**ZAŁĄCZNIK NR 3 do SWZ**

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**DOSTAWA APARATURY I SPRZĘTU MEDYCZNEGO NA POTRZEBY ZAMAWIAJĄCEGO**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 1 poz. 1**

**Przedmiot zamówienia: dostawa i montaż wanny do masażu wirowego kończyn górnych - 1 szt.**

Typ Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
| 1 | Wanna do masażu wirowego kończyn górnych | Tak |  |
| 2 | Przeznaczona do masażu okolic dłoni, przedramion i stawów łokciowych | Tak |  |
| 3 | Konstrukcja wanny zapewniająca łatwy dostęp pacjentów poruszających się na wózkach inwalidzkich | Tak |  |
| 4 | Wyposażenie:  - min. 10 dysz o regulowanym kierunku wypływu strumienia wody  - system biernej kąpieli perełkowej z regulacją intensywności masażu  - prysznic ręczny  - półautomatyczny spust wody  - krzesło z regulacją wysokości | Tak, podać |  |
| 5 | Elektroniczny, dotykowy panel sterujący o przekątnej min. 3.5” umożliwiający:  - włączenie-wyłączenie urządzenia  - napełnianie wody do żądanego poziomu  - ustawienie czasu zabiegu  - zabezpieczenie przed pracą na sucho  - automatyczne wyłączenie urządzenia po skończeniu czasu zabiegu | Tak, podać |  |
| 6 | Bezwylewkowy system napełniania ciepła-zimna woda | Tak |  |
| 7 | Pompa z tworzywa, zasilanie sieciowe 230 V/50Hz | Tak |  |
| 8 | Zasysanie sitkiem filtrującym | Tak |  |
| 9 | Wlew i odpływ wody – dwa oddzielne systemy | Tak |  |
| 10 | Pojemność wirówki 36 litrów (+/- 5%) | Tak, podać |  |
| 11 | Wymiary:  - długość: 950 mm (+/- 20 mm)  - szerokość: 1100mm (+/- 20 mm)  - wysokość: 1070 mm (+/- 20 mm) | Tak, podać |  |
| 12 | Wanna wykonana z tworzywa sztucznego wzmocnionego włóknem szklanym | Tak |  |
| 13 | Możliwość wyboru kolorystyki wanny do wyboru przez Zamawiającego, min. 8 kolorów | Tak, podać |  |
|  | Warunki gwarancji i inne |  |  |
| 14 | Wanna fabrycznie nowa, nie będąca uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2024 | Tak |  |
| 15 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 16 | Gwarancja min. 36 miesięcy | Tak, podać |  |
| 17 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 18 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 19 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 20 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 21 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 22 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego | Tak |  |
| 23 | Przy wysyłce wanny do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 24 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia , bezpłatne | Tak |  |
| 25 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 26 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 27 | Przy dostawie wanny dołączyć „paszport techniczny”, kartę gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, wpis lub zgłoszenie do URWMiPB | Tak |  |
| 28 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 1 poz. 2**

**Przedmiot zamówienia: dostawa i montaż wanny do masażu wirowego kończyn górnych - 1 szt.**

Typ Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
| 1 | Wanna do masażu wirowego kończyn górnych | Tak |  |
| 2 | Przeznaczona do masażu okolic dłoni, przedramion i stawów łokciowych | Tak |  |
| 3 | Konstrukcja wanny zapewniająca łatwy dostęp pacjentów poruszających się na wózkach inwalidzkich | Tak |  |
| 4 | Wyposażenie:  - min. 4 dysz o regulowanym kierunku wypływu strumienia wody  - system biernej kąpieli perełkowej z regulacją intensywności masażu  - prysznic ręczny  - krzesło z regulacją wysokości | Tak, podać |  |
| 5 | Półautomatyczny spust wody | Tak |  |
| 6 | Elektroniczny, dotykowy panel sterujący o przekątnej min. 3.5” umożliwiający:  - włączenie-wyłączenie urządzenia  - napełnianie wody do żądanego poziomu  - ustawienie czasu zabiegu  - zabezpieczenie przed pracą na sucho  - automatyczne wyłączenie urządzenia po skończeniu czasu zabiegu | Tak, podać |  |
| 7 | Pompa z tworzywa, zasilanie sieciowe 230 V/50Hz | Tak |  |
| 8 | Zasysanie sitkiem filtrującym | Tak |  |
| 9 | Wlew i odpływ wody – dwa oddzielne systemy | Tak |  |
| 10 | Pojemność wirówki 20 litrów (+/- 5%) | Tak, podać |  |
| 11 | Wymiary:  - długość: 770 mm (+/- 20 mm)  - szerokość: 790 mm (+/- 20 mm)  - wysokość: 930 mm (+/- 20 mm) | Tak, podać |  |
| 12 | Wanna wykonana z tworzywa sztucznego wzmocnionego włóknem szklanym | Tak |  |
| 13 | Możliwość wyboru kolorystyki wanny do wyboru przez Zamawiającego, min. 8 kolorów | Tak, podać |  |
|  | Warunki gwarancji i inne |  |  |
| 14 | Wanna fabrycznie nowa, nie będąca uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2024 | Tak |  |
| 15 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 16 | Gwarancja min. 36 miesięcy | Tak, podać |  |
| 17 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 18 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 19 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 20 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 21 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 22 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego | Tak |  |
| 23 | Przy wysyłce wanny do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 24 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia , bezpłatne | Tak |  |
| 25 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 26 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 27 | Przy dostawie wanny dołączyć „paszport techniczny”, kartę gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, wpis lub zgłoszenie do URWMiPB | Tak |  |
| 28 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 1 poz. 3**

**Przedmiot zamówienia: dostawa i montaż wanny do masażu wirowego kończyn dolnych lub górnych - 1 szt.**

Typ Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
| 1 | Wanna do masażu wirowego kończyn górnych lub dolnych | Tak |  |
| 2 | Pojemność wanny 135 litrów (+/- 5%) | Tak, podać |  |
| 3 | Wymiary:  - długość: 1080 mm (+/- 20 mm)  - szerokość: 580 mm (+/- 20 mm)  - wysokość: 780 mm (+/- 20 mm) | Tak, podać |  |
| 4 | Dwa poziomy napełnienia wody 75/135 litrów (+/- 5%) | Tak |  |
| 5 | Wanna ze sterowaniem elektronicznym | Tak |  |
| 6 | Dotykowy panel sterowania min. 3,5”  - włączenie-wyłączenie urządzenia  - automatyczny system napełniania z elektronicznym termometrem  - ustawienie poziomu napełnienia  - timer z automatycznym wyłączaniem zabiegów  - zabezpieczenie pompy przed pracą na sucho bez wody | Tak, podać |  |
| 7 | Półautomatyczny spust wody z misy | Tak |  |
| 8 | Masaż podwodny min. 4 dysz z regulacją kierunku wypływu strumienia | Tak |  |
| 9 | Bierny masaż perełkowy z regulacją intensywności | Tak |  |
| 10 | Wybór sekcji dysz z panelu | Tak |  |
| 10 | Prysznic ręczny | Tak |  |
| 11 | Krzesło do wanny - 1 szt. | Tak |  |
| 12 | System zabezpieczający przed przelaniem wanny | Tak |  |
| 13 | Wlew i odpływ wody – dwa oddzielne systemy | Tak |  |
| 14 | Korpus i obudowa wanny wykonane są z tworzywa sztucznego wzmocnionego włóknem szklanym., konstrukcja samonośna bez stojaka metalowego | Tak |  |
| 15 | Możliwość wyboru kolorystyki wanny do wyboru przez Zamawiającego, min. 8 kolorów | Tak, podać |  |
| 16 | Zasilanie sieciowe 230 V/50Hz | Tak |  |
|  | Warunki gwarancji i inne |  |  |
| 17 | Wanna fabrycznie nowa, nie będąca uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2024 | Tak |  |
| 18 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 19 | Gwarancja min. 36 miesięcy | Tak, podać |  |
| 20 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 21 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 22 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 23 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 24 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 25 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego | Tak |  |
| 26 | Przy wysyłce wanny do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 27 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia , bezpłatne | Tak |  |
| 28 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 29 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 30 | Przy dostawie wanny dołączyć „paszport techniczny”, kartę gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, wpis lub zgłoszenie do URWMiPB | Tak |  |
| 31 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 1 poz. 4**

**Przedmiot zamówienia: dostawa i montaż wanny do masażu wirowego kończyn dolnych oraz odcinka lędźwiowego kręgosłupa - 1 szt.**

Typ Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
| 1 | Wanna do masażu wirowego kończyn dolnych i kręgosłupa lędźwiowego | Tak |  |
| 2 | Pojemność wanny litrów 210(+/- 5%) | Tak, podać |  |
| 3 | Dwa poziomy napełnienia wody 80 litrów (+/- 5%), 210 litrów (+/- 5%) | Tak, podać |  |
| 4 | Wymiary:  - długość: 1440 mm (+/- 20 mm)  - szerokość: 720 mm (+/- 20 mm)  - wysokość: 980 mm (+/- 20 mm) | Tak, podać |  |
| 5 | Wanna ze sterowaniem elektronicznym | Tak |  |
| 6 | Dotykowy panel sterowania min. 3,5”  - włączenie-wyłączenie urządzenia  - napełnianie wody do żądanego poziomu  - zabezpieczenie przed pracą na sucho  - ustawienie czasu zabiegu  - automatyczne wyłączenie urządzenia po skończeniu czasu zabiegu  - elektrozawory regulujące poziom napełniania | Tak, podać |  |
| 7 | Odpływ półautomatyczny | Tak |  |
| 8 | Masaż podwodny min. 12 dysz w trzech niezależnych sekcjach z regulacją kierunku wypływu strumienia | Tak |  |
| 9 | Możliwość kombinowanej pracy sekcji, min. 7 kombinacji | Tak |  |
| 10 | Automatyczny system napełniania ciepła-zimna woda | Tak |  |
| 11 | Bierny masaż perełkowy z regulacją intensywności | Tak |  |
| 12 | Wybór sekcji dysz z panelu | Tak |  |
| 13 | Prysznic ręczny | Tak |  |
| 14 | Stopień ułatwiający wychodzenie do wanny | Tak |  |
| 15 | Regulowana wysokość nóg | Tak |  |
| 16 | System zabezpieczający przed przelaniem wanny | Tak |  |
| 17 | Zasysanie sitkiem filtrującym | Tak |  |
| 18 | Wlew i odpływ wody – dwa oddzielne systemy | Tak |  |
| 19 | Korpus i obudowa wanny wykonane są z tworzywa sztucznego wzmocnionego włóknem szklanym | Tak |  |
| 20 | Możliwość wyboru kolorystyki wanny do wyboru przez Zamawiającego, min. 8 kolorów | Tak, podać |  |
| 21 | Zasilanie sieciowe 230 V/50Hz | Tak |  |
|  | Warunki gwarancji i inne |  |  |
| 22 | Wanna fabrycznie nowa, nie będąca uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2024 | Tak |  |
| 23 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 24 | Gwarancja min. 36 miesięcy | Tak, podać |  |
| 25 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 26 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 27 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 28 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 29 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 30 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego | Tak |  |
| 31 | Przy wysyłce wanny do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 32 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia, bezpłatne | Tak |  |
| 33 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 34 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 35 | Przy dostawie wanny dołączyć „paszport techniczny”, kartę gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, wpis lub zgłoszenie do URWMiPB | Tak |  |
| 36 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 1 poz. 5**

