***Załącznik Nr 2 do SWZ część3***

***(Załącznik nr 2 do Umowy)***

**Opis przedmiotu zamówienia**

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa sprzętu i aparatury medycznejdla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Poz. nr | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość |
| Część 3 | | |
| 1 | Urządzenie do trakcji kręgosłupa | 1 szt. |
|  | Cena netto ………………………… Cena brutto ………………………………… | - |
| 2 | Platforma stabilometryczna | 1 kpl. |
|  | Cena netto ………………………… Cena brutto ………………………………… | - |
| 3 | Szyna CPM | 1 kpl. |
|  | Cena netto ………………………… Cena brutto ………………………………… | - |

1. Zamawiający wymaga dostarczenia w ramach zamówienia fabrycznie nowych urządzeń medycznych (rok produkcji zgodnie z rokiem dostawy). Nie dopuszcza się oferowania urządzeń używanych, rekondycjonowanych oraz demonstracyjnych. Urządzenia medyczne muszą być wolne od wszelkich wad fizycznych (konstrukcyjnych) oraz prawnych
2. Zaoferowana aparatura medyczna musi posiadać wymagane świadectwa i certyfikaty oraz oznakowanie przewidziane zapisami Ustawy o Wyrobach Medycznych świadczące o wymaganym dopuszczeniu do stosowania i obrotu na terenie Polski tj. certyfikat CE i deklarację zgodności zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie wymagań zasadniczych oraz procedur oceny zgodności wyrobów medycznych.
3. Zaoferowana aparatura medyczna musi być kompletna i gotowa do użytkowania bez dodatkowych zakupów.
4. W okresie gwarancji Wykonawca w ramach wynagrodzenia umownego zobowiązuje się do:

wykonywania okresowych przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta, jednak nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy. Każdorazowy okresowy przegląd techniczny musi odbyć się w ściśle określonym terminie. Nie wykonanie okresowego przeglądu technicznego w wyznaczonym czasie skutkuje wydłużeniem pełnego zakresu gwarancyjnego o jeden miesiąc za każdy dzień zwłoki oraz dodatkowo przysługiwać będzie jedna naprawa, której całkowity koszt będzie po stronie Wykonawcy.

przystąpienie do usunięcia awarii w terminie do 1 dnia od momentu jej zgłoszenia przez Zamawiającego. Za przystąpienie do usunięcia awarii Zamawiający uzna działanie Wykonawcy, które ma doprowadzić do usunięcia awarii lub rozpoczęcia diagnozy uszkodzenia w drodze telefonicznego wywiadu technicznego, serwisu zdalnego lub wizyty osobistej pracownika działu serwisu Wykonawcy. Skuteczna naprawa zostanie dokonana w ciągu 3 kolejnych dni roboczych. W przypadku gdy naprawa awarii wymaga sprowadzenia części spoza granic kraju, termin może ulec wydłużeniu, lecz nie dłużej niż do 5 dni roboczych. W przypadku niemożliwości dochowania terminu naprawy Wykonawca obowiązany jest do dostarczenia sprzętu zastępczego, o nie gorszych parametrach niż będący przedmiotem umowy na czas wykonania skutecznej naprawy.

dostarczenia fabrycznie nowego urządzenia w przypadku wystąpienia trzykrotnie tej samej awarii.

przekazania Zamawiającemu, po każdej planowej czynności serwisowej oraz każdej naprawie, raportu serwisowego zawierającego opis wykonanych czynności serwisowych lub opis wykonanej naprawy z określeniem zużytych do naprawy części oraz określeniem czasu trwania naprawy serwisowej lub czynności serwisowej.

