jednego z w/w wymogów spowoduje odrzucenie oferty.**

**2. Zamawiający zastrzega sobie możliwość zażądania potwierdzenia wiarygodności przedstawionych przez Wykonawcę danych we wszystkich dostępnych źródłach w tym u producenta.**

....................................................................................

podpis