**Przedmiot zamówienia: dostawa i montaż wanny do masażu wirowego kończyn dolnych - 1 szt.**

Typ Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
| 1 | Wanna do masażu wirowego kończyn dolnych | Tak |  |
| 2 | Przeznaczona do masażu stóp i podudzia | Tak |  |
| 3 | Pojemność wirówki litrów 57(+/- 5%) | Tak, podać |  |
| 4 | Wymiary:  - długość: 890 mm (+/- 20 mm)  - szerokość: 880 mm (+/- 20 mm)  - wysokość: 750 mm (+/- 20 mm) | Tak, podać |  |
| 5 | Wanna ze sterowaniem elektronicznym | Tak |  |
| 6 | Dotykowy panel sterowania min. 3,5”  - włączenie urządzenia  - napełnianie wody do żądanego poziomu  - ustawienie czasu zabiegu  - zabezpieczenie przed pracą na sucho  - automatyczne wyłączenie urządzenia po skończeniu czasu zabiegu | Tak, podać |  |
| 7 | Półautomatyczny spust wody z misy | Tak |  |
| 8 | Masaż podwodny min. 6 dysz z regulacją kierunku wypływu strumienia | Tak |  |
| 9 | Bierny masaż perełkowy z regulacją intensywności | Tak |  |
| 10 | Prysznic ręczny | Tak |  |
| 11 | Krzesło z regulacją wysokości - 1 szt. | Tak |  |
| 12 | System zabezpieczający przed przelaniem wanny | Tak |  |
| 13 | Korpus i obudowa wanny wykonane są z tworzywa sztucznego wzmocnionego włóknem szklanym | Tak |  |
| 14 | Możliwość wyboru kolorystyki wanny do wyboru przez Zamawiającego, min. 8 kolorów | Tak, podać |  |
| 15 | Zasysanie sitkiem filtrującym | Tak |  |
| 16 | Wlew i odpływ wody – dwa oddzielne systemy | Tak |  |
| 17 | Pompa z tworzywa, zasilanie sieciowe 230 V/50Hz | Tak |  |
|  | Warunki gwarancji i inne |  |  |
| 18 | Wanna fabrycznie nowa, nie będąca uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2024 | Tak |  |
| 19 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 20 | Gwarancja min. 36 miesięcy | Tak, podać |  |
| 21 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 22 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 23 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 24 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 25 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 26 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego | Tak |  |
| 27 | Przy wysyłce wanna do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 28 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia, bezpłatne | Tak |  |
| 30 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 31 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 32 | Przy dostawie wanny dołączyć „paszport techniczny”, kartę gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, wpis lub zgłoszenie do URWMiPB | Tak |  |
| 33 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 2 poz. 1**

**Przedmiot zamówienia: dostawa aparatu do laseroterapii biostymulacyjnej z sondą IR - 1 szt.**

Typ Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
| 1 | Aparat do laseroterapii biostymulacyjnej z sondą IR | Tak |  |
| 2 | Kolorowy ekran dotykowy min. 5” | Tak, podać |  |
| 3 | Baza wbudowanych programów zabiegowych - encyklopedia z opisem metodyki zabiegów | Tak |  |
| 4 | Możliwość tworzenia programów użytkownika | Tak |  |
| 5 | Możliwość tworzenia listy programów ulubionych | Tak |  |
| 6 | Statystyki przeprowadzanych zabiegów | Tak |  |
| 7 | Możliwość podłączenia akumulatora - opcja | Tak |  |
| 8 | Współpraca z aplikatorami: skanującym, prysznicowym i sondami punktowymi | Tak |  |
| 9 | Tryby emisji: ciągły i impulsowy | Tak |  |
| 10 | Regulacja mocy promieniowania laserowego | Tak |  |
| 11 | Regulacja wypełnienia | Tak |  |
| 12 | Automatyczny test mocy promieniowania laserowego | Tak |  |
| 13 | Automatyczne przeliczanie czasu względem parametrów zabiegowych | Tak |  |
| 14 | Trzy tryby naświetlania pola zabiegowego w aplikatorach skanujących | Tak |  |
| 15 | Częstotliwość trybu impulsowego dla aplikatorów punktowych co najmniej 1 – 5000 Hz | Tak, podać |  |
| 16 | Wypełnienie w trybie impulsowym 10 – 90 %, impuls 50 us | Tak |  |
| 17 | Zasilanie sieciowe 230 V/50Hz | Tak |  |
| 18 | W zestawie:  - punktowy aplikator laserowy IR 400 mW, 808 nm – 1 szt.  - okulary ochronne dla pacjenta min. - 1 szt.  - okulary ochronne terapeuty min. - 1 szt.  - etykiety ostrzegawcze  - rysik do ekranu – 1 szt.  - zasilacz impulsowy z kablem zasilający – 1 szt.  - torba mieszcząca aparat wraz z wyposażeniem – 1 szt.  - wtyk blokady drzwi DOOR – 1 szt.  - uchwyt do sondy punktowej – 1 szt. | Tak, podać |  |
|  | Warunki gwarancji i inne |  |  |
| 19 | Aparat fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2024 | Tak |  |
| 20 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 21 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 22 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 23 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 24 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 25 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 26 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 27 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania aparatu do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, aparatu zastępczego | Tak |  |
| 28 | Przy wysyłce aparatu do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 29 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia , bezpłatne | Tak |  |
| 30 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 31 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 32 | Przy dostawie aparatu dołączyć „paszport techniczny”, kartę gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, wpis lub zgłoszenie do URWMiPB | Tak |  |
| 33 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 2 poz. 2**

**Przedmiot zamówienia: dostawa aparatu do laseroterapii biostymulacyjnej z sondą R - 1 szt.**

Typ Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
| 1 | Aparat do laseroterapii biostymulacyjnej z sondą R | Tak |  |
| 2 | Kolorowy ekran dotykowy min. 5” | Tak, podać |  |
| 3 | Baza wbudowanych programów zabiegowych - encyklopedia z opisem metodyki zabiegów | Tak |  |
| 4 | Możliwość tworzenia programów użytkownika | Tak |  |
| 5 | Możliwość tworzenia listy programów ulubionych | Tak |  |
| 6 | Statystyki przeprowadzanych zabiegów | Tak |  |
| 7 | Możliwość podłączenia akumulatora - opcja | Tak |  |
| 8 | Współpraca z aplikatorami: skanującym, prysznicowym i sondami punktowymi | Tak |  |
| 9 | Tryby emisji: ciągły i impulsowy | Tak |  |
| 10 | Regulacja mocy promieniowania laserowego | Tak |  |
| 11 | Regulacja wypełnienia | Tak |  |
| 12 | Automatyczny test mocy promieniowania laserowego | Tak |  |
| 13 | Automatyczne przeliczanie czasu względem parametrów zabiegowych | Tak |  |
| 14 | Trzy tryby naświetlania pola zabiegowego w aplikatorach skanujących | Tak |  |
| 15 | Częstotliwość trybu impulsowego dla aplikatorów punktowych co najmniej 1 – 5000 Hz | Tak, podać |  |
| 16 | Wypełnienie w trybie impulsowym 10 – 90 %, impuls 50 us | Tak |  |
| 17 | Zasilanie sieciowe 230 V/50Hz | Tak |  |
| 18 | W zestawie:  - punktowy aplikator laserowy R 660 nm, 80 mW – 1 szt.  - okulary ochronne dla pacjenta min. - 1 szt.  - okulary ochronne terapeuty min. - 1 szt.  - etykiety ostrzegawcze  - rysik do ekranu – 1 szt.  - zasilacz impulsowy z kablem zasilający – 1 szt.  - torba mieszcząca aparat wraz z wyposażeniem – 1 szt.  - wtyk blokady drzwi DOOR – 1 szt.  - uchwyt do sondy punktowej – 1 szt. | Tak, podać |  |
|  | Warunki gwarancji i inne |  |  |
| 19 | Aparat fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2024 | Tak |  |
| 20 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 21 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 22 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 23 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 24 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 25 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 26 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 27 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania aparatu do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, aparatu zastępczego | Tak |  |
| 28 | Przy wysyłce aparatu do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 29 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia , bezpłatne | Tak |  |
| 30 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 31 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 32 | Przy dostawie aparatu dołączyć „paszport techniczny”, kartę gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, wpis lub zgłoszenie do URWMiPB | Tak |  |
| 33 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 2 poz. 3**

**Przedmiot zamówienia: dostawa aparatu do laseroterapii biostymulacyjnej z aplikatorem prysznicowym - 1 szt.**

Typ Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
| 1 | Aparat do laseroterapii biostymulacyjnej z aplikatorem prysznicowym | Tak |  |
| 2 | Kolorowy ekran dotykowy min. 5” | Tak, podać |  |
| 3 | Baza wbudowanych programów zabiegowych - encyklopedia z opisem metodyki zabiegów | Tak |  |
| 4 | Możliwość tworzenia programów użytkownika | Tak |  |
| 5 | Możliwość tworzenia listy programów ulubionych | Tak |  |
| 6 | Statystyki przeprowadzanych zabiegów | Tak |  |
| 7 | Możliwość podłączenia akumulatora - opcja | Tak |  |
| 8 | Współpraca z aplikatorami: skanującym, prysznicowym i sondami punktowymi | Tak |  |
| 9 | Tryby emisji: ciągły i impulsowy | Tak |  |
| 10 | Regulacja mocy promieniowania laserowego | Tak |  |
| 11 | Regulacja wypełnienia | Tak |  |
| 12 | Automatyczny test mocy promieniowania laserowego | Tak |  |
| 13 | Automatyczne przeliczanie czasu względem parametrów zabiegowych | Tak |  |
| 14 | Trzy tryby naświetlania pola zabiegowego w aplikatorach skanujących | Tak |  |
| 15 | Częstotliwość trybu impulsowego dla aplikatorów punktowych co najmniej 1 – 5000 Hz | Tak, podać |  |
| 16 | Wypełnienie w trybie impulsowym 10 – 90 %, impuls 50 us | Tak |  |
| 17 | Zasilanie sieciowe 230 V/50Hz | Tak |  |
| 18 | W zestawie:  - aplikator prysznicowy IR+R o mocy 1800mW,4x808 nm i 5x660 nm długość fali –1 szt.  - okulary ochronne dla pacjenta min. - 1 szt.  - okulary ochronne terapeuty min. - 1 szt.  - etykiety ostrzegawcze  - rysik do ekranu – 1 szt.  - zasilacz impulsowy z kablem zasilający – 1 szt.  - torba mieszcząca aparat wraz z wyposażeniem – 1 szt.  - wtyk blokady drzwi DOOR – 1 szt.  - uchwyt do aplikatora prysznicowego – 1 szt.  - statyw do aplikatora prysznicowego – 1 szt. | Tak, podać |  |
|  | Warunki gwarancji i inne |  |  |
| 19 | Aparat fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2024 | Tak |  |
| 20 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 21 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 22 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 23 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 24 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 25 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 26 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 27 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania aparatu do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, aparatu zastępczego | Tak |  |
| 28 | Przy wysyłce aparatu do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 29 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia, bezpłatne | Tak |  |
| 30 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 31 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 32 | Przy dostawie aparatu dołączyć „paszport techniczny”, kartę gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, wpis lub zgłoszenie do URWMiPB | Tak |  |
| 33 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 2 poz. 4**

**Przedmiot zamówienia: dostawa aparatu do elektroterapii z wyposażeniem - 5 szt.**

Typ Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
| 1 | Aparat do elektroterapii | Tak |  |
| 2 | Kolorowy ekran dotykowy min. 5” | Tak, podać |  |
| 3 | Tryb programowy i manualny | Tak |  |
| 4 | Baza wbudowanych programów zabiegowych - encyklopedia z opisem metodyki zabiegów, min. 60 | Tak, podać |  |
| 5 | Baza wbudowanych sekwencji zabiegowych | Tak |  |
| 6 | Programy wybierane po nazwie lub dziedzinie | Tak |  |
| 7 | Możliwość tworzenia programów użytkownika | Tak |  |
| 8 | Możliwość tworzenia sekwencji użytkowych | Tak |  |
| 9 | Możliwość tworzenia listy programów ulubionych | Tak |  |
| 10 | Dwa niezależne kanały zabiegowe | Tak |  |
| 11 | Regulacja natężenia w obwodzie pacjenta jednocześnie dla obu kanałów lub osobno | Tak |  |
| 12 | Statystyki przeprowadzanych zabiegów | Tak |  |
| 13 | Możliwość podłączenia akumulatora - opcja | Tak |  |
| 14 | Zasilanie sieciowe 230 V/50Hz | Tak |  |
| 15 | Wymagane prądy:  – interferencyjne izoplanarne  – interferencyjne dynamiczne  – interferencyjne jednokanałowe AMF  – TENS symetryczny  – TENS asymetryczny  – TENS naprzemienny  – TENS burst  – TENS do terapii porażeń spastycznych  – Kotz’a (rosyjska stymulacja)  – tonoliza  – stymulacja Hufschmidta  – diadynamiczne (MF, DF, CP, CP-ISO, LP, RS, MM)  – impulsowe prostokątne  – impulsowe trójkątne  – impulsowe UR wg Traberta (2 - 5)  – impulsowe Leduca (1 - 9)  – impulsowe neofaradyczne  – unipolarne falujące  – bipolarne falujące  – galwaniczne  – mikroprądy  – prądy średniej częstotliwości MF  – impulsy IG  – prądy EMS  – fale H | Tak, podać |  |
| 16 | W zestawie:  - kable pacjenta - 2 szt.  - elektrody do elektroterapii 6x6 cm - 4 szt.  - elektrody do elektroterapii 7,5x9 cm - 2 szt.  - pokrowce wiskozowe do elektroterapii o rozmiarze 8x8 cm min. - 8 szt.  - pokrowce wiskozowe do elektroterapii o rozmiarze 10x10 cm min. - 4 szt.  - pas rzepowy min. 40x9 cm - 2 szt.  - pas rzepowy min.100x9 cm - 2 szt.  - woreczek z piaskiem rozmiar min. 21x14 cm - 2 szt.  - elektrody punktowe z adapterem: 6 mm, 10mm, 15 mm, 20 mm – po 1 szt.  - rysik do ekranu – 1 szt.  - zasilacz impulsowy z kablem zasilający - 1 szt.  - torba do aparat wraz z wyposażeniem - 1 szt. | Tak, podać |  |
|  | Warunki gwarancji i inne |  |  |
| 17 | Aparat fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2024 | Tak |  |
| 18 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 19 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 20 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 21 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 22 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 23 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 24 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 25 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania aparatu do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, aparatu zastępczego | Tak |  |
| 26 | Przy wysyłce aparatu do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 27 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia, bezpłatne | Tak |  |
| 28 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 29 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 30 | Przy dostawie aparatu dołączyć „paszport techniczny”, kartę gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, wpis lub zgłoszenie do URWMiPB | Tak |  |
| 31 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERT**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 3**

