

SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Zadanie nr 2: Zestaw do magnetostymulacji i magnetoledoterapii szt.2

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa, montaż oraz uruchomienie 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, rekonwencyjowanych, po demonstracyjnych, itp.

II. OPIS TECHNICZNY – WARUNKI GRANICZNE OFEROWANEGO SPRZĘTU Zestaw do magnetostymulacji i magnetoledoterapii szt.2

1. Nazwa producenta:

.....

2. Nazwa i typ Sprzętu:

.....

3. Kraj pochodzenia:

.....

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		bez oceny
2	Kraj pochodzenia	TAK, podać		bez oceny
3	Model	TAK, podać		bez oceny
4	Rok produkcji nie starszy niż 2023	TAK, podać		bez oceny
II PARAMETRY PODSTAWOWE				
1	Aparat do magnetostymulacji i magnetoledoterapii Producent, model	TAK, podać		Wymagane
2	Magnetostymulacja – wielowierzchołkowe widmo częstotliwości. Częstotliwości podstawowe mieszczą się w przedziale 180-195 Hz. magnetoledoterapia – zsynchronizowana z magnetostymulacją	TAK, podać		Wymagane
3	Magnetostymulacja i magnetoledoterapia: System JPS – kombinacja dwóch rodzajów impulsów o złożonym kształcie zbliżonym do piłozębnego, tworząca wraz z przerwami specyficzną strukturę sygnału o wielowierzchołkowym widmie częstotliwości.	TAK, podać		Wymagane
4	Aplikator magnetyczno-światlny– elipsa LED – R+IR - IR- długość fali 855nm; indukcja pola magnet. szczytowa max.1200 μ T - R- długość fali 630nm; indukcja pola magnet. szczytowa max.1200 μ T	TAK, podać		Wymagane
5	8 wbudowanych zestawów aplikacji, 16 zestawów aplikacji programowanych przez użytkownika	TAK, podać		Wymagane

6	<ul style="list-style-type: none"> - możliwość komunikacji z użytkownikiem poprzez system menu na wyświetlaczu graficznym - system rozpoznawania przyłączonych aplikatorów - możliwość wyboru parametrów aplikacji spośród trzech programów, trzech sposobów aplikacji oraz 13 stopni intensywności aplikacji, - możliwość programowania własnych zestawów parametrów aplikacji lub korzystania z wbudowanych zestawów aplikacji, - 2 gniazda do magnetostymulacji i 1 gniazdo do magnetoledoterapii - licznik zabiegów - oszczędzanie energii – tryb STAND-BY - wbudowana funkcja PLACEBO, - wybór języka komunikacji PL/EN/DE/FR 	TAK, podać		Wymagane
7	Wymiary i waga sterownika 32 cm x 27 cm x 17,5 cm/ 3,4 kg	Tak		Wymagane
8	Zasilanie 230/115 V, 50-60 Hz	Tak		Wymagane
9	Tryb pracy ciągły	Tak		Wymagane
10	Pobór mocy <26 VA podczas aplikacji, <5 VA w trybie stand-by	Tak		Wymagane
11	Sterownik mikroprocesorowy	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		bez oceny
2	Instrukcja obsługi w języku polskim – 1 egz. w wersji papierowej, 1 egz. w wersji elektronicznej – załączyć przy dostawie sprzętu.	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		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		bez oceny
5	Siedziba autoryzowanego serwisu - dokładny adres i nr telefonu, adres e-mail.	TAK, podać		bez oceny
6	Maksymalny czas usunięcia awarii w ramach gwarancji nie może przekroczyć 7 dni roboczych.	TAK, podać		bez oceny
7	Paszport techniczny (dostarczyć wraz z urządzeniem)	Tak		bez oceny
8	Szkolenie wstępne dla personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia w miejscu instalacji (min 7 osób)	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		bez oceny

10	Gwarancja dostępności części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych – minimum 10 lat od daty dostarczenia Sprzętu.	TAK, podać		bez oceny
11	W okresie gwarancji 3 naprawy tego samego typu (techniczne lub wynikające z wad ukrytych) powodują wymianę elementów na nowe.	TAK, podać		bez oceny

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.

.....
miejsce i data

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