**PAKIET 9**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW TECHNICZNYCH**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: | **APARAT DO TERAPII POLEM MAGNETYCZNYM - 1 szt.** |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LP. | **PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE** | **WYMAGANIA TAK/ NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Aparat do terapii polem magnetycznym | TAK-podać nazwę handlową, model oraz producenta |  |
|  | Przenośny sterownik | TAK |  |
|  | Wyposażenie:  aplikator szpulowy o średnicy 610mm do leżanki (+/- 5%) 1 szt.,  aplikator szpulowy o średnicy 300mm (+/- 5%) 2 szt.,  leżanka z systemem przesuwnym do aplikatora 610mm 1szt. | TAK |  |
|  | Minimum 9 typów fal: sinusoidalny bipolarny                                     sinusoidalny monopolarny                                     sinusoidalny zmienny  monopolarny                                     trójkątny bipolarny                                     trójkątny monopolarny                                     trójkątny monopolarny  zmienny                                      prostokątny bipolarny                                     prostokątny monopolarny                                     impulsy MgWave | TAK |  |
|  | Maksymalna indukcja magnetyczna min. 300 Gauss | TAK |  |
|  | 4 niezależne kanały (możliwość uruchomienia 4 różnych protokołów w tym samym czasie) | TAK |  |
|  | Częstotliwość min:5 to 100Hz | TAK |  |
|  | Zegar do 240 min | TAK |  |
|  | Akustyczny sygnał końca leczenia i automatyczne przerwanie emisji pola | TAK |  |
|  | Możliwość podłączenia aplikatorów płaskich: 15 i 7,5 cm (+/- 5%) | TAK |  |
|  | Bank gotowych programów terapeutycznych | TAK |  |
|  | Kolorowy, dotykowy wyświetlacz o przekątnej 5,9” (+/- 5%) | TAK |  |
|  | Możliwość wprowadzania własnych programów terapeutycznych | TAK |  |
|  | Możliwość tworzenia sekwencji zabiegowych | TAK |  |
|  | Certyfikacja: EN 60601-1 -wyrób medyczny | 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.

………………………………….. ……………………………………….

podpis podpis