***Załącznik Nr 2 do SIWZ***

**Opis przedmiotu zamówienia**

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa aparatury medycznej i sprzętu..
2. Oznaczenie wg CPV:

|  |  |
| --- | --- |
| 33158000-2 | Aparatura do terapii elektrycznej, elektromagnetycznej i mechanicznej |
| 33100000-1 | Urządzenia medyczne |

Zamawiający wymaga dostarczenia w ramach zamówienia fabrycznie nowej aparatury medycznej i sprzętu (rok produkcji nie wcześniej niż 2021). Nie dopuszcza się oferowania sprzętu używanego, rekondycjonowanego oraz sprzętu demonstracyjnego. Sprzęt musi być wolny od wszelkich wad fizycznych (konstrukcyjnych) i prawnych.

Zaoferowana aparatura medyczna i sprzęt medyczny 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.

Zaoferowany sprzęt musi być kompletny i gotowy do użytkowania bez dodatkowych zakupów.

Gwarancja – minimum 36 miesięcy od daty protokolarnego odbioru.

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.

 przystąpienie do usunięcia awarii w terminie do 24 godzin w dni robocze, w godz. 700 – 1500, od momentu zgłoszenia awarii przez Zamawiającego. Za przystąpienie do usunięcia awarii Zamawiający uzna działanie Wykonawcy, które ma doprowadzić do usunięcia usterki lub rozpoczęcia diagnozy uszkodzenia w drodze telefonicznego wywiadu technicznego, serwisu zdalnego lub wizyty osobistej pracownika działu serwisu Wykonawcy.

naprawa urządzenia medycznego w terminie nie dłuższym niż 5 dni roboczych od daty zgłoszenia awarii, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub konieczności naprawy urządzenia poza granicami kraju przy zapewnieniu urządzenia zastępczego o równoważnych lub wyższych parametrach, na czas naprawy Zamawiający wyraża zgodę na wydłużenie czasu naprawy do 21 dni roboczych.

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.

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.

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.

Przedmiot zamówienia musi być oznakowany przez producenta w taki sposób, aby możliwa była identyfikacja zarówno produktu jak i producenta.

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.

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.

Opis części zamówienia, jeżeli zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych oraz informacja o dopuszczeniu ofert wariantowych.

Zamawiający nie dopuszcza składania ofert częściowych.

Zamawiający nie zezwala na składanie ofert wariantowych i wymaga złożenia oferty zgodnej z przedmiotem zamówienia.

Opis kryteriów, którymi zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty, wraz z podaniem znaczenia tych kryteriów i sposobu oceny ofert.

Oferty wykonawców, którzy nie zostali wykluczeni z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego i które nie podlegają odrzuceniu, zostaną poddane procedurze oceny zgodnie z poniższymi kryteriami.

kryterium oceny ofert jest cena oraz dodatkowe kryteria ich wagi:

Cena brutto – 60% waga kryterium, przy czym 1% = 1 punkt

Okres gwarancji – 40% waga kryterium, przy czym 1% = 1 punkt

zamawiający będzie oceniać oferty przyznając im punkty. Ilość otrzymanych punktów w ww. kryteriach będzie decydować o zajętym miejscu przez ofertę.

sposób obliczenia punktów w kryterium ceny, gwarancji oraz parametrów:

Kryterium cena brutto – 60% waga kryterium, przy czym 1% = 1 punkt

Kryterium okres gwarancji – 40% waga kryterium, przy czym 1% = 1 punkt. Kryterium, w którym zamawiającemu zależy, żeby wykonawca przedstawił jak najdłuższy okres gwarancji, zostanie zastosowany następujący podział punktowy:

Za zaoferowanie 36 miesięcy – 5 pkt.

Za zaoferowanie 48 miesięcy – 15 pkt.