1. Po zakończonym okresie gwarancyjny Wykonawca zobowiązany jest udostępnić Zamawiającemu wymaganą dokumentację serwisową wraz z kodami serwisowymi, umożliwiającą wykonanie okresowego przeglądu technicznego zgodnie z zaleceniami producenta.
2. Wszelkie czynności serwisowe muszą być realizowane przez podmiot upoważniony przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania tych czynności, zgodnie z art. 90 Ustawy o wyrobach medycznych. W związku z powyższym Wykonawca przy dostawie załączy wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania czynności serwisowych.
3. Przedmiot zamówienia musi być oznakowany przez producenta w Taki sposób, aby możliwa była identyfikacja zarówno produktu jak i producenta.
4. Opis oferowanych urządzeń nie powinien budzić żadnej wątpliwości Zamawiającego. Z opisu powinno wynikać, że oferowany przedmiot zamówienia jest o Takich samych parametrach, jaki wymaga Zamawiający lub parametrach lepszych poprzez dokładne wskazanie zaoferowanych parametrów wg punktów wyszczególnionych przez Zamawiającego w zestawieniu wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych.
5. Zamawiający ma prawo do sprawdzenia wiarygodności podanych przez Wykonawcę parametrów techniczno – użytkowych we wszystkich dostępnych źródłach, w tym również poprzez zwrócenie się o złożenie dodatkowych wyjaśnień do Wykonawcy.

