

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**  
**DOSTAWA APARATURY I SPRZĘTU MEDYCZNEGO NA POTRZEBY ZAMAWIAJĄCEGO**

**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: ASTAR SPÓŁKA Z O.O.

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): PhysioGo. Lite Laser + sonda IR 808nm/400mW

Lp.	Parametry graniczne	Wartość wymagana	Oferowana wartość
1	Aparat do laseroterapii biostymulacyjnej z sondą IR	Tak	
2	Kolorowy ekran dotykowy min. 5"	Tak, podać	5"
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	1-5000Hz
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	Wszystkie wymienione
	<b>Warunki gwarancji i inne</b>		

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	24 m-ce
22	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	Tak, opis	siedziba Wykonawcy
23	Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy	Tak	
24	Adres i numer zgłoszeniowy	Podać	Astar sp z o.o., ul Świt 33, 43-382 Bielsko-Biała, tel 338292445, serwis@astar.eu
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	W siedzibie Wykonawcy
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	Nie	
29	Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia, bezpłatne	Nie	
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	1 /rok
32	Przy dostawie aparatu dołączyć „paszport techniczny”, kartę gwarancyjną, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, wpis lub zgłoszenie do URW MiPB	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: ASTAR SPÓŁKA Z O.O.

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): PhysioGo. Lite Laser + sonda R 660nm/80mW

Lp.	Parametry graniczne	Wartość wymagana	Oferowana wartość
1	Aparat do laseroterapii biostymulacyjnej z sondą R	Tak	
2	Kolorowy ekran dotykowy min. 5"	Tak, podać	5"
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	1-5000Hz
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	Wszystkie wymienione
	<b>Warunki gwarancji i inne</b>		
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	24 m-ce
22	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	Tak, opis	Siedziba Wykonawcy

23	Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy	Tak	
24	Adres i numer zgłoszeniowy	Podać	Astar sp z o.o., ul Świt 33, 43-382 Bielsko-Biała, tel 338292445, serwis@astar.eu
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	W siedzibie Wykonawcy
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	1/rok
32	Przy dostawie aparatu dołączyć „paszport techniczny”, kartę gwarancyjną, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, wpis lub zgłoszenie do URW MiPB	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: ASTAR SPÓŁKA Z O.O.

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): PhysioGo. Lite Laser + aplikator prysznicowy CL 1800

Lp.	Parametry graniczne	Wartość wymagana	Oferowana wartość
1	Aparat do laseroterapii biostymulacyjnej z aplikatorem prysznicowym	Tak	
2	Kolorowy ekran dotykowy min. 5"	Tak, podać	5"
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	1-5000Hz
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	Wszystkie wymienione
	<b>Warunki gwarancji i inne</b>		
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	24 m-ce
22	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	Tak, opis	Siedziba Wykonawcy
23	Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy	Tak	
24	Adres i numer zgłoszeniowy	Podać	Astar sp z o.o., ul Świt 33, 43-382 Bielsko-Biała, tel 338292445, serwis@astar.eu
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 uprawniających 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	1/rok
32	Przy dostawie aparatu dołączyć „paszport techniczny”, kartę gwarancyjną, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, wpis lub zgłoszenie do URW MiPB	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: ASTAR SPÓŁKA Z O.O.

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): PhysioGo. Lite Electro

Lp.	Parametry graniczne	Wartość wymagana	Oferowana wartość
1	Aparat do elektroterapii	Tak	
2	Kolorowy ekran dotykowy min. 5"	Tak, podać	5"
3	Tryb programowy i manualny	Tak	
4	Baza wbudowanych programów zabiegowych - encyklopedia z opisem metodyki zabiegów, min. 60	Tak, podać	71
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: <ul style="list-style-type: none"> <li>- interferencyjne izoplanarne</li> <li>- interferencyjne dynamiczne</li> <li>- interferencyjne jednokanałowe AMF</li> <li>- TENS symetryczny</li> <li>- TENS asymetryczny</li> <li>- TENS naprzemienny</li> <li>- TENS burst</li> <li>- TENS do terapii porażen spastycznych</li> <li>- Kotz'a (rosyjska stymulacja)</li> <li>- tonoliza</li> <li>- stymulacja Hufschmidta</li> <li>- diadynamiczne (MF, DF, CP, CP-ISO, LP, RS, MM)</li> <li>- impulsowe prostokątne</li> <li>- impulsowe trójkątne</li> <li>- impulsowe UR wg Traberta (2 - 5)</li> <li>- impulsowe Leduca (1 - 9)</li> <li>- impulsowe neofaradyczne</li> <li>- unipolarne falujące</li> <li>- bipolarne falujące</li> <li>- galwaniczne</li> <li>- mikroprądy</li> <li>- prądy średniej częstotliwości MF</li> <li>- impulsy IG</li> </ul>	Tak, podać	Wszystkie

	– prądy EMS – fale H		
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 aparatu wraz z wyposażeniem - 1 szt.	Tak, podać	Wszystkie wymienione
<b>Warunki gwarancji i inne</b>			
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	24 m-ce
20	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	Tak, opis	Siedziba Wykonawcy
21	Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy	Tak	
22	Adres i numer zgłoszeniowy	Podać	Astar sp z o.o., ul Świt 33, 43-382 Bielsko-Biała, tel 338292445, serwis@astar.eu
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	1/rok
30	Przy dostawie aparatu dołączyć „paszport techniczny”, kartę gwarancyjną, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, deklaracja zgodności CE, wpis lub zgłoszenie do URW MiPB	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.

Bielsko-Biała dnia 14.03.2024 r.

(miejscowość i data)

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