

Pieczęć firmowa Wykonawcy/ów

## SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

### **Zadanie nr 2: Urządzenie dwukanałowe do terapii polem magnetycznym szt. 3**

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa, montaż oraz uruchomienie Urządzenie dwukanałowe do terapii polem magnetycznym szt. 3 zwanego dalej „sprzętem” dla potrzeb Uzdrawiska 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 \_Urządzenie dwukanałowe do terapii polem magnetycznym szt. 3**

1. Nazwa producenta:

.....

2. Nazwa i typ Sprzętu:

.....

3. Kraj pochodzenia:

.....

**UWAGA!**

Wykonawca zobowiązany jest wypełnić wszystkie wiersze w kolumnie „Parametr oferowany”, przy czym:

- W przypadku, gdy Zamawiający wymaga podania parametru w formie wartości liczbowej, Wykonawca winien podać wartość cyfrowo;
- W przypadku, gdy Zamawiający wymaga podania parametru w formie wartości słownej, Wykonawca winien podać wartość słownie, wpisując odpowiednie sformułowanie lub opis;
- 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	Zestaw pola magnetycznego: sterownik, dwie leżanki, dwa aplikatory 60cm wysokoprądowe, aplikator 35cm wysokoprądowy, półka pod sterownik mocowana do leżanki, stolik pod aplikator 35 cm	TAK, podać		Wymagane
2	Sterownik do magnetoterapii z dwoma niezależnymi kanałami zabiegowymi	TAK, podać		Wymagane
3	kształt pola: prostokątny zmodyfikowany, trójkątny, sinusoidalny, impulsowy, półprostokątny zmodyfikowany, półtrójkątny, półsinusoidalny, półimpulsowy	TAK, podać		Wymagane
4	Współpraca z aplikatorem szpulowym min. 60cm	TAK, podać		Wymagane
5	Współpraca z aplikatorem szpulowym min.35cm	TAK, podać		Wymagane
6	Ilość gniazd do podłączenia aplikatorów - 4	TAK, podać		Wymagane
7	5" kolorowy wyświetlacz z panelem dotykowym	Tak		Wymagane
8	Automatyczne rozpoznawanie typu aplikatora	Tak		Wymagane
9	Tryb pracy: programowy i manualny	Tak		Wymagane
10	50 wbudowanych programów zabiegowych dla aplikatora 60 cm	Tak		Wymagane
11	28 wbudowanych programów zabiegowych dla aplikatora 35 cm	Tak		Wymagane

12	44 wbudowanych programów zabiegowych dla Trybu dualnego	TAK, podać		Wymagane
13	Jednostki chorobowe wybierane po nazwie	Tak		Wymagane
14	Auto test - bieżąca kontrola sprawności aparatu	Tak		Wymagane
15	Maksymalna indukcja: 12,0mT	Tak		Wymagane
16	Zakres częstotliwości: 0-50 Hz	Tak		Wymagane
17	Tryb impulsowy (impuls/przerwa) 1 s/0,5-8 s	Tak		Wymagane
18	Zegar zabiegowy 1-60min	Tak		Wymagane
19	Zasilanie 230V/450W	Tak		Wymagane
20	Leżanka wyprodukowana z materiałów nie zakłócających linii sił pola magnetycznego generowanego przez aplikatory.	Tak		Wymagane
21	Wymienny zagłówek stołu do magnetoterapii zwiększa komfort pacjenta podczas zabiegu	Tak		Wymagane
22	Stolik pod aplikator 35cm dwupoziomowy	Tak		Wymagane
23	Półka na sterownik mocowana do leżanki	Tak		Wymagane
24	Deklaracja zgodności dla wyrobów medycznych	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	TAK, podać		bez oceny

	nowe.			
--	-------	--	--	--

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.

.....  
miejscowość i data

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