**Przedmiot zamówienia: dostawa stołu operacyjnego, ogólnochirurgicznego - 1 szt.**

Typ Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
| 1 | Stół do operacji ogólnochirurgicznych | Tak |  |
| 2 | Napęd stołu elektrohydrauliczny | Tak |  |
| 3 | Konfiguracja blatu stołu:  - podgłówek płytowy na całą szerokość blatu,  - oparcie pleców z możliwością uzyskania wypiętrzenia klatki piersiowej (dwusegmentowe),  - płyta lędźwiowa,  - podnóżki: lewy i prawy  Blat z możliwością zamiany miejscami podnóżków z podgłówkiem.  Segmenty blatu wyposażone z obu stron w listwy ze stali nierdzewnej, kwasoodpornej do mocowania wyposażenia.  Listwy w segmencie oparcia pleców i płycie lędźwiowej wyposażone na obu końcach w ograniczniki zabezpieczające korpusy mocujące wyposażenie przed ich przypadkowym wypadnięciem | Tak |  |
| 4 | Długość stołu z blatem: 2050 mm (+/- 30 mm ) | Tak, podać |  |
| 5 | Całkowita szerokość blatu: 580 mm (+/- 30 mm ) | Tak, podać |  |
| 6 | Regulacja wysokości blatu: 720 do 1140 mm ( ± 30 mm ), wymiary wysokości dotyczą górnej powierzchni materaca | Tak, podać |  |
| 7 | Regulacja oparcia pleców: - 400 do +850 (+/- 50 ) | Tak, podać |  |
| 8 | Regulacja podgłówka: - 550 do +550 (+/- 50 ) | Tak, podać |  |
| 9 | Przechyły boczne w obie strony, min. po 300 | Tak, podać |  |
| 10 | Przechył Trendelenburga, min. 400 | Tak, podać |  |
| 11 | Przechył anty –Trendelenburga, min. 400 | Tak, podać |  |
| 12 | Regulacja kąta nachylenia podnóżków w płaszczyźnie pionowej: - 900 do +300 (+/- 50) | Tak, podać |  |
| 13 | Zakres regulacji kata odchylenia podnóżków w płaszczyźnie poziomej: 00 do 1800 (+/-50) | Tak, podać |  |
| 14 | Ręczny przesuw wzdłużny blatu: min. 330 mm, przesuw płynny, bezstopniowy, bezskokowy, zapewniający zablokowanie blatu w dowolnym położeniu na całym zakresie przesuwu | Tak, podać |  |
| 15 | Układ sterowania z funkcją „stand by” z możliwością ustawienia długości zwłoki czasowej od ostatniego naciśnięcia przycisku funkcyjnego do dezaktywacji pilota. Ponowne sterowanie z pilota możliwe po naciśnięciu przycisku aktywacji przycisków funkcyjnych | Tak |  |
| 16 | Regulacja pilotem przewodowym przez układ elektro-hydrauliczny następujących pozycji blatu:  - zmiana wysokości  - przechyły wzdłużne  - przechyły boczne  - poziomowanie blatu jednym przyciskiem | Tak |  |
| 17 | Stół wyposażony w przewodowy pilot z wyświetlaczem LCD o szerokich kątach widzenia.  Ergonomiczny pilot z podświetlanymi klawiszami i z wyraźnymi ikonami dla poszczególnych funkcji.  Pilot wyposażony w przycisk aktywujący wszystkie funkcje oraz w przycisk do zmiany orientacji blatu.  Po włączeniu pilota na wyświetlaczu informacja o procentowym stanie naładowania baterii stołu. Przy realizacji poszczególnych funkcji wyświetlanie piktogramu przedstawiającego wykonywany ruch stołu oraz aktualna wartość regulowanego parametru.  Regulacja funkcjami stołu dwustopniowa - zabezpieczająca przed przypadkowym uruchomieniem funkcji (wybór regulowanej funkcji a następnie wybór kierunku regulacji) poza pozycją Trendelenburga oraz „0”.  Klawisz pozycji Trendelenburga specjalnie oznaczony – odróżniający się od innych klawiszów | Tak |  |
| 18 | Możliwość podłączenia pilota do stołu od strony nóg lub od strony głowy pacjenta | Tak |  |
| 19 | Zasilanie bateryjne 24 V, ładowarka wbudowana w podstawę stołu | Tak |  |
| 20 | Regulacja segmentu oparcia pleców, podgłówka oraz nachylenia podnóżków w płaszczyźnie pionowej wspomagana sprężynami gazowymi z blokadą, uruchamianymi łatwo dostępnymi dla personelu dźwigniami | Tak |  |
| 21 | Zabezpieczenie przed przypadkowym uruchomieniem dźwigni zwalniania blokad sprężyn gazowych, służących do regulacji oparcia pleców | Tak |  |
| 22 | Konstrukcja stołu ze stali nierdzewnej o bardzo dobrych właściwościach antykorozyjnych i kwasoodpornych | Tak |  |
| 23 | Podstawa w kształcie litery „T” zapewniająca dobry dostęp chirurga do blatu stołu. Wysokość podstawy nie więcej niż 140 mm od podłogi | Tak, podać |  |
| 24 | Stół przejezdny z systemem blokowania, w pozycji zablokowanej stół opierający się na 4 stopkach | Tak |  |
| 25 | Stół z zaciskiem wyrównania potencjałów wraz z przewodem do odprowadzania ładunków elektrostatycznych | Tak |  |
| 26 | Płyta oparcia pleców dzielona w proporcji 1:2 (dłuższy segment od strony głowy pacjenta), z możliwością wykonania wypiętrzenia klatki piersiowej od strony głowy pacjenta przy pomocy odłączanej korby, wysokość wierzchołka materaca po wypiętrzeniu min. 150 mm | Tak, podać |  |
| 27 | Blat przenikalny dla promieni RTG z możliwością wykonywania zdjęć RTG oraz możliwością monitorowania pacjenta przy pomocy ramienia C, prowadnice na kasetę RTG co najmniej w segmencie podgłówka, oparcia pleców i siedziska | Tak |  |
| 28 | Materace bezszwowe, demontowane, antystatyczne, wykonane z poliuretanu spienionego, grubość materaca min. 50 mm | Tak |  |
| 29 | Dopuszczalne obciążenie robocze - dynamiczne, min. 200 kg | Tak, podać |  |
| 30 | Dopuszczalne obciążenie statyczne stołu (blat wypoziomowany, centralnie ułożony względem kolumny, ruch góra / dół): min. 350 kg | Tak, podać |  |
| 31 | Wyposażenie stołu :  - podpórka ręki z uchwytem mocującym – 1 kpl.  - poręcze kompletne zabezpieczające bezwładnego pacjenta przed zsunięciem się ze stołu operacyjnego, składające się z czterech elementów montowanych na listwach bocznych stołu operacyjnego z możliwością przesuwu wzdłużnego i odwodzenia na boki, wykonane są ze stali nierdzewnej – 1 kpl.  - pas nadgarstkowy służący do unieruchamiania kończyn górnych na wysokości nadgarstka. Mocowany do listwy bocznej stołu, posiadający regulację wzdłużną oraz regulację zacisku pasa, szerokość pasa min. 100 mm – 1 szt.  - pas udowy służący do unieruchamiania uda pacjenta na stole operacyjnym, składający się z nierdzewnego zaczepu montowanego na listwie bocznej stołu operacyjnego oraz pasa o szerokości min. 100 mm – 1 szt. | Tak |  |
| 32 | Powierzchnie stołu odporne na środki dezynfekcyjne | Tak |  |
|  | Warunki gwarancji i inne |  |  |
| 33 | Stół fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2024 | Tak |  |
| 34 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 35 | Gwarancja min. 48 miesięcy | Tak, podać |  |
| 36 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 37 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 38 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 39 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 40 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 41 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy, wymagane jest wstawienie na czas naprawy, stołu zastępczego | Tak |  |
| 42 | Przy wysyłce stołu do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 43 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy stołu, bezpłatne | Tak |  |
| 44 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 45 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy stołu (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 46 | Przy dostawie stołu dołączyć „paszport techniczny”, kartę gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, wpis lub zgłoszenie do URWMiPB | Tak |  |
| 47 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 4 poz. 1**

**Przedmiot zamówienia: dostawa wózków reanimacyjnych – 3 szt.**

Typ Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
| 1 | Wózek reanimacyjny wyposażony w 4 szuflady | Tak |  |
| 2 | Wymiary wózka bez wyposażenia dodatkowego:  - szerokość: 650 mm (+/- 20 mm)  - głębokość: 550 mm (+/- 20 mm)  - wysokość od podłoża do blatu: 1000 mm (+/- 20 mm) | Tak, podać |  |
| 3 | Wymiary szafki:  - szerokość: 600 mm (+/- 20 mm)  - głębokość 500 mm (+/- 20 mm)  - wysokość: 805 mm (+/- 20 mm) | Tak, podać |  |
| 4 | Wózek wyposażony w 4 szuflady:  - 1 szuflada o wysokości frontu 234 mm (+/- 5 mm)  - 3 szuflady o wysokości frontu 156 mm (+/- 5 mm) | Tak, podać |  |
| 5 | Wymiary powierzchni użytkowej szuflady:  - przy wysokości frontów 1x234 mm: 525x440x209 mm (+/- 5 mm ) (szerokość x głębokość x wysokość)  - przy wysokości frontu 3x156 mm: 525x440x140 mm (+/- 5 mm ) (szerokość x głębokość x wysokość) | Tak, podać |  |
| 6 | Szuflady wyposażone w prowadnice z samodociągiem | Tak, podać |  |
| 7 | Szafka i szuflady wykonane ze stali lakierowanej proszkowo, kolorystyka do wyboru przez Zamawiającego, min. 19 kolorów do wyboru | Tak, podać |  |
| 8 | Blat szafki z stalowy, lakierowany proszkowo z pogłębieniem, obudowany z 3 stron bandami zabezpieczającymi przed zsunięciem się przedmiotów, wysokość band: 50 mm (+/- 5 mm) | Tak, podać |  |
| 9 | Uchwyty szuflad bez ostrych krawędzi, wykonane z aluminium anodowanego lub lakierowane proszkowo, kolorystyka do wyboru przez Zamawiającego, min. 19 kolorów do wyboru | Tak, podać |  |
| 10 | Podstawa stalowa lakierowana proszkowo na biało z odbojami, wyposażona w koła w obudowie z tworzywa sztucznego o średnicy 125 mm, w tym dwa z blokadą | Tak, podać |  |
| 11 | Wyposażenie dodatkowe wózka:  - 2 odcinki szyny instrumentalnej do montowania wyposażenia dodatkowego wykonane ze stali kwasoodpornej, narożniki zabezpieczone i zintegrowane z korpusem wózka poprzez łącznik z tworzywa  - 1 szt. wysuwany blat boczny, stalowy, lakierowany proszkowo  - 1 szt. wieszak kroplówki z regulacją wysokości z dwoma haczykami  - 1 szt. wyprofilowana deska do przeprowadzania RKO, wykonana z odpornego tworzywa sztucznego  - 1 szt. koszyk na akcesoria 360x160x150mm (+/- 5mm)  - 1 szt. kosz na odpady z tworzywa z pokrywą uchylną  - 1 szt. uchwyt do przetaczania umiejscowiony z przodu wózka, nad szufladami, stalowy lakierowany proszkowo - kolorystyka do wyboru przez Zamawiającego, min. 19 kolorów do wyboru | Tak, podać |  |
| 12 | Dodatkowe akcesoria mocowane za pomocą aluminiowych kostek 54x40 mm (wysokość x szerokość), z pokrętłem stabilnie mocującym osprzęt, nie odkształcających się podczas użytkowania, blokujących przesuwanie się osprzętu podczas jazdy, uchwyty z możliwością zawieszenia także na szynie Modur o przekroju 10x30 mm | Tak, podać |  |
|  | Warunki gwarancji i inne |  |  |
| 13 | Wózek fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2024 | Tak |  |
| 14 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 15 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 16 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 17 | Adres i numer zgłoszeniowy | Tak |  |
| 18 | Przy dostawie dołączyć, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, Wpis lub zgłoszenie do URWMiPB, Certyfikat producenta wyrobów medycznych PN-EN ISO 13485, Certyfikat PN-EN ISO 9001 - projektowanie, serwis, produkcja sprzętu medycznego (lub równoważne) | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 4 poz. 2**