Za zaoferowanie 60 miesięcy – 40 pkt.

zamawiający informuje, iż minimalny okres udzielonej gwarancji to 36 miesięcy, maksymalny, punktowany okres udzielonej gwarancji to 60 miesięcy.

wykonawca zobowiązany jest zaoferować konkretną ilość miesięcy w przedziale od 36 miesięcy do 60 miesięcy.

w przypadku, gdy Wykonawca wskaże w formularzu ofertowym (ofercie) termin gwarancji krótszy niż 36 miesięcy, Zamawiający odrzuci taką ofertę.

w przypadku, gdy Wykonawca nie wskaże w formularzu ofertowym (ofercie) okresu gwarancji, Zamawiający przyjmie do oceny ofert oraz do przyszłej umowy, że okres udzielonej gwarancji jest równy wymaganiom określonym w SIWZ i wynosi 36 miesięcy.

w przypadku zaoferowania okresu gwarancji dłuższego niż 60 miesięcy punktacja zostanie policzona jak dla 60 miesięcy – maksymalnego przyjętego okresu. Do umowy zaś zostanie wpisana gwarancja zaoferowana w ofercie.

zamawiający wybiera ofertę, która uzyska najwyższą ilość punktów.

**Zestawienie wymaganych minimalnych parametrów techniczno – użytkowych**

|  |
| --- |
| 1. **Stół do masażu wraz z zestawem do pozycjonowania**

**model / typ: ……………………………****producent: ……………………………** |
| **Rok produkcji: ………………………** |
| ***L.p.*** | ***Parametr*** | ***Parametry wymagane*** | ***Opis parametrów oferowanych\**** | ***Ocena punktowa*** | ***Określenie punktacji*** |
| 1.
 | Stół rehabilitacyjny sterowany elektrycznie, 7 – segmentowy z funkcją PIVOT | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Produkt Medyczny – posiadający medyczny certyfikat CE, zgodność z dyrektywą 93/42/EWG | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Regulacja zagłówka za pomocą sprężyny gazowej  | od min. 35˚ |  |  | Bez punktacji |
|  | Wyprofilowany zagłówek z otworem na twarz wraz z zatyczką | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Podstawa jezdna z system 4 unoszonych, kierunkowych kółek, blokowanych centralnie | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Regulacja sekcji nożnej za pomocą sprężyny gazowej | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Dwuwarstwowa tapicerka dostępna w wielu wersjach kolorystycznych, do wyboru przez Zamawiającego z palety min. 5 kolorów  | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Łącznik z tapicerki maskujący przerwy pomiędzy sekcjami | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Regulacja wysokości | ≥ 500 mm |  |  | Bez punktacji |
|  | System zabezpieczający przed niepożądaną zmianą ustawień stołu | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Siłownik hydrauliczny dysponujący siłą nie mniejszą niż 10000 N | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Maksymalne obciążenie stołu nie mniejsze niż 220 kg | Tak/ podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Wymiary: długość min. 2000mm i szerokość max. 700mm | Tak/ podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Relingi do zamocowania pasów stabilizacyjnych oraz otwory na bananki | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Sekcja zagłówka o długości | ≥ 450mm |  |  | Bez punktacji |
|  | Sekcja środkowa o długości | ≥ 1500mm |  |  | Bez punktacji |
|  | System podnoszenia oparty na konstrukcji nożycowej | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Stół wykonany zgodnie z wymaganiami zasadniczymi dla wyrobów medycznych (klasa I), posiada oznaczenie znakiem CE (odpowiednio do deklaracji wytwórcy) | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Wieszak na ręczniki papierowy | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Zasilanie 230V/50Hz | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Gwarancja min. 36 miesięcy | Tak/ parametr punktowany |  |  | 36 miesięcy – 1 pkt.48 miesięcy – 3 pkt.60 miesięcy – 6 pkt. |
|  | Instrukcja stanowiskowa BHP wraz ze szkoleniem z zasad obsługi oraz zasad BHP dla przeprowadzanych zabiegów. Szkolenie na koszt Wykonawcy potwierdzone protokołem. | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Wałek wykonany z twardej pianki poliuretanowej o wymiarach 60x20 cm +/- 2cm, wytrzymała dwuwarstwowa tapicerka, materiał i kolorystyka jednoimienna ze stołem (2 szt.) | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Wałek wykonany z twardej pianki poliuretanowej o wymiarach 60x15 cm +/- 2cm, wytrzymała dwuwarstwowa tapicerka, materiał i kolorystyka jednoimienna ze stołem (2 szt.) | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Półwałek wykonany z twardej pianki poliuretanowej o wymiarach 60x15x10 cm +/- 2cm, wytrzymała dwuwarstwowa tapicerka, materiał i kolorystyka jednoimienna ze stołem (2 szt.) | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Półwałek wykonany z twardej pianki poliuretanowej o wymiarach 60x15x15 cm +/- 2cm, wytrzymała dwuwarstwowa tapicerka, materiał i kolorystyka jednoimienna ze stołem (2 szt.) | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Klin rehabilitacyjny o szerokości 500 – 550 mm (1 szt.) | Tak |  |  | Bez punktacji |
|  | Klin rehabilitacyjny o szerokości stołu (1 szt.) | Tak/ podać |  |  | Bez punktacji |
|  | Wraz ze stołem wymagany jest stolik z dwiema półkami wykonany ze stali malowanej proszkowo. Wyposażony w 4 skrętne kółka. Obciążenie na półkę nie mniejsze niż 25kg. Kosz na akcesoria o pojemności min. 20l | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Urządzenie do sekwencyjnego masażu uciskowego**

