

SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Zadanie nr 4 : Wanna medyczna do kąpieli solankowych/ siarkowodorowych i kwasowęglowych szt.8

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa, montaż oraz uruchomienie Urządzenia **Wanna medyczna do kąpieli solankowych/ siarkowodorowych i kwasowęglowych szt.8** 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 Wanna medyczna do kąpieli solankowych/ siarkowodorowych i kwasowęglowych szt. 8

1. Nazwa producenta:

Technomex Sp. z o.o.

2. Nazwa i typ Sprzętu:

Wanna medyczna do kąpieli solankowych/ siarkowodorowych i kwasowęglowych T-MP/K

3. Kraj pochodzenia:

Polska

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	Technomex Sp. z o.o.	bez oceny
2	Kraj pochodzenia	TAK, podać	Polska	bez oceny
3	Model	TAK, podać	T-MP/K	bez oceny
4	Rok produkcji nie starszy niż 2023	TAK, podać	TAK Rok produkcji nie starszy niż 2023	bez oceny
II PARAMETRY PODSTAWOWE				
1	Wanna medyczna do kąpieli solankowych, kwasowęglowych, siarkowodorowych	TAK, podać	TAK Wanna medyczna do kąpieli solankowych, kwasowęglowych, siarkowodorowych	Wymagane
2	Wanna wykonana jest z tworzywa sztucznego typu GFK wzmocnianego włóknem szklanym. Konstrukcja samonośna bez stojaka metalowego.	TAK, podać	TAK Wanna wykonana jest z tworzywa sztucznego typu GFK wzmocnianego włóknem szklanym. Konstrukcja samonośna bez stojaka metalowego.	Wymagane
3	Dostosowanie armatury do wód solankowych, siarczkowych, kwasowęglowych	TAK, podać	TAK Dostosowanie armatury do wód solankowych, siarczkowych, kwasowęglowych	Wymagane
4	Podłącze pod saturator	TAK, podać	TAK Podłącze pod saturator	Wymagane
5	Dodatkowy zawór do wody nasyconej CO2	TAK, podać	TAK Dodatkowy zawór do wody nasyconej CO2	Wymagane
6	Dodatkowy zawór do wody solankowej w ilości 1 sztuki	TAK, podać	TAK Dodatkowy zawór do wody solankowej w ilości 1 sztuki	Wymagane
7	Korek spustowy na sznurku	Tak	TAK Korek spustowy na sznurku	Wymagane
8	Stopień ułatwiający wejście do wanny	Tak	TAK Stopień ułatwiający wejście do wanny	Wymagane
9	Prysznic ręczny	Tak	TAK Prysznic ręczny	Wymagane
10	Wymiary max.: - długość 1980 mm +/- 5% - szerokość 840mm +/- 5% - wysokość 740mm +/- 5%	Tak	TAK Wymiary max.: - długość 1980 mm - szerokość 840mm - wysokość 740mm	Wymagane

11	Pojemność użytkowa: poziom około 250 litrów +/- 5%	Tak	TAK Pojemność użytkowa: poziom około 250 litrów	Wymagane
12	Możliwość wyboru koloru wanny z palety minimum 9 kolorów	Tak	TAK Możliwość wyboru koloru wanny z palety 9 kolorów	Wymagane
13	Deklaracja zgodności dla wyrobów medycznych	Tak	TAK Deklaracja zgodności dla wyrobów medycznych	Wymagane
13	Instrukcja w języku polskim	Tak	TAK Instrukcja w języku polskim	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	TAK	bez oceny
2	Instrukcja obsługi w języku polskim – 1 egz. w wersji papierowej, 1 egz. w wersji elektronicznej – załączyć przy dostawie sprzętu.	TAK	TAK Instrukcja obsługi w języku polskim – 1 egz. w wersji papierowej, 1 egz. w wersji elektronicznej – załączyć przy dostawie sprzętu.	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	TAK Udzielenie gwarancji jakości dla przedmiotu zamówienia na okres 36 miesięcy oraz rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji dla oferowanego urządzenia	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	TAK 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	bez oceny
5	Siedziba autoryzowanego serwisu - dokładny adres i nr telefonu, adres e-mail.	TAK, podać	TAK Technomex Sp. z o.o. ul. Szparagowa 15 44-141 Gliwice 32 401 03 50 serwis@technomex.pl	bez oceny
6	Maksymalny czas usunięcia awarii w ramach gwarancji nie może przekroczyć 7 dni roboczych.	TAK, podać	TAK Maksymalny czas usunięcia awarii w ramach gwarancji do 7 dni roboczych.	bez oceny
7	Paszport techniczny (dostarczyć wraz z urządzeniem)	Tak	TAK Paszport techniczny (dostarczany wraz z urządzeniem)	bez oceny
8	Szkolenie wstępne dla personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia w miejscu instalacji (min 7 osób)	Tak	TAK Szkolenie wstępne dla personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia w miejscu instalacji (dla 7 osób)	bez oceny
9	Czas reakcji serwisu do 72 godzin w dni robocze od momentu zgłoszenia wady (awarii) rozumiany jako podjęcie działań naprawczych.	TAK, podać	TAK Czas reakcji serwisu do 72 godzin w dni robocze od momentu zgłoszenia wady (awarii) rozumiany jako podjęcie działań naprawczych.	bez oceny

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

Bielsko-Biała 09.02.2024r.
miejscowość i data

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