***Faktura dostarczona w dniu realizacji zamówienia.***

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Poz. 1** | | | | | |
| **Urządzenie do trakcji kręgosłupa**  **model / typ: ……………………………**  **producent: ……………………………** | | | | | |
| **Rok produkcji: ………………………** | | | | | |
| ***Lp.*** | ***Parametr*** | ***Parametry wymagane*** | ***Opis parametrów oferowanych\**** | ***Ocena punktowa*** | ***Określenie punktacji*** |
| 1. **Wymogi formalne** | | | | | |
|  | Urządzenie medyczne fabrycznie nowe, wyprodukowane w 2023 roku | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie medyczne do obrotu i  używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022. (Dz. U z 2022 r. poz. 974 i Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 (deklaracja zgodności UE) | Tak dołączyć do oferty oraz przy dostawie |  |  | Bez punktacji |
|  | Zgłoszenie wyrobu lub powiadomienie Prezesa Urzędu RPLWMiPB | Tak dołączyć do oferty oraz przy dostawie |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Wymogi podstawowe** | | | | | |
|  | Stół do trakcji szyjnej i lędźwiowej kręgosłupa | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Leżysko główne z trójpłaszczyznową korekcją ustawienia w płaszczyźnie:   * strzałkowej, * czołowej, * poprzecznej. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Zakres regulacji w płaszczyźniestrzałkowej [°] | Min. -14 do +22 [°] (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Regulacja w płaszczyźniestrzałkowej za pomocą siłownika elektrycznego | Tak/ Nie |  |  | **Tak – 10 pkt.**  **Nie – 0 pkt.** |
|  | Zakres regulacji w płaszczyźnie czołowej [°] za pomocą sprężyn gazowych  poprzecznej -12 do + 12 stopni za pomocą sprężyn gazowych | Min. -20 do +20 [°] (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Regulacjaw płaszczyźnie czołowej za pomocą sprężyn gazowych | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Zakres regulacji w płaszczyźniepoprzecznej [°] | Min. -12 do + 12 [°] (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Regulacja w płaszczyźniepoprzecznej za pomocą sprężyn gazowych | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Zakres regulacji zagłówka [°] | Min. -44 do +36 [°] (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Zakres regulacji wysokości stołu [mm] | Min. 580 – 850 [mm] (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Trakcja statyczna | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Trakcja przerywana | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Trakcja harmoniczna | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Elektroniczna kontrola trakcji | Tak/ Nie |  |  | **Tak – 10 pkt.**  **Nie – 0 pkt.** |
|  | Siła trakcji lędźwiowej | Zakres min. 0 – 90 [kg] (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Siła trakcji szyjnej | Zakres min. 0 – 18[kg] (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Trakcja szyjna za kość potyliczną bez przykładania siły poprzez żuchwę | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość wykonania trakcji lędźwiowej w pozycji:   * supinacyjnej, * pronacyjnej. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość wykonania trakcji:   * symetrycznej, * asymetrycznej. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Dowolna regulacja parametrów:   * siły ciągu, * prędkości narastania ciągu, * czasu trwania przerwy, * czasu aktywnej trakcji (w trybie trakcji przerywanej) | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość zapisywania programów terapeutycznych z dowolnie ustawionymi parametrami zabiegowymi | Tak/ Nie |  |  | **Tak – 10 pkt.**  **Nie – 0 pkt.** |
|  | Kolorowyekran dotykowy na ruchomy wysięgniku | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | w zestawie komplet akcesoriów (pasy stabilizacyjne, podnóżek regulowany, stół z rozsuwanym leżyskiem, pilot bezpieczeństwa) | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Obciążenie stołu [kg] | Min. 130 [kg] (podać) |  |  | **Wartość graniczna – 0 pkt.**  **Wartość największa – 10 pkt. Pozostałe proporcjonalnie.** |
|  | Wymiar stołu[mm] | Min. 2200 x 720 [mm] (podać) |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Inne wymagania** | | | | | |
|  | Okres gwarancji 60 miesięcy | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Gwarancja dostępności autoryzowanego serwisu oraz części zamiennych po upływie okresu gwarancyjnego – nie mniej niż 10 lat licząc od daty jej zakończenia | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Częstotliwość przeglądów wszystkich dostarczonych urządzeń | Podać, opisać |  |  | Bez punktacji |
|  | Uzupełniony paszport techniczny, podpisany przez uprawnionego serwisanta wraz z kartą gwarancyjną. Dostarczenie wraz z dostawą aparatu | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Broszury techniczne, instrukcje, foldery potwierdzające spełnienie wymagań | Tak, załączyć do oferty |  |  | Bez punktacji |
