

## SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

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

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

### II. OPIS TECHNICZNY – WARUNKI GRANICZNE OFEROWANEGO SPRZĘTU Wanna medyczna do kąpieli solankowych/ siarkowodorowych i kwasowęglowych szt. 8

1. Nazwa producenta:

.....

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	Wanna medyczna do kąpiei solankowych, kwasowęglowych, siarkowodorowych	TAK, podać		Wymagane
2	Wanna wykonana jest z tworzywa sztucznego typu GFK wzmocnianego włóknem szklanym. Konstrukcja samonośna bez stojaka metalowego.	TAK, podać		Wymagane
3	Dostosowanie armatury do wód solankowych, siarczkowych, kwasowęglowych	TAK, podać		Wymagane
4	Podłącze pod saturator	TAK, podać		Wymagane
5	Dodatkowy zawór do wody nasyconej CO <sub>2</sub>	TAK, podać		Wymagane
6	Dodatkowy zawór do wody solankowej w ilości 1 sztuki	TAK, podać		Wymagane
7	Korek spustowy na sznurku	Tak		Wymagane
8	Stopień ułatwiający wejście do wanny	Tak		Wymagane
9	Prysznic ręczny	Tak		Wymagane
10	Wymiary max.: - długość 1980 mm +/- 5% - szerokość 840mm +/- 5% - wysokość 740mm +/- 5%	Tak		Wymagane
11	Pojemność użytkowa: poziom około 250 litrów +/- 5%	Tak		Wymagane
12	Możliwość wyboru koloru wanny z palety minimum 9 kolorów	Tak		Wymagane
13	Deklaracja zgodności dla wyrobów medycznych	Tak		Wymagane
13	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 ( min 7 osób )	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.

.....  
miejsowość i data

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