**Przedmiot zamówienia: dostawa wózków reanimacyjnych - 2 szt.**

Typ Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
| 1 | Wózek reanimacyjny wyposażony szafkę z 2 szufladami i półkę pod szafką | Tak |  |
| 2 | Wymiary wózka bez wyposażenia dodatkowego:  - szerokość 700 mm (+/- 20 mm)  - głębokość 560 mm (+/- 20 mm)  - wysokość od podłoża do blatu 1000 mm (+/- 20 mm) | Tak, podać |  |
| 3 | Wymiary szafki:  - szerokość 600 mm (+/- 20 mm)  - głębokość 500 mm (+/- 20 mm)  - wysokość: 390 mm (+/- 20 mm) | Tak, podać |  |
| 4 | Wózek wyposażony w szafkę z 2 szufladami:  - 2 x szuflady o wysokości frontu 156 mm (+/- 10 mm) | Tak, podać |  |
| 5 | Wymiary półki: 600x500mm (+/- 10mm) | Tak, podać |  |
| 6 | Wymiary powierzchni użytkowej szuflad:  - szerokość: 525 mm (+/- 10 mm)  - głębokość: 465 mm (+/- 10 mm)  - wysokość: 145 mm (+/- 10 mm) | Tak, podać |  |
| 7 | Stelaż z profilu aluminiowego lakierowanego proszkowo na biało. Profil nośny z 2 kanałami montażowymi po obydwu stronach umożliwiający regulację wysokości położenia szyn instrumentalnych oraz rozbudowę wózka w przyszłości o wyposażenie dodatkowe wyłącznie za pomocą elementów złącznych, bez konieczności wykonywania otworów. Kanały montażowe zaślepione elastyczną, wyjmowaną uszczelką zabezpieczającą przed gromadzeniem się brudu, min. 8 kolorów do wyboru przez Zamawiającego | Tak, podać |  |
| 8 | Blat wózka wykonany z tworzywa ABS, z przegłębieniem, otoczony z 3 stron bandami o wysokości 40 mm | Tak, podać |  |
| 9 | Blat z ABS z możliwością demontażu - dostępność wymiennych blatów przez min. 10 lat | Tak |  |
| 10 | Wymiary blatu: 600x500 mm (+/- 10 mm)  Wymiary powierzchni użytkowej blatu: 550x450 mm (+/- 10 mm) | Tak, podać |  |
| 11 | Podstawa stalowa z osłoną z tworzywa z ABS pełniącą funkcję odbojów, wyposażona w koła w obudowie z tworzywa sztucznego o średnicy min. 125 mm, w tym dwa z blokadą | Tak, podać |  |
| 12 | Szafka stalowa lakierowana proszkowo na biało, front lakierowany na wybrany kolor z palety RAL, min. 19 kolorów do wyboru przez Zamawiającego | Tak, podać |  |
| 13 | Prowadnice szuflad z samodociągiem | Tak |  |
| 14 | Uchwyty szuflad bez ostrych krawędzi w kształcie litery C, wykonane z aluminium anodowanego lub lakierowane proszkowo, kolorystyka do wyboru przez Zamawiającego, min. 19 kolorów do wyboru | Tak |  |
| 15 | Wyposażenie dodatkowe wózka:  - 4 szt. odcinki szyny instrumentalnej do montowania wyposażenia dodatkowego wykonane ze stali kwasoodpornej, narożniki zabezpieczone i zintegrowane z korpusem wózka poprzez łącznik z tworzywa  - 1 szt. pojemnik na narzędzia 325x175x40mm (+/- 5 mm)  - 1 szt. wieszak kroplówki z regulacją wysokości, głowica na 4 haczyki  - 1 szt. uchwyt do pojemnika na zużyte igły, dostosowany do wymiarów pojemnika Zamawiającego  - 1 szt. pojemnik na rękawiczki obudowany z 3 stron, wymiary pojemnika: 124x75x230 mm (+/- 5 mm)  - 1 szt. kosz na odpady z tworzywa sztucznego z pokrywą uchylną  - 1 szt. koszyk na akcesoria stalowy lakierowany proszkowo 360x160x150mm (+/- 5 mm)  - 1 szt. uchwyt do przetaczania umiejscowiony z przodu wózka, nad szufladami, stalowy lakierowany proszkowo - kolorystyka do wyboru przez Zamawiającego, min. 19 kolorów do wyboru | Tak, podać |  |
| 16 | Dodatkowe akcesoria mocowane za pomocą aluminiowych kostek 54x40 mm z wyjątkiem kosza na odpady (wysokość x szerokość), z pokrętłem stabilnie mocującym osprzęt, nie odkształcających się podczas użytkowania, blokujących przesuwanie się osprzętu podczas jazdy, uchwyty z możliwością zawieszenia także na szynie Modur o przekroju 10x30 mm | Tak, podać |  |
|  | Warunki gwarancji i inne |  |  |
| 17 | Wózek fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2024 | Tak |  |
| 18 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 19 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 20 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 21 | Adres i numer zgłoszeniowy | Tak |  |
| 22 | Przy dostawie dołączyć, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, Wpis lub zgłoszenie do URWMiPB, Certyfikat producenta wyrobów medycznych PN-EN ISO 13485, Certyfikat PN-EN ISO 9001 - projektowanie, serwis, produkcja sprzętu medycznego (lub równoważne) | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 4 poz. 3**

**Przedmiot zamówienia: dostawa stolika instrumentalnego typ Mayo - 1 szt.**

Typ Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
| 1 | Stolik instrumentalny typ MAYO | Tak |  |
| 2 | Wymiary stolika:  - wysokość 950-1320 mm (+/- 20 mm)  - szerokość 500 mm (+/- 20 mm)  - długość 750 mm (+/- 20 mm) | Tak, podać |  |
| 3 | Konstrukcja ze stali kwasoodpornej gatunek 0H18N9 | Tak |  |
| 4 | Podstawa w kształcie litery T, wyposażona w 3 koła w obudowie z tworzywa sztucznego o średnicy min. 75 mm, wszystkie z blokadą | Tak, podać |  |
| 5 | Blat wykonany ze stali kwasoodpornej gatunek 0H18N9 z przegłębieniem, obracany w poziomie o 360° z blokadą obrotu | Tak |  |
| 6 | Regulacja wysokości blatu, podnoszony hydraulicznie za pomocą pedału nożnego | Tak |  |
| 7 | Wymiar blatu: 750x500 mm (+/- 20 mm) | Tak, podać |  |
| 8 | Wszystkie krawędzie zaokrąglone, bezpiecznie | Tak |  |
|  | Warunki gwarancji i inne |  |  |
| 9 | Wózek fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2024 | Tak |  |
| 10 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 12 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 13 | Adres i numer zgłoszeniowy | Tak |  |
| 14 | Przy dostawie dołączyć, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, Wpis lub zgłoszenie do URWMiPB, Certyfikat producenta wyrobów medycznych PN-EN ISO 13485, Certyfikat PN-EN ISO 9001 - projektowanie, serwis, produkcja sprzętu medycznego (lub równoważne) | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 4 poz. 4**

**Przedmiot zamówienia: dostawa szafek przyłóżkowy - 50 szt.**

Typ Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
| 1 | Szafka przyłóżkowa | Tak |  |
| 2 | Szafka przyłóżkowa jednostronna - szuflada, drzwiczki, z korpusem i drzwiami wykonanym z płyty obustronnie laminowanej z obrzeżami z okleiny PCV | Tak |  |
| 3 | Blat z laminatu HPL w kolorze białym o grubości co najmniej 10 mm | Tak, podać |  |
| 4 | Fronty z płyty meblowej laminowanej, min. 5 kolorów do wyboru przez Zamawiającego | Tak, podać |  |
| 5 | Wymiary części szafki z drzwiczkami  - 390mm (+/- 5mm) szerokość  - 360mm (+/- 5mm) głębokość  - 410mm (+/-5mm) wysokość | Tak, podać |  |
| 6 | Wymiary powierzchni użytkowej szuflady:  - 340mm (+/- 5mm) szerokość  - 330mm (+/- 5mm) głębokość  - 120mm (+/-5mm) wysokość | Tak, podać |  |
| 7 | Wymiary całkowite  - 430mm (+/- 5mm) szerokość  - 460mm (+/- 5mm) głębokość  - 880mm (+/-5mm) wysokość | Tak, podać |  |
| 8 | Wyposażona w podwójne koła w obudowie z tworzywa sztucznego o średnicy min. 50mm | Tak, podać |  |
|  | Warunki gwarancji i inne |  |  |
| 9 | Stoliki fabrycznie nowe, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2024 | Tak |  |
| 10 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 12 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 13 | Adres i numer zgłoszeniowy | Tak |  |
| 14 | Przy dostawie dołączyć, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, Wpis lub zgłoszenie do URWMiPB | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 5**

**Przedmiot zamówienia: dostawa napędu ortopedycznego wraz z nasadkami - 1 zestaw**

Typ Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
| 1 | Napęd ortopedyczny dużej mocy do nasadek i ostrzy | Tak |  |
| 2 | Lekka, modularna rękojeść wykonana z materiału PEEK | Tak |  |
| 3 | Waga max. 980g | Tak, podać |  |
| 4 | Zatrzaskowy montaż akumulatorów, nasadek i ostrzy bez użycia dodatkowych narzędzi | Tak |  |
| 5 | Silnik nie wymagający konserwacji i smarowania | Tak |  |
| 6 | Akumulatory dołączane od dołu rękojeści napędu | Tak |  |
| 7 | Napęd kaniulowany 4mm | Tak |  |
| 8 | Prędkość maksymalna 13000 osc./min./950/250/200 obr./min. - uzależniona od zastosowanej nasadki | Tak, podać |  |
| 9 | Metody sterylizacji, autoklaw 134º, minimalny czas sterylizacji 3 minuty, czas suszenia 15 minut | Tak, podać |  |
| 10 | Możliwość rozbudowy napędu z nasadkami typu: piła oscylacyjna, piła oscylacyjna MIS, piła posuwisto-zwrotna, mikropiła do małych procedur ortopedycznych, sternotom | Tak, podać |  |
| 11 | Brak możliwości otwarcia obudowy akumulatora po podłączeniu do napędu - mechanizm  zapobiegający wypadnięciu akumulatora podczas pracy napędu | Tak |  |
| 12 | Napęd nie wymagający konserwacji i smarowania | Tak |  |
| 13 | Współpraca napędu z nasadkami typu: AO, AO/Trinkle, Trinkle, Harris, Zimmer/Hudson | Tak, podać |  |
| 14 | Nasadka wiertarki typ Jacobs - 1 szt. | Tak |  |
| 14a | Zakres min. 0 -7,4 mm z kluczykiem | Tak, podać |  |
| 14b | Kaniulacja 4,1mm | Tak, podać |  |
| 14c | Obroty co min. 0-950 obr./min. | Tak, podać |  |
| 15 | Nasadka do drutów Kirschnera - 1 szt. | Tak |  |
| 15a | Obroty co najmniej 0-950 obr./min. | Tak, podać |  |
| 15b | Zakres min. 0,8 - 4,0 mm | Tak, podać |  |
| 16 | Nasadka piły sagitalnej - minimalne cięcia inwazyjne - 1 szt. | Tak |  |
| 17 | Ładowarka do akumulatorów LI-ION na min. cztery stanowiska - 1 szt. | Tak |  |
| 17a | Możliwość szybkiego ładowania akumulatora, z rozpoznawaniem stopnia naładowania i  wyświetlaniem stopnia naładowania na ładowarce | Tak |  |
| 17b | Możliwość testowania pozostałej pojemności baterii oraz wyświetlanie informacji o uszkodzonej baterii | Tak |  |
| 17c | Możliwość ładowania zarówno akumulatorów do dużych napędów m średnich napędów jak i małych napędów ortopedycznych za pomocą wymiennych adapterów | Tak |  |
| 17d | Sterowanie poprzez dotykowy ekran z licznikiem cykli ładowań dla każdego akumulatora | Tak |  |
| 17e | Ładowarka wyposażona w gniazdo wyjściowe do zasilania w celu podpięcia drugiej ładowarki szeregowo z jednego źródła prądu | Tak |  |
| 17f | Na obudowie włącznik ładowarki | Tak |  |
| 17g | Moc ładowarki min. 250W | Tak |  |
| 18 | Uniwersalna przejściówka do ładowarki dedykowana do zaproponowanych akumulatorów | Tak |  |
| 19 | Akumulator niesterylny LI-ION - 2 szt. | Tak, podać |  |
| 19a | Napięcie co najmniej 10,8V | Tak, podać |  |
| 19b | Pojemność co najmniej 2,2Ah | Tak, podać |  |
| 19c | Max. waga 250g | Tak, podać |  |
| 20 | Obudowa akumulatora - 1 szt. | Tak |  |
| 21 | Aseptyczny zestaw do montażu akumulatora w obudowie - 1 szt. | Tak |  |
| 22 | Kontener sterylizacyjny z pokrywą dedykowany do napędu z miejscami do przechowywania poszczególnych elementów zestawu - 1 szt. | Tak |  |
|  | **Warunki gwarancji i inne** |  |  |
| 23 | Urządzenie z wyposażeniem fabrycznie nowe, nie będące uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2024 | Tak |  |
| 24 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 25 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 26 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 27 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 28 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 29 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 30 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 31 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego | Tak |  |
| 32 | Przy wysyłce urządzenia do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 33 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia , bezpłatne | Tak |  |
| 34 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany urządzenia na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 35 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 36 | Przy dostawie dołączyć, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, Wpis lub zgłoszenie do URWMiPB | Tak |  |
| 37 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 6**

