

SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Zadanie nr 3 : APARAT DO TERAPII POLEM ELEKTROMAGNETYCZNYM WYSOKIEJ INTENSYWNOŚCI

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa, montaż oraz uruchomienie **urządzenia - APARAT DO TERAPII POLEM ELEKTROMAGNETYCZNYM WYSOKIEJ INTENSYWNOŚCI** w ilości 1 szt. zwanego dalej „sprzętem” dla potrzeb Uzdrawiska Goczałkowice – Zdrój Sp. z o.o.
2. Wymogi medyczne i warunki techniczne przedmiotu zamówienia Zamawiający 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 w terminie do dnia 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 APARAT DO TERAPII POLEM ELEKTROMAGNETYCZNYM WYSOKIEJ INTENSYWNOŚCI szt.1

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	Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2023, wyklucza się aparaty demo, rekondycjonowane	TAK		bez oceny
2	Indukcja magnetyczna min. 2,5 tesli	TAK		bez oceny
3	Częstotliwość magnetyczna 1-150 Hz	TAK		bez oceny
4	Maksymalna intensywność stymulacji min. 28 kT/s	TAK		bez oceny
5	Czas trwania impulsu 0,01-60 [s]	TAK		bez oceny
6	Czas zabiegu 1-60 min +/- 5%	TAK		bez oceny
7	Wybór kształtu impulsu	TAK		bez oceny
8	Możliwość precyzyjnego ustalania kształtu impulsu np. długości narastania trapezu, długości sinusoidy, przerwy między półsinusoidami	TAK		bez oceny
9	Gotowe programy terapeutyczne	TAK		bez oceny
10	Możliwość swobodnej modyfikacji gotowych protokołów zabiegowych i ich zapisywania	TAK		bez oceny
11	Programy użytkownika	TAK		bez oceny
12	Tryb automatyczny i ręczny	TAK		bez oceny
13	Wypożyczenie: jednostka główna, ramię z trzema hamulcami i dwoma zawiasami obrotowymi zamocowane bezpośrednio do urządzenia, aplikator koncentrujący.	TAK		bez oceny

14	Wszystkie elementy obudowy są trwałymi, solidnymi odlewami, żaden element nie jest drukowany na drukarce 3D	TAK		bez oceny
15	Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej min. 8,4"	TAK		bez oceny
16	Nawigacyjny atlas anatomiczny	TAK		bez oceny
17	Baza danych pacjentów	TAK		bez oceny
18	Program POPRAWA ODDYCHANIA wpisany na trwało w liście jednostek chorobowych urządzenia	TAK		bez oceny
19	Program POPRAWA KRAŻENIA KRWI I TROFIKI wpisany na trwało w liście jednostek chorobowych urządzenia	TAK		bez oceny
20	Wskaźnik intensywności pola magnetycznego	TAK		bez oceny
21	Wskaźnik czasu trwania zabiegu	TAK		bez oceny
22	Wskaźnik przegrzania przetwornika	TAK		bez oceny
23	Przycisk bezpieczeństwa	TAK		bez oceny
24	Długość ramienia 103 cm (z aplikatorem) +/- 5%	TAK		bez oceny
25	Wymiary 500 x 970 x 580 mm +/- 5%	TAK		bez oceny
26	Waga 33 kg +/- 5%	TAK		bez oceny
27	Zasilanie 100 V - 240 V , 50-60 Hz	TAK		bez oceny
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 fabryczne nowe, kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług.

.....
miejscowość i data

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