

## SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

### Zadanie nr 5: Urządzenie do elektroterapii szt.12

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa, montaż oraz uruchomienie Urządzenia **Urządzenie do elektroterapii szt.12** zwanego dalej „sprzętem” dla potrzeb Uzdrowiska Goczałkowice – Zdrój Sp. z o.o.
2. Wymogi medyczne i warunki techniczne przedmiotu zamówienia Zamawiającego podał poniżej w niniejszym załączniku do SWZ.
3. Przedmiot zamówienia obejmuje w szczególności:
  - a) Dostawę, montaż oraz uruchomienie urządzenia w miejscu dostawy.
  - b) Udzielenie gwarancji, jakości dla nowego sprzętu na okres nie krótszy niż 24 miesiące oraz rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji.
  - c) Zapewnienie w cenie oferty serwisu i obowiązkowych przeglądów przez cały okres gwarancji i rękojmi dla oferowanego sprzętu, wykonywanych zgodnie z zaleceniami producenta i wymogami przepisów prawnych, ale nie rzadziej niż raz do roku, potwierdzonymi wpisem do paszportu technicznego urządzeń.
  - d) Dostarczenie instrukcji obsługi (w języku polskim) oraz przeprowadzenie szkolenia (w języku polskim) minimum 7 pracowników użytkownika w zakresie obsługi i eksploatacji dostarczonego sprzętu w miejscu dostawy.
1. Dostawa przedmiotu zamówienia będzie się odbywać na koszt i ryzyko Wykonawcy.
2. Sprzęt należy dostarczyć, zamontować i uruchomić w terminie wymaganym: do 8 tygodni od dnia zawarcia umowy.
3. Wykonawca zobowiązany jest do bezwzględnego uzgodnienia z Zamawiającym terminu dostawy sprzętu.
4. Oferowany Sprzęt musi być oznakowany znakiem CE i posiadać ważną deklarację zgodności CE.
5. Sprzęt wymagany fabrycznie nowy. Nie dopuszcza się egzemplarzy powystawowych, rekondukcjonowanych, po demonstracyjnych, itp.

### II. OPIS TECHNICZNY – WARUNKI GRANICZNE OFEROWANEGO SPRZĘTU Urządzenie do elektroterapii szt.12

1. Nazwa producenta:

.....

2. Nazwa i typ Sprzętu:

.....

3. Kraj pochodzenia:

.....

#### UWAGA!

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

- a) W przypadku, gdy Zamawiający wymaga podania parametru w formie wartości liczbowej, Wykonawca winien podać wartość cyfrowo;
- b) W przypadku, gdy Zamawiający wymaga podania parametru w formie wartości słownej, Wykonawca winien podać wartość słownie, wpisując odpowiednie sformułowanie lub opis;
- c) W przypadku, gdy Zamawiający wymaga określenia czy sprzęt posiada lub nie posiada danego parametru, Wykonawca winien wpisać odpowiednio TAK lub NIE;

Oferta Wykonawcy, który nie wpisze żadnej wartości odpowiednio liczbowej/słownej/sformułowania TAK lub NIE, w obrębie poszczególnych parametrów, wpisze wartość parametru powyżej maksimum lub poniżej minimum (w zależności od parametru) określonego przez Zamawiającego lub wpisze, że sprzęt nie posiada parametru, w przypadku, gdy będzie on obligatoryjny, zostanie odrzucona na podstawie art. 226 ust. 1 pkt 5 PZP.

