**PAKIET 12**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW TECHNICZNYCH**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: | **LASER TERAPEUTYCZNY WYSOKOENERGETYCZNY - 1 sztuka** |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE** | **WYMAGANIA TAK/ NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | Laser terapeutyczny wysokoenergetyczny | TAK-podać nazwę handlową, model oraz producenta |  |
|  | Laser terapeutyczny o długości fali 1064 nm i mocy min. 13 W | TAK |  |
|  | Wielkość wiązki (+/-5%) 1,70cm2 (odstęp 1 cm), 30cm2 (aplikator stożkowy) | TAK |  |
|  | Źródło wiązki: dioda laserowa GaAIAs | TAK |  |
|  | Praca w trybie ciągłym i impulsowym (10 000 Hz) | TAK |  |
|  | Ciekłokrystaliczny ekran dotykowy o przekątnej  min. 5,9” | TAK |  |
|  | Możliwość tworzenia programów terapeutycznych | TAK |  |
|  | Możliwość pełnej modyfikacji parametrów zabiegu | TAK |  |
|  | Regulacja częstotliwości przemiatania i cyklu pracy | TAK |  |
|  | Elektroniczny timer zabiegowy | TAK |  |
|  | Wyłącznik bezpieczeństwa | TAK |  |
|  | Pilot nożny aktywujący wiązkę lasera | TAK |  |
|  | Możliwość łączenia metod pracy punktowej i skanującej w jednej terapii | TAK |  |
|  | Specjalne programy terapeutyczne łączące metodę punktową ze skanerem automatycznym | TAK |  |
|  | Możliwość regulacji mocy lasera w trakcie trwania programu terapeutycznego bez jego przerywania | TAK |  |
| 16. | Programy terapeutyczne dobierające inteligentnie moc wiązki lasera w zależności od koloru skóry (min. 3 rodzaje), od wieku (min. 3 kategorie wiekowe), rodzaju schorzenia i odległości od skóry pacjenta | TAK |  |
| 17. | **Standardowe wyposażenie:**  jednostka sterująca,  aplikator sondowy,  okulary ochronne – 2 pary,  pilot nożny,  komplet przewodów. | TAK |  |
| 18. | Aplikator stożkowy dla pola zabiegowego 30cm2 | TAK |  |
| 19. | Ramię do aplikatora stożkowego | TAK |  |
| 20. | Wymiary: długość: 440mm, szerokość: 270mm, wysokość: 230mm (+/- 5%) | TAK |  |
| 21. | Waga max 4,7 kg (+/- 5%) | TAK |  |
| 22. | 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.

………………………………………….. ………………………………………….

data podpis