##### ..............................................................

##### Pieczęć firmowa Wykonawcy/ów

#### SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

**Zadanie nr 16 – Łóżko do suchego hydromasażu – 4 szt.**

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa, montaż oraz uruchomienie łóżka do suchego hydromasażu w ilości 4 szt. zwanych dalej „sprzętem” dla potrzeb Uzdrowiska Goczałkowice – Zdrój Sp. z o.o.
2. Wymogi medyczne i warunki techniczne przedmiotu zamówienia Zamawiającego podał poniżej w niniejszym załączniku do SWZ.
3. Przedmiot zamówienia obejmuje w szczególności:
4. Dostawę, montaż oraz uruchomienie urządzeń w miejscu dostawy.
5. Udzielenie gwarancji, jakości dla nowego sprzętu na okres nie krótszy niż 36 miesięcy oraz rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji.
6. Zapewnienie w cenie oferty serwisu i obowiązkowych przeglądów przez cały okres gwarancji i rękojmi dla oferowanego sprzętu, wykonywanych zgodnie z zaleceniami producenta i wymogami przepisów prawnych, ale nie rzadziej niż raz do roku, potwierdzonymi wpisem do paszportu technicznego urządzeń.
7. Dostarczenie instrukcji obsługi (w języku polskim) oraz przeprowadzenie szkolenia (w języku polskim) minimum 7 pracowników użytkownika w zakresie obsługi i eksploatacji dostarczonego sprzętu w miejscu dostawy.
8. Dostawa przedmiotu zamówienia będzie się odbywać na koszt i ryzyko Wykonawcy.
9. Sprzęt należy dostarczyć, zamontować i uruchomić w terminie wymaganym: **do 13 tygodni od dnia zawarcia umowy**.
10. Wykonawca zobowiązany jest do bezwzględnego uzgodnienia z Zamawiającym terminu dostawy sprzętu.
11. Oferowany Sprzęt musi być oznakowany znakiem CE i posiadać ważną deklaracje zgodności CE.
12. Sprzęt wymagany fabrycznie nowy. Nie dopuszcza się egzemplarzy powystawowych, rekondycjonowanych , po demonstracyjnych , itp.

#### II. OPIS TECHNICZNY – WARUNKI GRANICZNE OFEROWANEGO SPRZĘTU ŁÓŻKA DO SUCHEGO HYDROMASAŻU – 4 SZT.

1. Nazwa producenta:

…………………………………………………………………………

1. Nazwa i typ Sprzętu:

………………………………………………………………………….

1. Kraj pochodzenia:

………………………………………………………………

**UWAGA!**

Wykonawca zobowiązany jest wypełnić wszystkie wiersze w kolumnie „Parametr oferowany”, przy czym:

1. W przypadku, gdy Zamawiający wymaga podania parametru w formie wartości liczbowej, Wykonawca winien podać wartość cyfrowo;
2. W przypadku, gdy Zamawiający wymaga podania parametru w formie wartości słownej, Wykonawca winien podać wartość słownie, wpisując odpowiednie sformułowanie lub opis;
3. W przypadku, gdy Zamawiający wymaga określenia czy sprzęt posiada lub nie posiada danego parametru, Wykonawca winien wpisać odpowiednio TAK lub NIE;