L.P.	OPIS PARAMETRU / WARUNKU	Parametr wymagany	Parametr oferowany/ podać	Parametr oceniany
I INFORMACJE OGÓLNE				
1	Producent	TAK, podać		bez oceny
2	Kraj pochodzenia	TAK, podać		bez oceny
3	Model	TAK, podać		bez oceny
4	Rok produkcji nie starszy niż 2023	TAK, podać		bez oceny
II PARAMETRY PODSTAWOWE				
1	Dwukanałowy aparat do elektroterapii - praca ciągła 24h	TAK, podać		Wymagane
2	Programy gotowe: min.100 pozycji	TAK, podać		Wymagane
3	Możliwość zapisania przez obsługę własnych parametrów zabiegu	TAK, podać		Wymagane
4	Licznik czasu i liczby zabiegów	TAK, podać		Wymagane
5	Możliwość indywidualnej regulacji parametrów zabiegów	TAK, podać		Wymagane
6	Dużych rozmiarów ekran ciekłokrystaliczny	TAK, podać		Wymagane
7	Dwa obwody zabiegowe z niezależną regulacją natężenia prądu	Tak		Wymagane
8	Możliwość wykonywania zabiegów prądami interferencyjnymi 2 i 4 elektrodowymi	Tak		Wymagane
9	Możliwość wykonywania zabiegów prądami diadynamicznymi typu MF, DF, CP, LP, CPiso, LPiso, RS, MM z możliwością ustawiania sekwencji	Tak		Wymagane
10	Możliwość wykonywania zabiegów prądami impulsowymi średniej częstotliwości o kształcie trójkąta, sinusoidy, trapezu i prostokąta	Tak		Wymagane
11	Możliwość wykonywania zabiegów dwukanałowej stymulacji porażień spastycznych (tonoliza)	Tak		Wymagane
12	Możliwość wykonywania zabiegów prądami TENS i TENS BURST z opcją modulacji drażniącej	Tak		Wymagane
13	Możliwość wykonywania zabiegów prądem Träberta (Ultra Reiz)	Tak		Wymagane
14	Możliwość wykonywania zabiegów prądem HV (wysokonapięciowym)	Tak		Wymagane
15	Możliwość wykonywania zabiegów prądem Kotza	Tak		Wymagane
16	Możliwość wykonywania zabiegów prądem faradycznym i neofaradycznym	Tak		Wymagane
17	Możliwość wykonywania zabiegów prądem galwanicznym	Tak		Wymagane

18	Możliwość wykonywania zabiegów elektrogimnastyki – cyklicznie przerywane aplikowanie różnych prądów z regulacją czasu trwania impulsów i czasu przerwy oraz kształtu obwiedni	Tak		Wymagane
19	Funkcja elektrodiagnostyki	Tak		Wymagane
20	Funkcja łagodnego narastania i opadania natężenia prądu	Tak		Wymagane
21	Funkcja ochrony pacjenta przy zaniku zasilania	Tak		Wymagane
22	Deklaracja zgodności dla wyrobów medycznych	Tak		Wymagane
23	Instrukcja w języku polskim	Tak		Wymagane

IV GWARANCJA I SERWIS				
1	Oświadczenie (wraz z kopią deklaracji zgodności CE) potwierdzające, że oferowany wyrób oznakowany jest znakiem CE i posiada ważne deklaracje zgodności CE	TAK, załączyć do oferty		bez oceny
2	Instrukcja obsługi w języku polskim – 1 egz. w wersji papierowej, 1 egz. w wersji elektronicznej – załączyć przy dostawie sprzętu.	TAK		bez oceny
3	Udzielenie gwarancji jakości dla przedmiotu zamówienia na okres nie krótszy niż 24 miesiące oraz rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji dla oferowanego urządzenia (podać)	TAK		bez oceny
4	Wykonanie nieodpłatne obowiązkowych przeglądów w okresie gwarancji, zgodnie z wymaganiami i w ilościach zalecanych przez producenta sprzętu oraz przepisami prawa w cenie oferty nie rzadziej niż raz w roku	TAK		bez oceny
5	Siedziba autoryzowanego serwisu - dokładny adres i nr telefonu, adres e-mail.	TAK, podać		bez oceny
6	Maksymalny czas usunięcia awarii w ramach gwarancji nie może przekroczyć 7 dni roboczych.	TAK, podać		bez oceny
7	Paszport techniczny (dostarczyć wraz z urządzeniem)	Tak		bez oceny
8	Szkolenie wstępne dla personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia w miejscu instalacji.	Tak		bez oceny
9	Czas reakcji serwisu do 72 godzin w dni robocze od momentu zgłoszenia wady (awarii) rozumiany jako podjęcie działań naprawczych.	TAK, podać		bez oceny
10	Gwarancja dostępności części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych – minimum 10 lat od daty dostarczenia Sprzętu.	TAK, podać		bez oceny
11	W okresie gwarancji 3 naprawy tego samego typu ( techniczne lub wynikające z wad ukrytych) powodują wymianę elementów na nowe.	TAK, podać		bez oceny

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie (Sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest fabrycznie nowe, kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług.

.....  
miejscowość i data

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