**Przedmiot zamówienia: dostawa zestawu do ogrzewania płynów infuzyjnych - 1 zestaw**

Typ Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
| 1 | Zestaw do ogrzewania płynów infuzyjnych wykorzystuje suche ciepło, bez wykorzystywania zbiorników płynów grzejących | Tak |  |
| 2 | Urządzenie jedno-elementowe | Tak |  |
| 3 | Zadana temperatura grzania 41°C+/- 1°C | Tak, podać |  |
| 4 | Podgrzanie do zadanej temperatury 41°C max. 2 minuty | Tak, podać |  |
| 5 | Gwarancja ogrzania płynów do temperatury w zakresie 33-41°C | Tak, podać |  |
| 6 | Efektywność ogrzewania określona na podstawie ogrzewania płynów o temperaturze wejściowej 10°C | Tak |  |
| 7 | Zabezpieczenia i alarmy | Tak |  |
| 7a | Alarm ostrzegawczy przegrzania 43°C +3/-2°C | Tak, podać |  |
| 7b | Alarm ostrzegawczy niedogrzania 33°C +/-2°C+3/-2°C | Tak, podać |  |
| 7c | Wyłącznik zabezpieczający przed przegrzaniem 44°C +/-2°C | Tak, podać |  |
| 7d | Alarm niezależnego awaryjnego systemu bezpieczeństwa 44°C | Tak |  |
| 8 | Możliwość montażu na stojaku | Tak |  |
| 9 | Maksymalny ciężar netto 3,5 kg | Tak, podać |  |
| 10 | Przepływ krwi od KVO do 500 ml/min | Tak, podać |  |
| 11 | Wyświetlacz informujący: | Tak |  |
| 11a | Aktualnej temperaturze grzania | Tak |  |
| 11b | Zbyt wysokiej temperaturze grzania | Tak |  |
| 11c | Zbyt niskiej temperaturze grzania | Tak |  |
| 11d | Kontrolka alarmu | Tak |  |
| 12 | Maksymalna moc grzewcza 950 W | Tak, podać |  |
| 13 | Urządzenie ogrzewające krew i płyny infuzyjne przy użyciu kaset jednorazowych | Tak |  |
| 14 | Kasety jednorazowe do ogrzewania płynów, min. 20 szt. | Tak, podać |  |
| 14a | z wkomponowanym min. jednym portem do iniekcji | Tak |  |
| 14b | z automatycznym bezobsługowym odpowietrzaczem w przypadku kaset do wysokich przepływów | Tak |  |
| 14c | z wymienną komorą kroplową z filtrem krwi w przypadku kaset do wysokich przepływów | Tak |  |
|  | **Warunki gwarancji i inne** |  |  |
| 15 | Zestaw do ogrzewania płynów infuzyjnych fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw rok produkcji 2024 | Tak |  |
| 16 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 17 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 18 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 19 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 20 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 21 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 22 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 23 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego | Tak |  |
| 24 | Przy wysyłce zestaw do ogrzewania płynów infuzyjnych do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 25 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia, bezpłatne | Tak |  |
| 26 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 27 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 28 | Przy dostawie dołączyć, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, Wpis lub zgłoszenie do URWMiPB | Tak |  |
| 29 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 7 poz. 1**

**Przedmiot zamówienia: dostawa urządzenia mobilnego do ogrzewania płynów - 2 szt.**

Typ Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
| 1 | Urządzenie mobilne do ogrzewania płynów, umożliwiające łatwy i bezpieczny transport, wyposażone w cztery kółka - dwa z opcją blokady | Tak |  |
| 2 | Obudowa z płyt izolacyjnych pokrytych łatwym do mycia tworzywem sztucznym | Tak |  |
| 3 | Dwie szuflady z systemem automatycznego domykania, mechanizm uniemożliwiający wysunięcie obu szuflad jednocześnie | Tak |  |
| 4 | Panel dotykowy z przyciskami, wyświetlaczem min. 3'' z wskaźnikiem stand-by | Tak, podać |  |
| 5 | Wyświetlacz pokazujący temperaturę rzeczywistą i zadaną | Tak |  |
| 6 | Ogrzewacz z jedną komorą i systemem grzewczym | Tak |  |
| 7 | Konwekcyjny system ogrzewania z obiegiem wymuszonym wentylatorem, gwarantującym równomierny rozkład temperatury w całej komorze | Tak |  |
| 8 | Konstrukcja urządzenia zapewniająca przekazywanie ciepła do elementów ogrzewanych tylko za pośrednictwem powietrza | Tak |  |
| 9 | Elektroniczne zabezpieczenie przed przegrzaniem bezpośrednio monitorujące temperaturę powietrza w komorze | Tak |  |
| 10 | Niezależny czujnik temperatury dla elektronicznego zabezpieczenia przed przegrzaniem | Tak |  |
| 11 | Konstrukcja urządzenia zapewniająca brak możliwości przekroczenia zadanej temperatury powierzchni, na której znajdują się elementy ogrzewane | Tak |  |
| 12 | Min. dwa czujniki temperatury do kontroli systemu ogrzewania | Tak, podać |  |
| 13 | Zabezpieczenia przed przegrzaniem | Tak |  |
| 14 | Optyczny i akustyczny alarm w przypadku uszkodzenia czujnika temperatur | Tak |  |
| 15 | Urządzenie przeznaczone do pracy ciągłej | Tak |  |
| 16 | Mechaniczne zabezpieczenie przed przegrzaniem - termostat bimetaliczny | Tak |  |
| 17 | Sygnał optyczny wyświetlany na ekranie przy niedomkniętej szufladzie | Tak |  |
| 18 | Alarm optyczny i akustyczny włączający się po min. 60 sekundach przy niedomkniętej szufladzie | Tak, podać |  |
| 19 | Optyczny i akustyczny alarm "niskiej / wysokiej temperatury", uruchamiany w przypadku wykrycia rozbieżności między temperaturą zadaną i temperaturą rzeczywistą w komorze | Tak, podać |  |
| 20 | Optyczny i akustyczny alarm w przypadku przegrzania | Tak |  |
| 21 | Tryb czuwania (stand by) | Tak |  |
| 22 | Pojemność komory: min. 60 L netto | Tak, podać |  |
| 23 | Maksymalne obciążenie szuflady min. 25 kg | Tak, podać |  |
| 24 | Przybliżona pojemność do ogrzewania co najmniej czterdzieści butelek 0.5L; dwadzieścia cztery butelki 1L; cztery worki 5L; sześć worków 3L | Tak, podać |  |
| 25 | Ustawiany przez użytkownika zakres temperatur: 25°C - 70°C +/-2°C (zmiana o 1°C) | Tak, podać |  |
| 26 | Zewnętrzne wymiary urządzenia max. 350 x 830 x 620 mm (szerokość x wysokość x głębokość) | Tak |  |
| 27 | Zasilanie sieciowe 230 V/ 50Hz | Tak |  |
| 28 | Moc grzałki max. 400 Wat | Tak, podać |  |
| 29 | Uchwyt do transportu | Tak |  |
| 30 | Opcja "BOOST" pozwalająca na przyspieszenie ogrzewania wsadu poprzez czasowe zwiększenie temperatury grzania | Tak |  |
| 31 | Oprogramowanie wyposażone w programator czasowy, pozwalający precyzyjnie ustalić dzienny i tygodniowy cykl pracy urządzenia | Tak |  |
| 32 | System dezynfekcji UV-C | Tak |  |
|  | **Warunki gwarancji i inne** |  |  |
| 33 | Urządzenie fabrycznie nowe, nie będące uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw rok produkcji 2024 | Tak |  |
| 34 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 35 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 36 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 37 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 38 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 39 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 40 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 41 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego | Tak |  |
| 42 | Przy wysyłce urządzenia do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 43 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia, bezpłatne | Tak |  |
| 44 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 45 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 46 | Przy dostawie dołączyć, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, Wpis lub zgłoszenie do URWMiPB | Tak |  |
| 47 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 7 poz. 2**

**Przedmiot zamówienia: dostawa urządzenia stacjonarnego do ogrzewania płynów - 2 szt.**

Typ Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
| 1 | Urządzenie stacjonarne do ogrzewania płynów, łatwe i bezpieczne do przenoszenia, wyposażone w 4 gumowe nóżki | Tak |  |
| 2 | Obudowa z płyt izolacyjnych pokrytych łatwym do mycia tworzywem sztucznym | Tak |  |
| 3 | Przezroczysta pokrywa wykonana ze bezpiecznego szkła hartowanego, z dwoma wspornikami teleskopowym utrzymującym ją w pozycji otwartej | Tak |  |
| 4 | Panel dotykowy z przyciskami, wyświetlaczem min. 3'' z wskaźnikiem stand-by | Tak |  |
| 5 | Wyświetlacz pokazujący temperaturę rzeczywistą i zadaną | Tak |  |
| 6 | Ogrzewacz z jedną komorą i systemem grzewczym, komora zamykana od góry | Tak |  |
| 7 | Konwekcyjny system ogrzewania z obiegiem wymuszonym wentylatorem, gwarantującym równomierny rozkład temperatury w całej komorze | Tak |  |
| 8 | Konstrukcja urządzenia zapewniająca przekazywanie ciepła do elementów ogrzewanych tylko za pośrednictwem powietrza | Tak |  |
| 9 | Elektroniczne zabezpieczenie przed przegrzaniem bezpośrednio monitorujące temperaturę powietrza w komorze | Tak |  |
| 10 | Niezależny czujnik temperatury dla elektronicznego zabezpieczenia przed przegrzaniem | Tak |  |
| 11 | Konstrukcja urządzenia zapewniająca brak możliwości przekroczenia zadanej temperatury powierzchni, na której znajdują się elementy ogrzewane | Tak |  |
| 12 | Min. dwa czujniki temperatury do kontroli systemu ogrzewania | Tak, podać |  |
| 13 | Zabezpieczenia przed przegrzaniem | Tak |  |
| 14 | Optyczny i akustyczny alarm w przypadku uszkodzenia czujnika temperatury | Tak |  |
| 15 | Urządzenie przeznaczone do pracy ciągłej | Tak |  |
| 16 | Mechaniczne zabezpieczenie przed przegrzaniem - termostat bimetaliczny | Tak |  |
| 17 | Sygnał optyczny wyświetlany na ekranie przy niedomkniętej pokrywie | Tak |  |
| 18 | Alarm optyczny i akustyczny włączający się po min. 60 sekundach przy niedomkniętej pokrywie | Tak, podać |  |
| 19 | Optyczny i akustyczny alarm "niskiej / wysokiej temperatury", uruchamiany w przypadku wykrycia rozbieżności między temperaturą zadaną i temperaturą rzeczywistą w komorze | Tak, podać |  |
| 20 | Optyczny i akustyczny alarm w przypadku przegrzania | Tak |  |
| 21 | Tryb czuwania (stand by) | Tak |  |
| 22 | Pojemność komory min. 30 L netto | Tak, podać |  |
| 23 | Maksymalne obciążenie komory 25 kg | Tak, podać |  |
| 24 | Przybliżona pojemność do ogrzewania: dwadzieścia cztery butelki 0.5L; dwanaście butelek 1L; dwa worki 5L; trzy worki 3L | Tak, podać |  |
| 25 | Ustawiany przez użytkownika zakres temperatur: 25°C - 70°C +/-2°C (zmiana o 1°C) | Tak, podać |  |
| 26 | Zewnętrzne wymiary urządzenia max. 350 x 400 x 620 mm (szerokość x wysokość x głębokość) | Tak, podać |  |
| 27 | Napięcie zasilania: 220-240 VAC, 50-60 Hz | Tak |  |
| 28 | Moc grzałki max 400 Wat | Tak |  |
| 29 | Opcja "BOOST" pozwalająca na przyspieszenie ogrzewania wsadu poprzez czasowe zwiększenie temperatury grzania | Tak |  |
| 30 | Oprogramowanie wyposażone w programator czasowy, pozwalający precyzyjnie ustalić dzienny i tygodniowy cykl pracy urządzenia | Tak |  |
| 31 | System dezynfekcji UV-C | Tak |  |
|  | **Warunki gwarancji i inne** |  |  |
| 32 | Urządzenie fabrycznie nowe, nie będące uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 33 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 34 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak, podać |  |
| 35 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 36 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 37 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 38 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 39 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 40 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego | Tak |  |
| 41 | Przy wysyłce urządzenia do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 42 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia, bezpłatne | Tak |  |
| 43 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 44 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 45 | Przy dostawie dołączyć, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, Wpis lub zgłoszenie do URWMiPB | Tak |  |
| 46 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 8 poz. 1**

**Przedmiot zamówienia: dostawa wideogastroskopu diagnostyczno-zabiegowego HDTV - 2 szt.**

Typ Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
| 1 | Wideogastroskop diagnostyczno-zabiegowy HDTV | Tak |  |
| 2 | Obrazowanie w standardzie HDTV | Tak |  |
| 3 | Pełna kompatybilność z posiadanymi procesorami wizyjnymi serii EPK-i oraz EPK-i5000 | Tak |  |
| 4 | Chip CCD wbudowany w końcówkę endoskopu | Tak |  |
| 5 | Średnica kanału roboczego min. 3,2 mm | Tak, podać |  |
| 6 | Średnica zewnętrzna tuby wziernikowej min. 9,8 mm | Tak, podać |  |
| 7 | Długość robocza sondy wziernikowej min. 1050 mm | Tak, podać |  |
| 8 | Kąt widzenia min. 140˚ | Tak, podać |  |
| 9 | Głębia ostrości min. 2-100 mm | Tak, podać |  |
| 10 | Zagięcie końcówki sondy wziernikowej:  - góra/dół: min. 210˚/120˚  - prawo/lewo: min. 120˚/120˚ | Tak, podać |  |
| 11 | Programowalne przyciski sterujące głowicy endoskopowej z możliwością przypisania każdej funkcji sterującej procesora, min. 4 przyciski | Tak, podać |  |
| 12 | Obsługa trybu obrazowania w filtracji optycznej - cyfrowej | Tak |  |
| 13 | Obsługa trybu pracy w wąskich pasmach światła - pełna kompatybilność w wszystkimi funkcjami procesora wizyjnego wyposażonego w tą funkcję | Tak |  |
| 14 | Dodatkowy kanał do spłukiwania pola obserwacji tzw. WATER-JET System | Tak |  |
| 5 | Złącze kanału WATER-JET oraz zawór testera szczelności zintegrowane z konektorem do procesora | Tak |  |
| 16 | Obrotowy konektor łączący endoskop z procesorem w zakresie 180˚ redukujący ryzyko skręcenia światłowodu | Tak |  |
| 17 | System z zastosowaniem zabezpieczenia wtyku z podłączeniem do procesora i źródła światła za pomocą jednego konektora | Tak |  |
| 18 | Możliwość mycia i dezynfekcji automatycznie w środkach chemicznych różnych producentów | Tak |  |
| 19 | Aparat w pełni zanurzalny z zastosowaniem nakładek uszczelniających dla bezpieczeństwa styków elektrycznych przez działaniem środków dezynfekcyjnych | Tak |  |
| 20 | Pełna kompatybilność z posiadanymi myjniami dezynfektorami serii Innova E3 oraz Innova E3s bez konieczności adaptacji przyłączy | Tak |  |
| 21 | Elektroniczny tester szczelności kompatybilny z oferowanymi i posiadanymi endoskopami – 1 szt. | Tak |  |
|  | **Warunki gwarancji i inne** |  |  |
| 22 | Wideogastroskop fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2024 | Tak |  |
| 23 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 24 | Gwarancja min. 36 miesięcy | Tak, podać |  |
| 25 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 26 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 27 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 28 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 29 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 30 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania aparatu do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, aparatu zastępczego | Tak |  |
| 31 | Przy wysyłce wideogastroskopu do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 32 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia, bezpłatne | Tak |  |
| 33 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 34 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy aparatu (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 35 | Przy dostawie dołączyć, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, Wpis lub zgłoszenie do URWMiPB | Tak |  |
| 36 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 8 poz. 2**

**Przedmiot zamówienia: dostawa wideoduodenoskopu HDTV - 1 szt.**

Typ Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
| 1 | Wideoduodenoskop HDTV | Tak |  |
| 2 | Obrazowanie w standardzie HDTV | Tak |  |
| 3 | Pełna kompatybilność z posiadanymi procesorami wizyjnymi serii EPK-i oraz EPK-i5000 | Tak |  |
| 4 | Średnica kanału roboczego min. 4,2 mm | Tak, podać |  |
| 5 | Średnica zewnętrzna wziernika max. 11,6 mm | Tak, podać |  |
| 6 | Średnica zewnętrzna końcówki dystalnej max. 13,2 mm | Tak, podać |  |
| 7 | Chip CCD w końcówce endoskopu kompatybilny z funkcją obrazowania w wąskim paśmie światła | Tak |  |
| 8 | Wbudowany mikrochip informacyjny zawierający informację o typie i nr seryjnym wideoendoskopu z pamięcią ustawień balansu bieli ze stałym ustawieniem soczewki względem wylotu kanału biopsyjnego co daje stałość kierunku wyjścia narzędzia endoskopowego | Tak |  |
| 9 | Kąt obserwacji min. 100˚ | Tak, podać |  |
| 10 | Kąt obserwacji wstecznej min. 10˚ | Tak, podać |  |
| 11 | Wlot kanału biopsyjnego typu Luer | Tak |  |
| 12 | Zawór testera szczelności w konektorze | Tak |  |
| 13 | Min. 4 przyciski dowolnie programowalne znajdujące się na rękojeści endoskopu | Tak |  |
| 14 | Kąt zagięć końcówki endoskopu: góra/dół 120˚/90˚ oraz prawo/lewo 105˚/90˚ | Tak, podać |  |
| 15 | System głębi ostrości min. 4-60mm | Tak, podać |  |
| 16 | Długość robocza min. 1250mm | Tak, podać |  |
| 17 | Obsługa trybu pracy w wąskich pasmach światła - pełna kompatybilność w wszystkimi funkcjami procesora wizyjnego wyposażonego w tą funkcję | Tak |  |
| 18 | System z podłączeniem do procesora i źródła światła za pomocą jednego konektora | Tak |  |
| 19 | Obrotowy konektor w zakresie min.180° redukujący ryzyko skręcenia światłowodu | Tak |  |
| 20 | Światłowód łączący konektor z rękojeścią wyposażony w gumowy kompensator naprężeń | Tak |  |
| 21 | Rękojeść endoskopu z oznaczeniem modelu endoskopu w możliwością rozbudowy o system oznakowania kodem paskowym lub RFID do systemu rejestracji procesów mycia | Tak |  |
| 22 | System z zastosowaniem zabezpieczenia wtyku z podłączeniem do procesora i źródła światła za pomocą jednego konektora | Tak |  |
| 23 | Możliwość mycia i dezynfekcji automatycznie w środkach chemicznych różnych producentów | Tak |  |
| 24 | Aparat w pełni zanurzalny z zastosowaniem nakładek uszczelniających dla bezpieczeństwa styków elektrycznych przez działaniem środków dezynfekcyjnych | Tak |  |
| 25 | Pełna kompatybilność z posiadanymi myjniami dezynfektorami serii Innova E3 oraz Innova E3s bez konieczności adaptacji przyłączy | Tak |  |
|  | **Warunki gwarancji i inne** |  |  |
| 26 | Wideoduodenoskop fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2024 | Tak |  |
| 27 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 28 | Gwarancja min. 36 miesięcy | Tak, podać |  |
| 29 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 30 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 31 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 32 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 33 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 34 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania aparatu do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, aparatu zastępczego | Tak |  |
| 35 | Przy wysyłce wideoduodenoskopu do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 36 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia, bezpłatne | Tak |  |
| 37 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 38 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy aparatu (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 39 | Przy dostawie dołączyć, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, Wpis lub zgłoszenie do URWMiPB | Tak |  |
| 40 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 9**

**Przedmiot zamówienia: dostawa platformy monitorowania hemodynamicznego - 1 zestaw**

Typ Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
| 1 | Platforma monitorowania hemodynamicznego | Tak |  |
| 2 | Ocena hemodynamiczna układu krążenia metodą małoinwazyjną rozumianą jako:  - bez użycia cewnika Swan-Ganza,  - pomiar parametrów hemodynamicznych z jednego dostępu naczyniowego lub drogą kaniulacji obwodowego naczynia tętniczego i żyły głównej górnej,  - pomiar u pacjentów zaintubowanych i nie zaintubowanych | Tak, podać |  |
| 3 | Analiza kształtu fali ciśnienia tętniczego do ciągłego (w czasie rzeczywistym) oznaczania ciśnienia krwi, trendu rzutu serca, reakcji hemodynamicznych na podanie płynów i innych parametrów pochodnych z wykorzystaniem jednego dostępu naczyniowego.  Mierzone parametry:  COCal/Trend (CICal/Trend) – rzutu serca w oparciu o kształt fali pulsu, SV (SVI) - objętość wyrzutowa, SVR (SVRI) - obwodowy opór naczyniowy, SVV - wahania objętości wyrzutowej, PPV - wahania ciśnienia tętniczego, dPmx - Wskaźnik kurczliwości lewej komory, CPO (CPI) - moc pojemności minutowej, HR - częstość akcji serca, APsys - skurczowe ciśnienie tętnicze, APdia - rozkurczowe ciśnienie tętnicze, MAP - średnie ciśnienie tętnicze, CVP - ośrodkowe ciśnienie żylne | Tak, podać |  |
| 4 | Dla uzyskania maksymalnie dokładnego pomiaru ciągłego rzutu serca urządzenie posiadające dwie opcje kalibracji:  - automatyczną rozumianą jako wygenerowanie szacunkowej wartości kalibracji na podstawie ciśnienia krwi oraz danych pacjenta,  - ręczną rozumianą jako wpisanie w polu wprowadzania danych wartości referencyjnej CO, otrzymanej za pomocą innej technologii monitorowania hemodynamicznego | Tak |  |
| 5 | Dla uzyskania maksymalnie dokładnego pomiaru ciągłego rzutu serca urządzenie posiadające opcję wyboru miejsca wkłucia cewnika centralnego | Tak |  |
| 6 | Moduł ciągłego w czasie rzeczywistym pomiaru rzutu serca z analizy kształtu fali ciśnienia tętniczego, kalibrowanego metodą termodylucji przezpłucnej, drogą kaniulacji obwodowego naczynia tętniczego i żyły głównej górnej.  Mierzone parametry:  COPC (CIPC) - rzut serca w oparciu o kształt fali pulsu, SV (SVI) - objętość wyrzutowa, SVR (SVRI) - obwodowy opór naczyniowy, SVV - wahania objętości wyrzutowej, PPV - wahania ciśnienia tętniczego, dPmx - Wskaźnik kurczliwości lewej komory, tdCO (tdCI) - rzut minutowy z termodylucji przezpłucnej, CFI - wskaźnik funkcji serca, GEDV (GEDI) - całkowita objętość końcowo-rozkurczowa, EVLW (ELWI) - objętość pozanaczyniowej wody płucnej, PVPI - wskaźnik przepuszczalności naczyń płucnych, GEF - całkowita frakcja wyrzutowa, CPO (CPI) - moc użyteczna serca, HR - częstość skurczów serca, APsys - skurczowe ciśnienie tętnicze, APdia - rozkurczowe ciśnienie tętnicze, MAP - średnie ciśnienie tętnicze, CVP - ośrodkowe ciśnienie żylne | Tak, podać |  |
| 7 | Urządzenie umożliwiające rozbudowę o ciągły w czasie rzeczywistym pomiar saturacji krwi żylnej z żyły głównej górnej za pomocą refleksyjnego czujnika światłowodowego zakładanego do istniejącego cewnika CVC.  Mierzone parametry:  ScvO₂ - saturacja krwi żylnej z żyły głównej górnej, DO₂ (DO₂I) – dostarczenie tlenu, VO₂ (VO₂I) – konsumpcja tlenu, O₂ER - współczynnik ekstrakcji tlenu | Tak |  |
| 8 | Urządzenie umożliwiające rozbudowę o ciągły w czasie rzeczywistym pomiar pulsoksymetrii do stałego monitorowania nasycenia hemoglobiny tętniczej tlenem (SpO₂), a także o pomiar densytometryczny tętna do określania stężenia zieleni indocyjaninowej, wskaźnika stosowanego do oceny ogólnej czynności wątroby i/lub perfuzji otrzewnej  Mierzone parametry:  PDR - Wskaźnik eliminacji z osocza, R15 - Wskaźnik utrzymywania ICG po 15 minutach | Tak |  |
| 9 | Dane pomiarowe wyświetlane na min. 8” ekranie o wysokiej rozdzielczości – 800 x 480 pixel | Tak, podać |  |
| 10 | Wyświetlanie rzeczywistej krzywej ciśnienia tętniczego (AP) | Tak |  |
| 11 | Obsługa monitora poprzez ekran dotykowy i klawisze funkcyjne, oprogramowanie w języku polskim | Tak |  |
| 12 | Wybór sposobu prezentacji danych pomiarowych – min. 2 tryby | Tak, podać |  |
| 13 | Prezentacja danych w postaci trendów graficznych z możliwością wyświetlania dwóch krzywych trendu w jednym oknie. Zakres czasowy trendu 15 min., 30 min., 1 godz. 3 godz. 6 godz. 12 godz. 24 godz. 2 dni, 3 dni, 6dni, 12 dni | Tak, podać |  |
| 14 | Drukowania danych poprzez:  - wirtualne drukowanie z portu USB do pliku PDF lub Excel (do dalszej obróbki)  - drukowanie poprzez sieć | Tak |  |
| 15 | Możliwość ustawienia wartości normalnych i docelowych | Tak |  |
| 16 | Możliwości transmisji danych z wykorzystaniem LAN do podłączania drukarek sieciowych lub systemów PDMS | Tak |  |
| 17 | Okablowanie umożliwiające podłączenie i przesył danych dotyczących wartości ciśnienia krwawego do monitora przyłóżkowego posiadanego przez Zamawiającego typ FX 3000MD | Tak |  |
| 18 | Min. 20 zestawów do pomiarów składających się z cewnika tętniczego oraz przetwornika do pomiaru ciśnienia IBP i CVP zgodnie z zapotrzebowaniem Zamawiającego | Tak, podać |  |
|  | **Warunki gwarancji i inne** |  |  |
| 19 | Zestaw fabrycznie nowy, nie będący uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2024 | Tak |  |
| 20 | Instrukcja obsługi w języku polskim z dostawą | Tak |  |
| 21 | Gwarancja min. 36 miesięcy | Tak, podać |  |
| 22 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 23 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 24 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 25 | Maksymalny czas reakcji serwisu liczony do momentu podjęcia czynności naprawczych od zgłoszenia usterki 48 godzin | Tak |  |
| 26 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia 5 dni | Tak |  |
| 27 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania aparatu do serwisu wykonawcy wymagane jest wstawienie na czas naprawy, aparatu zastępczego | Tak |  |
| 28 | Przy wysyłce aparatu do serwisu całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 29 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia, bezpłatne | Tak |  |
| 30 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 31 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy aparatu (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 32 | Przy dostawie dołączyć, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, Wpis lub zgłoszenie do URWMiPB | Tak |  |
| 33 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**Uzupełnienie powyższych opisów pakietów od 1 do 9**

**CAŁY ZAOFEROWANY PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA W TABELACH DLA PAKIETÓW OD 1 DO 9 MUSI BYĆ DOPUSZCZONY DO STOSOWANIA W OBSZARZE MEDYCZNYM.**

**Wykonawca składając swoją ofertę w niniejszym postępowaniu oświadcza równocześnie, iż jest uprawniony do swobodnego rozporządzania zaoferowanymi Produktami, które są wolne od wad fizycznych i prawnych oraz, że posiada wszelkie niezbędne uprawnienia oraz zgody, zezwolenia odpowiednich organów, urzędów, wyniki badań, certyfikaty, oświadczenia, deklaracje (w tym wskazane w tabelach powyżej) itp. do realizacji przedmiotu umowy oraz że wykonanie niniejszego zamówienia przez Wykonawcę nie będzie naruszać jakichkolwiek praw osób trzecich. Wykonawca zobowiązuje się do przedłożenia Zamawiającemu dokumentów potwierdzających posiadanie przez przedmiot zamówienia zaoferowany od Wykonawcy niezbędnych wymagań, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, na każde żądanie Zamawiającego, o czym mowa w projekcie umowy (zał. Nr 4 do SWZ), z uwzględnieniem wymagań zawartyych w powyższych tabelach.**