Oferta Wykonawcy, który nie wpisze żadnej wartości odpowiednio liczbowej/słownej/sformułowania TAK lub NIE, w obrębie poszczególnych parametrów, wpisze wartość parametru powyżej maksimum lub poniżej minimum (w zależności od parametru) określonego przez Zamawiającego lub wpisze, że sprzęt nie posiada parametru, w przypadku, gdy będzie on obligatoryjny, zostanie odrzucona na podstawie art. 226 ust. 1 pkt 5 PZP.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **OPIS PARAMETRU / WARUNKU** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany/ podać** | **Parametr**  **oceniany** |
| **I INFORMACJE OGÓLNE** | | | | |
| 1 | Producent | TAK, podać |  | bez oceny |
| 2 | Kraj pochodzenia | TAK, podać |  | bez oceny |
| 3 | Model | TAK, podać |  | bez oceny |
| 4 | Rok produkcji nie starszy niż 2022 | TAK, podać |  | bez oceny |
| **II PARAMETRY PODSTAWOWE** | | | | |
| 1 | Minimum cztery zrobotyzowane dysze wodne | TAK, podać |  | bez oceny |
| 2 | Praca dysz ma naśladować́ techniki masażu, minimum 7 technik masażu | TAK, podać |  | bez oceny |
| 3. | Łączenie 4, 5 lub więcej wybranych technik masażu w ramach 1 zabiegu, automatycznie - bez konieczności przełączania parametrów przez obsługę̨ lub pacjenta | TAK, podać |  | bez oceny |
| 4 | Minimum 8 gotowych programów terapeutycznych | TAK, podać |  | bez oceny |
| 5 | Minimum 10 programów użytkownika | TAK, podać |  | bez oceny |
| 6 | Program wolny | TAK, podać |  | bez oceny |
| 7 | Automatyczny pomiar wzrostu pacjenta i precyzyjne dostosowanie pracy do wybranych stref bez konieczności dokonywania ustawień́ przez personel lub pacjenta | TAK, podać |  | bez oceny |
| 8 | Obrotowy panel sterowania umieszczony poza zasięgiem pacjenta | TAK, podać |  | bez oceny |
| 9 | Możliwość́ indywidualnego programowania rodzaju i ilości zabiegów, w tym minimum: technik masażu, obszaru masażu, prędkości przesuwania dysz, liczby aktywnych dysz. Zmiennociśnieniowe poduszki powietrzne masujące i stabilizujące stopy, trzystopniowa regulacja ciśnienia | TAK, podać |  | bez oceny |
| 10 | Otwierana pokrywa zasłaniająca głowę̨ pacjenta | TAK, podać |  | bez oceny |
| 11 | Automatyczne przygotowywanie urządzenia do pracy na zadaną godzinę̨, programowanie na każdy dzień́ tygodnia | TAK, podać |  | bez oceny |
| 12 | Brak zużycia prądu do podtrzymywania temperatury wody poza godzinami pracy zakładu | TAK, podać |  | bez oceny |
| 13 | Urządzenie napełniane wodą destylowaną | TAK, podać |  | bez oceny |
| 14 | Pojemność́ wody w urządzeniu maks. 230 litrów | TAK, podać |  | bez oceny |
| 15 | Woda w obiegu zamkniętym | TAK, podać |  | bez oceny |
| 16 | Chłodzenie wody w obiegu zamkniętym poprzez zintegrowany układ chłodzący, bez zużycia bieżącej wody do chłodzenia i bez konieczności wykonywania przyłączy hydraulicznych w pomieszczeniu instalacji urządzenia | TAK, podać |  | bez oceny |
| 17 | Siatka pod matą podtrzymująca pacjenta | TAK, podać |  | bez oceny |
| 18 | Pokrowiec maskujący matę gumową | TAK, podać |  | bez oceny |
| 19 | Zasilanie 230 V, 50 Hz | TAK, podać |  | bez oceny |
| 20 | Wymiary maks.: dł. 229 cm szer. 82 cm | TAK, podać |  | bez oceny |
| **III SZKOLENIA** | | | | |
| 1 | Nieodpłatne przeszkolenie personelu w zakresie poprawnej  i bezpiecznej eksploatacji Sprzętu (minimum 7 pracowników). | TAK, podać |  | bez oceny |
| **IV GWARANCJA I SERWIS** | | | | |
| 1 | Oświadczenie (wraz z kopią deklaracji zgodności CE) potwierdzające, że oferowany wyrób oznakowany jest znakiem CE i posiada ważne deklaracje zgodności CE | TAK, załączyć do oferty |  | bez oceny |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim – 1 egz. w wersji papierowej, 1 egz. w wersji elektronicznej – **załączyć przy dostawie sprzętu.** | TAK, podać |  | bez oceny |
| 3 | Udzielenie gwarancji jakości dla przedmiotu zamówienia na okres nie krótszy niż **36 miesięcy** i oraz rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji dla oferowanego urządzenia  **(podać)** | TAK, podać |  | bez oceny |
| 4 | Wykonanie nieodpłatne obowiązkowych przeglądów w okresie gwarancji, zgodnie z wymaganiami i w ilościach zalecanych przez producenta sprzętu oraz przepisami prawa w cenie oferty | TAK, podać |  | bez oceny |
| 5 | Siedziba autoryzowanego serwisu - dokładny adres i nr telefonu, adres e-mail. | TAK, podać |  | bez oceny |
| 6 | Maksymalny czas usunięcia awarii w ramach gwarancji nie może przekroczyć 7 **dni** roboczych. | TAK, podać |  | bez oceny |
| 7 | Czas reakcji serwisu do 24 **godzin** w dni robocze od momentu zgłoszenia wady (awarii) rozumiany jako podjęcie działań naprawczych. | TAK, podać |  | bez oceny |
| 8 | Gwarancja dostępności części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych – minimum 10 lat od daty dostarczenia Sprzętu. | TAK, podać |  | bez oceny |
| 9 | W okresie gwarancji 3 naprawy tego samego typu ( techniczne lub wynikające z wad ukrytych) powodują wymianę elementów na nowe. | TAK, podać |  | bez oceny |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie (Sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest fabryczne nowe, kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług.

.............................................................

miejscowość i data

**Formularz podpisany przy pomocy podpisu elektronicznego**

dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym,

Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF