**Załącznik nr 7.1 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych i ocenianych**

**Część 1 – Aparat krio z 5 sondami**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane i oceniane****/podać zakres lub opisać/**  |
| 1 | 2 | 3 |  |
| 1. 1.
 | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia  | Podać |  |
|  | Aparat fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2022 |  |
|  | Zasilanie: Aparat nieelektryczny | TAK |  |
|  | Czynnik roboczy - Podtlenek azotu (N2O).  | TAK |  |
|  | Ciśnienie pracy w zakresie - 3,5 ÷ 5 MPa | TAK |  |
|  | Ciśnienie maksymalne – 5,5 MPa | TAK |  |
|  | Wymiary aparatu - 135 x 120 x 125 mm +/- 20 mm  | TAK |  |
|  | Ciężar aparatu do 1,5 kg | TAK |  |
|  | Ciężar wózka butli do 5,5 kg | TAK |  |
|  | Aparat wyposażony w wózek, umożliwiający stabilne zainstalowanie na nim aparatu (mocowanie przy pomocy dwóch śrub), przystosowany do butli o pojemności 10 litrów. | TAK |  |
|  | Wózek na 4 kołach, min. 2 koła z hamulcami | TAK |  |
|  | Miernik ciśnienia gazu w sondzie | TAK |  |
|  | Pokrętło regulacji ciśnienia gazu zasilającego sondę | TAK |  |
|  | Pedał sterujący jednoprzyciskowy | TAK |  |
|  | Wyposażenie:- sonda kontaktowa ginekologia G10/24 – 1 szt.- sonda kontaktowa ginekologia G10/20 – 1 szt.- sonda natryskowa SG-10 – 1 szt.- sonda kontaktowa dermatologia śr. ok. 0,5 cm – 1 szt.- sonda natryskowa SD-10 – 1 szt. | TAK |  |
| 16. | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 miesiące) | TAK, podać:24miesiące – 0 pkt.36 miesięcy – 20 pkt.48 miesięcy – 40 pkt |  |
| 17. | Montaż sprzętu w siedzibie Zamawiającego | TAK |  |
| 18. | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia przeprowadzone w miejscu instalacji urządzenia. | TAK |  |
| 19. | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r. (t.j. Dz. U. 2021 r., poz. 1565) - dostarczyć wraz z dostawą aparatu | TAK |  |
| 20. | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 21. | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
| 22. | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

……………………………………………………

Podpis Wykonawcy

**Załącznik nr 7.2 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych i ocenianych**

**Część 2 – Aparat do EKG**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane i oceniane****/podać zakres lub opisać/**  |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia  | Podać |  |
|  | Aparat fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2022 |  |
| 1. 1.
 | Rejestracja odprowadzeń EKG 12 standardowych | TAK |  |
|  | Tryb wydruku 1, 3, 6 oraz 12 przebiegów EKG | TAK |  |
|  | Rodzaje badań: ręczne, AUTO, LONG, AUTOMANUAL, automatyczne do schowka | TAK |  |
|  | Zapis automatyczny "do schowka" 12 odprowadzeń | TAK |  |
|  | Długość zapisu badania automatycznego od min. 6 do 30 sekund | TAK |  |
|  | Zapis badania LONG do pamięci min. od 1 minuty do 15 minut | TAK |  |
|  | Zapis automatyczny z funkcją zapisu do „schowka” sygnału EKG ze wszystkich 12 odprowadzeń jednocześnie, a następnie w zależności od ustawień: wydrukowanie badania, analizy, interpretacji lub zapisanie badania do bazy | TAK |  |
|  | Zapis wsteczny przy badaniu automatycznym do schowka i przy badaniu ręcznym | TAK |  |
|  | Zapis wsteczny minimum 1-30 sekund | TAK |  |
|  | Drukarka wbudowana aparatu o szerokości papieru 112 mm | TAK |  |
|  | Ekran dotykowy minimum 7”, rozdzielczość min. 800x480 | TAK |  |
|  | Wykonywanie minimum do 130 badań automatycznych w trybie pracy akumulatorowej | TAK |  |
|  | Filtr zakłóceń sieciowych 50 Hz, 60 Hz | TAK |  |
|  | Filtr zakłóceń mięśniowych 25 Hz, 35 Hz, 45 Hz | TAK |  |
|  | Filtr izolinii; do wyboru: 0,15 Hz, 0,45 Hz, 0,75 Hz, 1,5 Hz | TAK |  |
|  | Detekcja odpięcia elektrody INOP niezależna dla każdego kanału | TAK |  |
|  | Ciągły pomiar akcji serca i prezentacja na wyświetlaczu | TAK |  |
|  | Wykrywanie i prezentacja impulsów stymulujących | TAK |  |
|  | Dźwiękowa sygnalizacja wykrytych pobudzeń stymulatora serca | TAK |  |
|  | Zabezpieczenie przed impulsem defibrylującym | TAK |  |
|  | Eksport badań do pamięci USB, na skrzynkę e-mail lub na inny aparat za pomocą usługi EKG-MAIL | TAK |  |
|  | Pamięć min. 1000 pacjentów lub 1000 badań | TAK |  |
|  | Przewodowa komunikacja z siecią LAN lub Internet | TAK |  |
|  | Automatyczna analiza i interpretacja zgodna z EN 60601-2-51 | TAK |  |
| 1. 28.
 | EDM - archiwizacja badań za dany okres na zewnętrznym nośniku (pamięć USB) | TAK |  |
| 1. 29.
 | Archiwizacja badań na zewnętrznym nośniku (pamięć USB) | TAK |  |
|  | Częstotliwość próbkowania: 8000 Hz na kanał | TAK |  |
|  | Prędkości zapisu (5; 6,25; 10; 12,5; 25 i 50 mm/s) | TAK |  |
|  | Czułość: 5; 6,25; 10; 12,5; 25 i 50 mm/mV | TAK |  |
|  | Rozdzielczość przetwornika 12bitów | TAK |  |
|  | Wymiary aparatu bez wózka maksymalnie 260 x 200 x50 mm | TAK |  |
|  | Stolik trzypółkowy pod aparat EKGWysokość stolika 80 cm ±2 cmWymiary podstawy (głęb. szer.) 46 x 46 cm ±2 cmPółki stalowe, malowane proszkowo Wymiary półek (głęb. x szer.): 36x 40 cm ±2 cmMożliwość dowolnej regulacji wysokości dwóch półekMożliwość pochylenia półek do 10 stopniKółka jezdne gumowane o średnicy min. 75 mm mocowane na zatrzask Kółka przednie z dwufunkcyjnymi hamulcami Wyprofilowane wycięcia w podstawie wózka ułatwiające dostęp do akcesoriów umieszczonych na wózkuRama profili bocznych wykonana z aluminiumObciążenie dynamiczne do min. 70 kg.Wysięgnik na kabel EKG  | TAK |  |
| 1. 16.
 | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 miesiące) | TAK, podać:24miesiące – 0 pkt.36 miesięcy – 20 pkt.48 miesięcy – 40 pkt |  |
| 1. 17.
 | Montaż sprzętu w siedzibie Zamawiającego | TAK |  |
| 1. 18.
 | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia przeprowadzone w miejscu instalacji urządzenia. | TAK |  |
| 1. 19.
 | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r. (t.j. Dz. U. 2021 r., poz. 1565) - dostarczyć wraz z dostawą aparatu | TAK |  |
| 1. 20.
 | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 1. 21.
 | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
| 1. 22.
 | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

……………………………………………………

Podpis Wykonawcy

**Załącznik nr 7.3 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych i ocenianych**

**Część 3 – Głowica laserowa**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane i oceniane****/podać zakres lub opisać/**  |
| 1 | 2 | 3 |  |
| 1. 1.
 | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia  | Podać |  |
|  | Głowica laserowa fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2022 |  |
|  | Głowica ablacyjna SUI kompatybilna z laserem Aphrodite wyposażona w optykę z matrycą 49 punktów. | TAK |  |
| 1. 16.
 | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 miesiące) | TAK, podać:24miesiące – 0 pkt.36 miesięcy – 20 pkt.48 miesięcy – 40 pkt |  |
| 1. 17.
 | Montaż sprzętu w siedzibie Zamawiającego | TAK |  |
| 1. 18.
 | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia przeprowadzone w miejscu instalacji urządzenia. | TAK |  |
| 1. 19.
 | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r. (t.j. Dz. U. 2021 r., poz. 1565) - dostarczyć wraz z dostawą aparatu | TAK |  |
| 1. 20.
 | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 1. 21.
 | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
| 1. 22.
 | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

**Parametry lasera będącego na stanie Zamawiającego:**

|  |  |
| --- | --- |
| Wymiary lasera:  | 320 x 970 x 710 mm (z ramieniem, H: 1060 mm)  |
| Waga:  | 55 kg  |
| Zasilanie:  | 200~240 VAC, 50-60 Hz  |
| Maksymalny pobór energii:  | 330 VA  |
| Klasa bezpieczeństwa:  | Laser klasy IV według IEC 60825-1  |
| Typ lasera:  | CO2 laser, RF driver type  |
| Tryb pracy lasera:  | Stamp, Ultra pulse, CW  |
| Długość fali:  | 10.57 ~ 10.63 ㎛, invisible infrared  |
| Struktura trybu:  | TEM00, 95% purity  |
| Jakość promienia (at 1/e2):  | M2≤1.2  |
| Maksymalna moc lasera:  | do 30 W  |
| Rozmiar plamki:  | 70 ㎛  |
| Ramię:  | 7-przegubowe  |
| Promień pilotujący:  | 3.5mW, 650nm red diode laser  |
| System chłodzenia:  | Powietrze  |

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

……………………………………………………

 Podpis Wykonawcy

**Załącznik nr 7.4 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych i ocenianych**

**Część 4 – Stół do zabiegów chirurgicznych z funkcją fotela**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane i oceniane****/podać zakres lub opisać/**  |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia  | Podać |  |
|  | Stół do zabiegów fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2022 |  |
|  | Zasilanie AC 230V; 50Hz; poniżej 1000W | TAK |  |
|  | Konstrukcja wykonana z kształtowników i rur ze stali węglowej pokrytej lakierem proszkowym | TAK |  |
|  | Segment oparcia pleców, siedzisko, segment nożny pokryte tkaniną powlekaną, tapicerka – poszycie bezszwowe odporne na działanie środków dezynfekujących i promieni UV | TAK |  |
|  | Tapicerka dopuszczona do stosowania w placówkach służby zdrowia, posiadająca atest higieniczny, odporna na dezynfekcję standardowymi środkami stosowanymi w placówkach medycznych | TAK |  |
|  | Podłokietniki oraz zagłówek wykonane ze specjalnych odlewów z pianki poliuretanowej | TAK |  |
|  | Podłokietniki odchylane z możliwością łatwego demontażu | TAK |  |
|  | Zagłówek unieruchamiający głowę pacjenta, znajdujący się w segmencie pleców. Zagłówek wykonany z dwóch odlewanych części z pianki poliuretanowej na stelażu ze stali nierdzewnej. Zagłówek regulowany w 3 płaszczyznach | TAK |  |
|  | W segmencie oparcia pleców oraz siedziska listwy euro ze stali nierdzewnej do montażu dodatkowego wyposażenia i osprzętu | TAK |  |
|  | Podstawa fotela zabudowana osłoną z tworzywowa ABS łatwą do dezynfekcji i utrzymania czystości | TAK |  |
|  | Wysokość leżyska regulowana za pomocą kolumny elektrycznej obudowanej aluminiową osłoną łatwą do utrzymania w czystości, zapobiegającą przenikaniu cieczy i cząstek stałych o współczynniku IPX6 | TAK |  |
|  | Estetyczne obudowy tworzywowe segmentu oparcia pleców, siedziska.  | TAK |  |
|  | 2 podwójne koła o średnicy ø100 w obudowie antystatycznej z przodu fotela z dźwigniami do centralnej blokady, 2 podwójne koła o średnicy ø125 w obudowie antystatycznej z tyłu fotela. Cały system jezdny z centralnym blokowaniem | TAK |  |
|  | Urządzenie regulowane elektrycznie za pomocą pilota przewodowego lub za pomocą pedału nożnego z wyraźnie oznaczonymi piktogramami | TAK |  |
|  | Elektryczna regulacja segmentu oparcia pleców w zakresie minimum 0-80° | TAK |  |
|  | Elektryczna regulacja podparcia nóg w zakresie minimum 0-70° | TAK |  |
|  | Elektryczna regulacja segmentu siedziska w zakresie minimum 0-18° | TAK |  |
|  | Elektryczna regulacja do pozycji Trendelenburga w zakresie minimum od 0 do -15° uzyskiwana za pomocą wyraźnie oznaczonego przycisku na pilocie kolorem czerwonym | TAK |  |
|  | Elektryczna regulacja do pozycji Anty- Trendelenburga w zakresie minimum od 0 do 3° | TAK |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości fotela w zakresie minimalnym od 580 do 920 mm oparta na kolumnie elektrycznej w obudowie aluminiowej | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia fotela w pozycji wyjściowej/ krzesełkowej ułatwiającej pacjentowi zajęcie wygodnej pozycji oraz zejście. Ustawienie za pomocą jednego wyraźnie oznaczonego przycisku na pilocie | TAK |  |
|  | Pilot przewodowy zabezpieczony przed przypadkowym uruchomieniem kluczykiem magnetycznym | TAK |  |
|  | Przewód pilota spiralnie skręcony, nie dopuszcza się prostych kabli nie skręconych | TAK |  |
|  | Możliwość zaprogramowania ustawienia ulubionej pozycji za pomocą wyraźnie oznaczonego przycisku na pilocie | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia fotela w pozycji poziomej do podłoża i wykorzystanie jako stołu zabiegowego lub łózka do krótkiego pobytu | TAK |  |
|  | Podłokietniki zintegrowane z segmentem oparcia pleców, poruszające się wraz z nim | TAK |  |
|  | Uchwyt na pilota wykonany ze stali nierdzewnej, mocowany do podstawy fotela | TAK |  |
|  | Długość całkowita fotela minimum 2180 mm | TAK |  |
|  | Szerokość siedziska oraz oparcia pleców minimum 620 mm | TAK |  |
|  | Szerokość całkowita fotela nie więcej niż 875 mm | TAK |  |
|  | Możliwość montażu regulowanego statywu na płyny infuzyjne z 4 hakami. | TAK |  |
|  | Opcjonalny stojak na kroplówki wykonany ze stali nierdzewnej | TAK |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie min. 250 kg | TAK |  |
|  | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 miesiące) | TAK, podać:24miesiące – 0 pkt.36 miesięcy – 20 pkt.48 miesięcy – 40 pkt |  |
|  | Montaż sprzętu w siedzibie Zamawiającego | TAK |  |
|  | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia przeprowadzone w miejscu instalacji urządzenia. | TAK |  |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r. (t.j. Dz. U. 2021 r., poz. 1565) - dostarczyć wraz z dostawą stołu | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

……………………………………………………

 Podpis Wykonawcy

**Załącznik nr 7.5 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych i ocenianych**

**Część 5 – Rejestratory do holtera**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane i oceniane****/podać zakres lub opisać/**  |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany modele / producent / kraj pochodzenia  | Podać dla wszystkich oferowanych rejestratorów  |  |
|  | Rejestratory do holtera fabrycznie nowe | Rok produkcji: 2022 |  |
|  | Rejestratory do holtera EKG 12 kanałowy – 2 szt., kompatybilne z oprogramowaniem CARDIOSPY | TAK |  |
|  | Rejestratory do holtera EKG 3 kanałowy – 2 szt., kompatybilne z oprogramowaniem CARDIOSPY | TAK |  |
|  | Rejestratory do holtera ciśnieniowy – 4 szt., kompatybilne z oprogramowaniem CARDIOSPY | TAK |  |
|  | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 miesiące) | TAK, podać:24miesiące – 0 pkt.36 miesięcy – 20 pkt.48 miesięcy – 40 pkt |  |
|  | Montaż sprzętu w siedzibie Zamawiającego | TAK |  |
|  | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia przeprowadzone w miejscu instalacji urządzenia. | TAK |  |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r. (t.j. Dz. U. 2021 r., poz. 1565) - dostarczyć wraz z dostawą rejestratora | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

……………………………………………………

 Podpis Wykonawcy