|  | Deklaracje zgodności CE z wymaganiami określonymi w dyrektywie 98/79/WE wydaną przez wytwórcę/ autoryzowanego przedstawiciela zgodnie z ww. ustawą o wyrobach medycznych – dotyczy urządzeń, które są wyrobami medycznymi. Dostarczenie wraz z dostawą aparatem | Tak, załączyć do oferty |  |  | Bez punktacji |
|  | Dostarczenie instrukcji obsługi do wszystkich dostarczonych urządzeń, a także oprogramowania, oraz dokumentacji technicznej w języku polskim, w wersji papierowej i elektronicznej – po 1 szt. w każdej z wersji. Dostarczenie wraz z dostawą aparatu | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Szkolenie stanowiskowe w miejscu instalacji (potwierdzone zaświadczeniem/ certyfikatem) | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Instrukcja stanowiskowa BHP wraz ze szkoleniem z zasad obsługi oraz zasad BHP. Szkolenie na koszt Wykonawcy potwierdzone protokołem | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Autoryzowany serwis na terenie kraju | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Autoryzowany serwis na oferowane urządzenia (załączyć stosowną autoryzację), podać dane teleadresowe autoryzowanego serwisu | Tak |  |  | Bez punktacji |
| **Poz. 2** | | | | | |
| **Platforma stabilometryczna**  **model / typ: ……………………………**  **producent: ……………………………** | | | | | |
| **Rok produkcji: ………………………** | | | | | |
| ***Lp.*** | ***Parametr*** | ***Parametry wymagane*** | ***Opis parametrów oferowanych\**** | ***Ocena punktowa*** | ***Określenie punktacji*** |
| 1. **Wymogi formalne** | | | | | |
|  | Urządzenie medyczne fabrycznie nowe, wyprodukowane w 2023 roku | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie medyczne do obrotu i  używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022. (Dz. U z 2022 r. poz. 974 i Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 (deklaracja zgodności UE) | Tak dołączyć do oferty oraz przy dostawie |  |  | Bez punktacji |
|  | Zgłoszenie wyrobu lub powiadomienie Prezesa Urzędu RPLWMiPB | Tak dołączyć do oferty oraz przy dostawie |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Platforma stabilometryczna wraz z oprogramowaniem** | | | | | |
|  | Przenośna platforma stabilometryczna wraz z rozłączanym podestem połączonym stabilnie z trójstronną barierką zabezpieczającą | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Urządzenie pozwalające na ocenę i trening równowagi i stabilności w warunkach stabilnego podłoża | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Dostępne testy:   * test stabilometryczny, * test Romberga, * test dynamiczny, * test dystrybucji obciążenia, * test Unterbergera. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Wszystkie testy z automatycznym raportowaniem wyników | Tak/ Nie |  |  | **Tak – 10 pkt.**  **Nie – 0 pkt.** |
|  | Możliwość rejestracji COP i dystrybucji obciążenia kończyn | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Informacja zwrotna (Biofeedback),przekazywana ćwiczącemu w czasie rzeczywistym | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Rejestracja parametrów związanych z umiejętnością utrzymania równowagi dla testów statycznych:   * wskaźniki stabilności w 2 płaszczyznach, * odchylenia COP, * długość ścieżki COP, * pole powierzchni zaznaczone przez COP, * prędkość. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Rejestracja parametrów związanych z umiejętnością utrzymania równowagi dla testówdynamicznych min.:   * czasy osiągania celów w poszczególnych ćwiartkach płaszczyzny podparcia, * odniesienie wygenerowanej przez pacjenta ścieżki do wartości minimalnej obliczanej przez oprogramowanie. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Rejestracja parametrów związanych z umiejętnością utrzymania równowagi dla testówobciążenia kończyn dolnych:   * procentowe obciążenie kończyn, * procent czasu trwania testu, w którym kończyna była obciążanadominująco. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Rejestracja parametrów związanych z umiejętnością utrzymania równowagi dla testów Unterbergera: min.:   * ilość wykonanych kroków, * zmiana kątowa rotacji ciała. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość wykonywania ćwiczeń za pomocą interaktywnych programów terapeutycznych o modyfikowalnym poziomie trudności. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Zakres ćwiczeń wspomagających kształtowanie:   * podzielności uwagi, * ruchów funkcjonalnych, * pamięci, * precyzji ruchu, * rozwiązywania problemów. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość modyfikacji i tworzenia własnych programów treningowych. | Tak/ Nie (opisać) |  |  | **Tak – 10 pkt.**  **Nie – 0 pkt.** |
|  | Moduł video do rejestracji pacjenta podczas testu i ćwiczeń. | Tak/ Nie (opisać) |  |  | **Tak – 10 pkt.**  **Nie – 0 pkt.** |
