

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 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, rekondukcjonowanych , po demonstracyjnych , itp.

II. OPIS TECHNICZNY – WARUNKI GRANICZNE OFEROWANEGO SPRZĘTU _Urządzenie dwukanałowe do terapii polem magnetycznym szt. 3

1. Nazwa producenta:

Astar Sp. z o.o.

2. Nazwa i typ Sprzętu:

Urządzenie dwukanałowe do terapii polem magnetycznym PhysioMg 825

3. Kraj pochodzenia:

Polska

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	Astar Sp. z o.o.	bez oceny
2	Kraj pochodzenia	TAK, podać	Polska	bez oceny
3	Model	TAK, podać	PhysioMG 825	bez oceny
4	Rok produkcji nie starszy niż 2023	TAK, podać	TAK Rok produkcji nie starszy niż 2023	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	TAK Zestaw pola magnetycznego: sterownik, dwie leżanki, dwa aplikatory 60cm wysokoprądowe, aplikator 35cm wysokoprądowy, półka pod sterownik mocowana do leżanki, stolik pod aplikator 35 cm	Wymagane
2	Sterownik do magnetoterapii z dwoma niezależnymi kanałami zabiegowymi	TAK, podać	TAK Sterownik do magnetoterapii z dwoma niezależnymi kanałami zabiegowymi	Wymagane
3	kształt pola: prostokątny zmodyfikowany, trójkątny, sinusoidalny, impulsowy, półprostokątny zmodyfikowany, półtrójkątny, półsinusoidalny, półimpulsowy	TAK, podać	TAK kształt pola: prostokątny zmodyfikowany, trójkątny, sinusoidalny, impulsowy, półprostokątny zmodyfikowany, półtrójkątny, półsinusoidalny, półimpulsowy	Wymagane
4	Współpraca z aplikatorem szpulowym min. 60cm	TAK, podać	TAK Współpraca z aplikatorem szpulowym 60cm	Wymagane
5	Współpraca z aplikatorem szpulowym min.35cm	TAK, podać	TAK Współpraca z aplikatorem szpulowym 35cm	Wymagane
6	Ilość gniazd do podłączenia aplikatorów - 4	TAK, podać	TAK Ilość gniazd do podłączenia aplikatorów - 4	Wymagane

7	5" kolorowy wyświetlacz z panelem dotykowym	Tak	TAK 5" kolorowy wyświetlacz z panelem dotykowym	Wymagane
8	Automatyczne rozpoznawanie typu aplikatora	Tak	TAK Automatyczne rozpoznawanie typu aplikatora	Wymagane
9	Tryb pracy: programowy i manualny	Tak	TAK Tryb pracy: programowy i manualny	Wymagane
10	50 wbudowanych programów zabiegowych dla aplikatora 60 cm	Tak	TAK 50 wbudowanych programów zabiegowych dla aplikatora 60 cm	Wymagane
11	28 wbudowanych programów zabiegowych dla aplikatora 35 cm	Tak	TAK 28 wbudowanych programów zabiegowych dla aplikatora 35 cm	Wymagane
12	44 wbudowanych programów zabiegowych dla Trybu dualnego	TAK, podać	TAK 44 wbudowanych programów zabiegowych dla Trybu dualnego	Wymagane
13	Jednostki chorobowe wybierane po nazwie	Tak	TAK Jednostki chorobowe wybierane po nazwie	Wymagane
14	Auto test - bieżąca kontrola sprawności aparatu	Tak	TAK Auto test - bieżąca kontrola sprawności aparatu	Wymagane
15	Maksymalna indukcja: 12,0mT	Tak	TAK Maksymalna indukcja: 12,0mT	Wymagane
16	Zakres częstotliwości: 0-50 Hz	Tak	TAK Zakres częstotliwości: 0-50 Hz	Wymagane
17	Tryb impulsowy (impuls/przerwa) 1 s/0,5-8 s	Tak	TAK Tryb impulsowy (impuls/przerwa) 1 s/0,5-8 s	Wymagane
18	Zegar zabiegowy 1-60min	Tak	TAK Zegar zabiegowy 1-60min	Wymagane
19	Zasilanie 230V/450W	Tak	TAK Zasilanie 230V/450W	Wymagane
20	Leżanka wyprodukowana z materiałów nie zakłócających linii sił pola magnetycznego generowanego przez aplikatory.	Tak	TAK Leżanka wyprodukowana z materiałów nie zakłócających linii sił pola magnetycznego generowanego przez aplikatory.	Wymagane
21	Wymienny zagłówek stołu do magnetoterapii zwiększa komfort pacjenta podczas zabiegu	Tak	TAK Wymienny zagłówek stołu do magnetoterapii zwiększa komfort pacjenta podczas zabiegu	Wymagane
22	Stolik pod aplikator 35cm dwupoziomowy	Tak	TAK Stolik pod aplikator 35cm dwupoziomowy	Wymagane
23	Półka na sterownik mocowana do leżanki	Tak	TAK Półka na sterownik mocowana do leżanki	Wymagane
24	Deklaracja zgodności dla wyrobów medycznych	Tak	TAK Deklaracja zgodności dla wyrobów medycznych	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	bez oceny

			wersji elektronicznej – załączyć przy dostawie sprzętu.	
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 24 miesięcy oraz rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji dla oferowanego urządzenia (podać)	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 Astar ul. Świt 33 Bielsko-Biała 33 829 24 45 serwis@astar.eu	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 (dostarczyć 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.

miejsowość i data

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