**model / typ: ……………………………****producent: ……………………………** |
| **Rok produkcji: ………………………** |
| ***L.p.*** | ***Parametr*** | ***Parametry wymagane*** | ***Opis parametrów oferowanych\**** | ***Ocena punktowa*** | ***Określenie punktacji*** |
| 1 | drenaż limfatyczny, masaż klasyczny i rewersyjny wraz z opcją masażu pulsacyjnego | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 2 | stały pomiar i niezależna, elektroniczna regulacja ciśnienia w poszczególnych komorach mankietu uciskowego | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 3 | automatyczne opróżnianie mankietu po zakończeniu zabiegu, | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 4 | regulowane ciśnienie w komorach mankietu od 20 do min. 120 mmHg | Tak/ podać |  |  | Bez punktacji |
| 5 | wydajność pompy min. 25l/min. Standardowy czas dopompowania komory około 2 – 4 s. | Tak/ podać |  |  | Bez punktacji |
| 6 | algorytm przeznaczony do drenażu limfatycznego, którego przebieg jest zgodny z techniką manualnego drenażu limfatycznego (MDL) wg E. Voddera. | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 7 | opcja awaryjnego odsysania umożliwiająca szybkie i skuteczne opróżnienie komór mankietu uciskowego | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 8 | system kierujący technika przez każdy etap programowania parametrów zabiegu | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 9 | wyświetlanie czasu pozostałego do zakończenia zabiegu | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 10 | spodnie min. 24 – komorowe | Tak/ podać |  |  | Bez punktacji |
| 11 | kurtka min. 24 – komorowa | Tak/ podać |  |  | Bez punktacji |
| 12 | mankiety na kończyny dolne, 12 – komorowe (prawy i lewy) | Tak/ podać |  |  | Bez punktacji |
| 13 | Stół wykonany zgodnie z wymaganiami zasadniczymi dla wyrobów medycznych (klasa I), posiada oznaczenie znakiem CE (odpowiednio do deklaracji wytwórcy) | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 14 | Zasilanie 230V/50Hz | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 15 | Gwarancja min. 36 miesięcy | Tak/ parametr punktowany |  |  | 36 miesięcy – 1 pkt.48 miesięcy – 3 pkt.60 miesięcy – 6 pkt. |
| 16 | Instrukcja stanowiskowa BHP wraz ze szkoleniem z zasad obsługi oraz zasad BHP dla przeprowadzanych zabiegów. Szkolenie na koszt Wykonawcy potwierdzone protokołem. | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 17 | Instrukcja obsługi użytkownika w języku polskim, wersja papierowa i elektroniczna | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 18 | wypełniona karta gwarancyjna z dniem uruchomienia urządzenia | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 19 | Wraz z urządzeniem wymagany jest stolik z dwiema półkami wykonany ze stali malowanej proszkowo. Wyposażony w 4 skrętne kółka. Obciążenie na półkę nie mniejsze niż 25kg. Kosz na akcesoria o pojemności min. 20l | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 20 | Wraz z urządzeniem wymagana jest dwusegmentowa kozetka z hydrauliczną regulacją, systemem czterech kółek blokowanych centralnie, dwuwarstwowa tapicerka dostępna w do wyboru przez Zamawiającego z palety min. 5 kolorów, różnych wersjach kolorystycznych, maksymalne obciążenie stołu nie mniejsze niż 250 kg, wykonana zgodnie z wymaganiami zasadniczymi dla wyrobów medycznych (klasa I), posiada oznaczenie znakiem CE (odpowiednio do deklaracji wytwórcy), wieszak na ręcznik papierowy. | Tak |  |  | Bez punktacji |
| 1. **Urządzenie do bezobsługowej terapii ultradźwiękowej**