|  | Pełna archiwizacja uzyskanych wyników i możliwość ich przesłania do dalszej obróbki w formacie środowiska Windows. | Tak/ Nie |  |  | **Tak – 5 pkt.**  **Nie – 0 pkt.** |
|  | Kartoteka pacjenta. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Pozycja stóp pacjenta na platformie zapisywana w oprogramowaniu, w kartotece danego pacjenta. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość generowania raportów po testach i treningu w postaci gotowych arkuszy oraz raportów multimedialnych w tym odtworzenia ćwiczenia/testu z podglądem przemieszczania COP wraz z synchronicznie zarejestrowanym obrazem wideo. | Tak/ Nie |  |  | **Tak – 5 pkt.**  **Nie – 0 pkt.** |
|  | Wymiary platformy [cm] | Max. 60 x 60 [cm] (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Wysokość platformy[cm] | Max. 7 cm (podać) |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Wyposażenie dodatkowe** | | | | | |
|  | Stabilny stojak na kółkach (2 szt.) | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Monitor dla pacjenta | Tak, min. 42” (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Monitor dla terapeuty | Tak, min. 20” (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Komputer spełniający minimalne wymagania:  - system operacyjny Windows 10, 32 lub 64 bit,  - komputer PC z procesorem min. 2 GHz,  - pamięć min. 8 GB RAM,  - karta grafiki zgodna z DirectX 10,  - karta sieciowa Wi-Fi,  - wymagane złącza:   * 2 x USB (3.0), * 2 x USB (2.0),   - współpraca z kamerą podłączoną przez USB,  - klawiatura bezprzewodowa z wbudowaną myszką,  -klucz licencyjny | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Kamera video podłączana do komputera za pośrednictwem złącza USB | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | DICOM | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Inne wymagania** | | | | | |
|  | Okres gwarancji 60 miesięcy | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Gwarancja dostępności autoryzowanego serwisu oraz części zamiennych po upływie okresu gwarancyjnego – nie mniej niż 10 lat licząc od daty jej zakończenia | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Częstotliwość przeglądów wszystkich dostarczonych urządzeń | Podać, opisać |  |  | Bez punktacji |
|  | Uzupełniony paszport techniczny, podpisany przez uprawnionego serwisanta wraz z kartą gwarancyjną. Dostarczenie wraz z dostawą aparatu | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Broszury techniczne, instrukcje, foldery potwierdzające spełnienie wymagań | Tak, załączyć do oferty |  |  | Bez punktacji |
|  | Deklaracje zgodności CE z wymaganiami określonymi w dyrektywie 98/79/WE wydaną przez wytwórcę/ autoryzowanego przedstawiciela zgodnie z ww. ustawą o wyrobach medycznych – dotyczy urządzeń, które są wyrobami medycznymi. Dostarczenie wraz z dostawą aparatem | Tak, załączyć do oferty |  |  | Bez punktacji |
|  | Dostarczenie instrukcji obsługi do wszystkich dostarczonych urządzeń, a także oprogramowania, oraz dokumentacji technicznej w języku polskim, w wersji papierowej i elektronicznej – po 1 szt. w każdej z wersji. Dostarczenie wraz z dostawą aparatu | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Szkolenie stanowiskowe w miejscu instalacji (potwierdzone zaświadczeniem/ certyfikatem) | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Instrukcja stanowiskowa BHP wraz ze szkoleniem z zasad obsługi oraz zasad BHP. Szkolenie na koszt Wykonawcy potwierdzone protokołem | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Autoryzowany serwis na terenie kraju | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Autoryzowany serwis na oferowane urządzenia (załączyć stosowną autoryzację), podać dane teleadresowe autoryzowanego serwisu | Tak |  |  | Bez punktacji |
| **Poz. 3** | | | | | |
| **Szyna CPM**  **model / typ: ……………………………**  **producent: ……………………………** | | | | | |
| **Rok produkcji: ………………………** | | | | | |
| ***Lp.*** | ***Parametr*** | ***Parametry wymagane*** | ***Opis parametrów oferowanych\**** | ***Ocena punktowa*** | ***Określenie punktacji*** |
| 1. **Wymogi formalne** | | | | | |
|  | Urządzenie medyczne fabrycznie nowe, wyprodukowane w 2023 roku | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Dokumenty dopuszczające zaoferowane urządzenie medyczne do obrotu i  używania zgodnie z wymogami ustawy o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022. (Dz. U z 2022 r. poz. 974 i Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 (deklaracja zgodności UE) | Tak dołączyć do oferty oraz przy dostawie |  |  | Bez punktacji |
|  | Zgłoszenie wyrobu lub powiadomienie Prezesa Urzędu RPLWMiPB | Tak dołączyć do oferty oraz przy dostawie |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Szyna CPM** | | | | | |
|  | Urządzenie do ćwiczeń biernych kończyny dolnej:   * staw kolanowy, * staw biodrowy, * staw skokowy | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Sterowanie poprzez:   * panel sterujący, * pilot sterujący | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Zakresu ruchomości stawu kolanowego | Min. -5° do 120° (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Zakresu ruchomości stawu biodrowego | Min. 25° - 100° (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Zakresu ruchomości stawu skokowego | Min. 0° - 40° (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Zakres ustawienia dla kości udowej | Min. 32 - 49 [cm] (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Zakres ustawienia dla goleni | Min. 25-57[cm] (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Zasilanie 100-240V/50/60 Hz | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Wymiary [długość x szerokość x głębokość] | (podać) |  |  | Bez punktacji |
|  | Ciężar | Max. 9 [kg] (podać) |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Wyposażenie zestawu** | | | | | |
|  | Stół rehabilitacyjny, dwusegmentowyz otworem na twarz (wraz z zaślepką). Elektryczna regulacja wysokości. Stabilna konstrukcja, wytrzymała rama ze stali, malowana proszkowo – odporna na działanie środków dezynfekujących. Centralny system jezdny (4 kółka wyposażone w hamulec), pilot sterujący. Regulowany zagłówek za pomocą sprężyny gazowej. Wymiary (dł. x szer.): min. 1900 x 660 [mm].  Dopuszczalne obciążenie: min. 150 [kg] | Tak, opisać |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Inne wymagania** | | | | | |
|  | Okres gwarancji 60 miesięcy | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Gwarancja dostępności autoryzowanego serwisu oraz części zamiennych po upływie okresu gwarancyjnego – nie mniej niż 10 lat licząc od daty jej zakończenia | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Częstotliwość przeglądów wszystkich dostarczonych urządzeń | Podać, opisać |  |  | Bez punktacji |
|  | Uzupełniony paszport techniczny, podpisany przez uprawnionego serwisanta wraz z kartą gwarancyjną. Dostarczenie wraz z dostawą aparatu | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Broszury techniczne, instrukcje, foldery potwierdzające spełnienie wymagań | Tak, załączyć do oferty |  |  | Bez punktacji |
|  | Deklaracje zgodności CE z wymaganiami określonymi w dyrektywie 98/79/WE wydaną przez wytwórcę/ autoryzowanego przedstawiciela zgodnie z ww. ustawą o wyrobach medycznych – dotyczy urządzeń, które są wyrobami medycznymi. Dostarczenie wraz z dostawą aparatem | Tak, załączyć do oferty |  |  | Bez punktacji |
|  | Dostarczenie instrukcji obsługi do wszystkich dostarczonych urządzeń, a także oprogramowania, oraz dokumentacji technicznej w języku polskim, w wersji papierowej i elektronicznej – po 1 szt. w każdej z wersji. Dostarczenie wraz z dostawą aparatu | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Szkolenie stanowiskowe w miejscu instalacji (potwierdzone zaświadczeniem/ certyfikatem) | Tak, podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Instrukcja stanowiskowa BHP wraz ze szkoleniem z zasad obsługi oraz zasad BHP. Szkolenie na koszt Wykonawcy potwierdzone protokołem | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Autoryzowany serwis na terenie kraju | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Autoryzowany serwis na oferowane urządzenia (załączyć stosowną autoryzację), podać dane teleadresowe autoryzowanego serwisu | Tak |  |  | Bez punktacji |
| **Serwis gwarancyjny, lokalizacja:** | | | | | |
|  | **Pełna nazwa serwisu:** | | | | |
|  | **Adres:** | | | | |
|  | **Telefon:** | | | | |
|  | **e-mail:** | | | | |
|  | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania czynności związanych z okresową konserwacją, obsługą serwisową, przeglądami, sprawdzaniem lub kontrolą bezpieczeństwa | *(podać)* | | | |
|  | Wykaz dostawców część zamiennych i zużywalnych oraz materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do prawidłowego i bezpiecznego działania Towaru | *(podać)* | | | |
|  | Zgłoszenia awarii/ wad/ błędów/ usterek | *(podać)*  *Numertelefonu:………………………………………………………..,*  *email:………………………………………………………….…………* | | | |

***\*) w kolumnie należy opisać parametry oferowane i podać zakresy***

Wartości podane w rubrykach Parametr/Parametry wymagane stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty (nie dotyczy parametrów ocenianych, gdzie Wykonawca może wpisać „NIE”, nie otrzymując tym samym punktów).

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantują bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewniają wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenia są kompletne i będą gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

Oświadczam, że oferowany przez nas Towar spełnia powyższe parametry wymagane przez Zamawiającego.

……..……..……………………..

*(podpis i pieczątka imienna osoby*

*uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)*