**PAKIET 20**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW TECHNICZNYCH**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: | **ZESTAW DO MASAŻU PODCIŚNIENIOWEGO - 2 szt.** |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE** | **WYMAGANIA TAK/ NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | **ZESTAW DO MASAŻU PODCIŚNIENIOWEGO** | TAK-podać nazwę handlową, model oraz producenta |  |
|  | 2-kanałowy aparat do masażu podciśnieniowego | TAK |  |
|  | 2-kanałowe, uniwersalne urządzenie do terapii podciśnieniowej współpracujące z aparatami do elektroterapii, | TAK |  |
|  | Ekran ustawiony pod kątem ułatwiający pracę z aparatem, | TAK |  |
|  | Możliwość aplikacji prądu poprzez ssawki ze zintegrowanymi elektrodami, | TAK |  |
|  | Szybkie i praktyczne mocowanie samouszczelniających się ssawek z elektrodami w trudno dostępnych miejscach, | TAK |  |
|  | Wyświetlacz obrazujący rzeczywisty poziom intensywności zabiegu, | TAK |  |
|  | Energooszczędny tryb pracy, | TAK |  |
|  | Częstotliwość pulsacji fali podciśnieniowej [imp./min]: 15-90 | TAK |  |
|  | Liczba elektrod: 4 | TAK |  |
|  | Maksymalne podciśnienie [mbar]: 400 | TAK |  |
|  | Masa (bez akcesoriów i opakowania) [kg]: 3,4 kg  -/+5% | TAK |  |
|  | 4 elektrody (60 mm) z wkładkami wiskozowymi, | TAK |  |
|  | Komplet przewodów do elektrod, | TAK |  |
|  | Przewód połączeniowy z aparatem do elektroterapii. | TAK |  |
|  | Kompatybilny przewód od terapii skojarzonej | TAK |  |
| 17. | Certyfikacja: EN 60601-1 -wyrób medyczny | TAK |  |
| 18. | Możliwość wyboru koloru przez Zamawiającego | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **POZOSTAŁE WYMOGI ;** | | | |
|  | Czas reakcji od przyjęcia zgłoszenia – podjęta naprawa nie dłużej jak: - 24 h (dni pracujące) dla zgłoszenia w czasie trwania gwarancji; - 48 h (dni pracujące) dla zgłoszenia pogwarancyjnego. | TAK |  |
|  | Wliczone w cenę przeglądy (min. 1 x w roku chyba, że producent urządzeń lub/i ich podzespołów lub/i elementów wymaga częstszych niż 1 x w roku przeglądów - wówczas ilość tych przeglądów winna być zgodna z wytycznymi producenta) w okresie gwarancji łącznie z wliczoną w cenę wymianą części zalecanych przez producenta (w ilości, zakresie – zgodnie z wymaganiami producenta) na koszt dostawcy; dotyczy również akumulatorów | TAK |  |
|  | Dostępność części zamiennych po okresie gwarancji oraz serwisu pogwarancyjnego min. 8 lat | TAK |  |
|  | Szkolenie z obsługi aparatu/urządzenia w, tym sposobu mycia i dezynfekcji, dla personelu medycznego oraz technicznego wskazanego przez Zamawiającego (wliczone w cenę w ramach umowy), ilość osób do przeszkolenia określa Zamawiający | TAK |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie w wyznaczonym przez Zamawiającego miejscu funkcjonowania urządzenia i w obecności osoby/osób wyznaczonych przez Zamawiającego | TAK |  |
|  | Wypełniony paszport techniczny | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Instrukcje obsługi, w tym sposobu mycia i dezynfekcji, w języku polskim | TAK |  |
|  | Dane teleadresowe i kontaktowe do najbliższych dla siedziby Zamawiającego autoryzowanych punktów serwisowych na terenie Polski | TAK |  |
|  | Urządzenie zastępcze (w przypadku awarii lub/i konieczności zabrania urządzenia do przeglądu poza szpital lub/i unieruchomienia urządzenia na czas przeglądu) | TAK |  |
|  | Przewidywany roczny koszt brutto okresowego przeglądu aparatu/urządzenia wykonywanego zgodnie z zaleceniem producenta po upływie okresu gwarancji jakości udzielonej przez Wykonawcę zgodnie z postanowieniami SIWZ. (szacunkowa kalkulacja sporządzona w dniu składania oferty, uwzględniająca wymianę części zużywalnych lub zamiennych w trakcie przeglądu wraz z opisem) | TAK/PODAĆ |  |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu. Potwierdzenia w ten sposób wymagają również wszystkie wymagane opcje oraz możliwości rozbudowy sprzętu. | TAK |  |
|  | Na żądanie Zamawiającego ( wezwanie ) na każdym etapie postępowania Oferent wyraża zgodę na dostarczenie próbek i ich prezentację w szpitalu w zakresie wszystkich oferowanych wyrobów. ( każdej pozycji z powyższego zestawienia) | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Wszystkie oferowane w ramach zestawu produkty pochodzą od jednego producenta tworząc w pełni kompatybilny zestaw | TAK |  |
|  | Okres gwarancji min.36 m-cy ; obejmuje wszystkie elementy wielorazowego użytku wchodzące w skład zestawu. | TAK |  |

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

……………………………………… …………………………….

data podpis