

Pieczęć firmowa Wykonawcy/ów

SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Zadanie nr 1: Aparat do laseroterapii skaner szt.4

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa, montaż oraz uruchomienie urządzenia Aparat do laseroterapii skaner szt.4 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 Aparat do laseroterapii skaner szt.4

1. Nazwa producenta:

.....

2. Nazwa i typ Sprzętu:

.....

3. Kraj pochodzenia:

.....

UWAGA!

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

- W przypadku, gdy Zamawiający wymaga podania parametru w formie wartości liczbowej, Wykonawca winien podać wartość cyfrowo;
- W przypadku, gdy Zamawiający wymaga podania parametru w formie wartości słownej, Wykonawca winien podać wartość słownie, wpisując odpowiednie sformułowanie lub opis;
- 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	Sterownik do laseroterapii z aplikatorem skanującym	TAK, podać		Wymagane
2	Aplikator skanujący R+IR 100mW +450mW ze statywem oraz sterownikiem : duża moc źródeł promieniowanie mierzona na wyjściu, trzy tryby kreślenia pola zabiegowego: elipsa, linia, krzywe w granicach prostokąta, regulacja wysokości ramienia 60-140cm, regulacja położenia głowicy w dwóch osiach, automatyczne przeliczanie czasu pracy w zależności od wielkości pola zabiegowego i odległości skanera od ciała pacjenta, głowica skanująca umieszczona na ramieniu wyposażonym w siłownik pneumatyczny podtrzymujący ramię, podstawa wyposażona w kółka z hamulcami, półka na sterownik i okulary	TAK, podać		Wymagane
3	Możliwość podłączenia sond laserowych:	TAK, podać		Wymagane
4	1. o mocy 400 mW i długości fali 808nm	TAK, podać		Wymagane
5	2. o mocy 80mW i długości fali 660nm	TAK, podać		Wymagane
6	- regulacja mocy sond i aplikatorów	TAK, podać		Wymagane
7	- tryb emisji: ciągły i impulsowy	Tak		Wymagane
8	Ilość gniazd do podłączenia aplikatorów - 3	Tak		Wymagane

9	Tryb manualny i programowy	Tak		Wymagane
10	Kontrola nad parametrami zabiegowymi	Tak		Wymagane
11	Jednostki chorobowe w trybie programowym wybierane po nazwie	Tak		Wymagane
12	Ilustrowana encyklopedia zabiegowa	TAK, podać		Wymagane
13	Dawka energii :0,5 J/cm ² – 15 J/cm ² z krokiem regulacji 0,5 J/cm ²	Tak		Wymagane
14	Regulacja mocy 25%-100%	Tak		Wymagane
15	Wypełnienie przy pracy impulsowej 10 – 90% z krokiem regulacji 10%	Tak		Wymagane
16	regulacja wysokości ramienia 60-140cm	Tak		Wymagane
17	regulacja położenia głowicy w dwóch osiach	Tak		Wymagane
18	Ilość programów zabiegowych 26	Tak		Wymagane
19	Ilość sekwencji zabiegowych dla skanera 26	Tak		Wymagane
20	Edycja nazw programów użytkownika	Tak		Wymagane
21	Możliwość automatycznego powtórzenia zabiegu	Tak		Wymagane
22	Wyświetlacz 5"	Tak		Wymagane
23	Zegar zabiegowy 1 sekunda – 100 minut, krok zmienny	Tak		Wymagane
24	Wtyk blokady drzwi DOOR	Tak		Wymagane
25	Zasilanie 230V, 50Hz, 40W	Tak		Wymagane
26	Statystyki przeprowadzanych zabiegów	Tak		Wymagane
27	Okulary ochronne do laseroterapii 2szt. Dla pacjenta i terapeuty	Tak		Wymagane
28	Możliwość pracy na baterii opcjonalnie	Tak		Wymagane
29	Klasa bezpieczeństwa wymagana prawem	Tak		Wymagane
30	Wymagane prawem RP certyfikaty/dopuszczenia	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 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.

.....
miejsowość i data

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