**model / typ: ……………………………****producent: ……………………………** |
| **Rok produkcji: ………………………** |
| ***L.p.*** | ***Parametr*** | ***Parametry wymagane*** | ***Opis parametrów oferowanych\**** | ***Ocena punktowa*** | ***Określenie punktacji*** |
| 1 | Aparat do terapii ultradźwiękowej: jedno-kanałowy | Tak |  |  |  |
| 2 | Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej nie mniejszej niż 4,0” | Tak |  |  |  |
| 3 | Gotowe protokoły terapeutyczne w języku polskim | Tak |  |  |  |
|  | Gotowa encyklopedia terapeutyczna w języku polskim | Tak |  |  |  |
| 4 | Możliwość jednoczesnego podłączenia dwóch głowic | Tak |  |  |  |
| 5 | Wartość natężenia w zależności od działania:* ciągłe: min. 0,1 do 2 W/cm2
* impulsowe: min. 0,1 do 3 W/cm2
 | Tak |  |  |  |
| 6 | Częstotliwość operacyjna: 1,0 – 1,2 MHz oraz 3,0 – 3,1 MHz | Tak |  |  |  |
| 7 | Częstotliwość od min. 10Hz do 150Hz | Tak |  |  |  |
| 8 | Regulacja współczynnika wypełnienia w zakresie 5% – 100% | Tak |  |  |  |
| 9 | Maksymalna moc wyjściowa 13.2 W ± 20% | Tak |  |  |  |
| 10 | Możliwość regulacji:* natężenie co 0,1 W/ cm2
* modulacja częstotliwości co 10 Hz

cykl pracy co 1 % | Tak |  |  |  |
| 11 | Podgrzewana głowica ultradźwiękowa o powierzchni 4,5 – 5 cm2 (1 szt.):* obszar skutecznego promieniowania (AER) (21 CFR 1050): min. 4.4 cm2
* częstotliwość 1,0 – 1,2 MHz i 3,0 – 3,2 MHz
* maksymalne natężenie: 3 W/cm2
* maksymalna skuteczna moc akustyczna: 13.2 W
* odporność na wodoszczelność na poziomie min. IP 67
* kontrolą kontaktu głowicy ze skórą pacjenta
 | Tak |  |  |  |
| 12 | Bezobsługowa głowica ultradźwiękowa 12 – 13 cm2 (2 szt.):* ilość kryształów min. 4
* obszar skutecznego promieniowania AER (21 CFR 1050): min. 4 x 4.1 cm2
* aktywny obszar aplikatura: min. 31.5 cm2
* maksymalne skuteczne natężenie: 3 W/cm2
* maksymalna skuteczna moc akustyczna: 12.3 W
* częstotliwość 1,0 – 1,2 MHz i 3,0 – 3.2 MHz
* odporność na wodoszczelność na poziomie min. IP 67
 | Tak |  |  |  |
| 13 | Waga sterownika nie większa niż 3,5kg | Tak |  |  |  |
| 14 | Dedykowany stolik na kółkach | Tak |  |  |  |
| 15 | Wyrób wykonany zgodnie z wymaganiami zasadniczymi dla wyrobów medycznych, posiada oznaczenie znakiem CE (odpowiednio do deklaracji wytwórcy) | Tak |  |  |  |
| 16 | Zasilanie 230V/50Hz | Tak |  |  |  |
| 17 | Gwarancja min. 36 miesięcy | Tak/ parametr punktowany |  |  | 36 miesięcy – 1 pkt.48 miesięcy – 3 pkt.60 miesięcy – 6 pkt. |
| 18 | Instrukcja stanowiskowa BHP wraz ze szkoleniem z zasad obsługi oraz zasad BHP dla przeprowadzanych zabiegów. Szkolenie na koszt Wykonawcy potwierdzone protokołem. | Tak |  |  |  |
| 19 | Instrukcja obsługi użytkownika w języku polskim, wersja papierowa i elektroniczna | Tak |  |  |  |
| 20 | wypełniona karta gwarancyjna z dniem uruchomienia urządzenia | Tak |  |  |  |
| 1. **Dwukanałowe urządzenie do elektroterapii**

**model / typ: ……………………………****producent: ……………………………** |
| **Rok produkcji: ………………………** |
| ***L.p.*** | ***Parametr*** | ***Parametry wymagane*** | ***Opis parametrów oferowanych\**** | ***Ocena punktowa*** | ***Określenie punktacji*** |
| 1 | Aparat do elektroterapii z dwoma niezależnymi kanałami | Tak |  |  |  |
| 2 | Metalowa obudowa jednostki sterującej | Tak |  |  |  |
| 3 | Wyposażony min. w rezystancyjne, dotykowe przyciski szybkiego dostępu: * bezpośrednie przejście do programów elektroterapii
* pauza
* stop
* powrót do ekranu głównego
* przycisk powrotu
* przycisk pamięci
* przycisk akceptacji
 | Tak |  |  |  |
| 4 | Możliwość wyboru celów terapeutycznych w zakresie elektroterapii: min. 125 | Tak |  |  |  |
| 5 | Możliwość wyboru wskazań do elektroterapii: min. 160 | Tak |  |  |  |
| 6 | Pamięć wolna: min. 50 | Tak |  |  |  |
| 7 | Programy diagnostyczne: min. 8 | Tak |  |  |  |
| 8 | Urządzenie wyposażone w następujące rodzaje prądów:* konwencjonalny TENS: symetryczny, asymetryczny, przemiennie symetryczny, przemiennie asymetryczny
* TENS uderzeniowy, przemienny, modulowany
* prąd prostokątny średniej częstotliwości
* prąd impulsowy prostokątny
* prąd impulsowy trójkątny
* prąd impulsowy wg. Traberta
* prądy diadynamiczne: LP, CP, MF, DF
* prąd niskiej częstotliwości, dwukierunkowy, symetryczny
* prąd 2 – biegunowy, interferencyjny, średniej częstotliwości
* prąd 4 – biegunowy, interferencyjny
* interferencyjny, tetrapolarny ze zmiennym wektorem
* NMES o przebiegu: prostokątnym, trójkątnym, bifazowym, z przerwą między impulsami
* NEMS 2 – biegunowy, modulowany przebieg średniej częstotliwości
* prąd faradyczny
* sekwencyjne przebiegi prądów
* jonoforeza
* re – edukacja mięśni dna miednicy
* stymulacja Han Stim

prąd galwaniczny: ciągły, przerywany | Tak |  |  |  |
| 9 | Aparat wyposażony w monochromatyczny lub kolorowy ekran dotykowy o przyspieszonym czasie reakcji na dotyk | Tak |  |  |  |
| 10 | Aparat wyposażony w dwa niezależne pokrętła do regulacji intensywności zabiegów | Tak |  |  |  |
| 11 | Waga urządzenia nie większa niż 4 kg | Tak |  |  |  |
| 12 | Bezpieczeństwo: Klasa I | Tak |  |  |  |
| 13 | MDD – klasa IIa | Tak |  |  |  |
| 14 | Zgodność z MDD 93/42/EEC | Tak |  |  |  |
| 15 | Urządzenie wykonane zgodnie z wymaganiami zasadniczymi dla wyrobów medycznych (klasa IIa), posiada oznaczenie znakiem CE (odpowiednio do deklaracji wytwórcy) | Tak |  |  |  |
| 16 | Zasilanie 230V/50Hz | Tak |  |  |  |
| 17 | Gwarancja min. 36 miesięcy | Tak/ parametr punktowany |  |  | 36 miesięcy – 1 pkt.48 miesięcy – 3 pkt.60 miesięcy – 6 pkt. |
| 18 | Instrukcja stanowiskowa BHP wraz ze szkoleniem z zasad obsługi oraz zasad BHP dla przeprowadzanych zabiegów. Szkolenie na koszt Wykonawcy potwierdzone protokołem. | Tak |  |  |  |
| 19 | Instrukcja obsługi użytkownika w języku polskim, wersja papierowa i elektroniczna | Tak |  |  |  |
| 20 | wypełniona karta gwarancyjna z dniem uruchomienia urządzenia | Tak |  |  |  |
| 21 | Elektroda punktowa z podkładką wiskozową – jedna do każdego urządzenia | Tak |  |  |  |
| 22 | Adapter do elektrod samoprzylepnych – jeden do każdego urządzenia | Tak |  |  |  |
| 23 | 2 – żyłowy przewód do elektrod (2 mm) – 8 szt. do każdego urządzenia | Tak |  |  |  |
| 24 | Wraz z urządzeniem wymagana jest dwusegmentowa kozetka z hydrauliczną regulacją, systemem czterech kółek blokowanych centralnie, dwuwarstwowa tapicerka dostępna w do wyboru przez Zamawiającego z palety min. 5 kolorów, różnych wersjach kolorystycznych, maksymalne obciążenie stołu nie mniejsze niż 250 kg, wykonana zgodnie z wymaganiami zasadniczymi dla wyrobów medycznych (klasa I), posiada oznaczenie znakiem CE (odpowiednio do deklaracji wytwórcy), wieszak na ręcznik papierowy – 2 szt. do każdego urządzenia | Tak |  |  |  |
| 1. **Urządzenie do krioterapii**

**model / typ: ……………………………****producent: ……………………………** |
| **Rok produkcji: ………………………** |
| ***L.p.*** | ***Parametr*** | ***Parametry wymagane*** | ***Opis parametrów oferowanych\**** | ***Ocena punktowa*** | ***Określenie punktacji*** |
| 1 | Mobilny aparat do krioterapii na ciekły azot | Tak |  |  |  |
| 2 | Czynnik chłodzący: LN2 | Tak |  |  |  |
| 3 | Temperatura zimnego strumienia: do – 170°C | Tak |  |  |  |
| 4 | Wskaźnik poziomu gazu w zbiorniku | Tak |  |  |  |
| 5 | Min. 5 poziomów regulacji natężenia przepływu strumienia | Tak |  |  |  |
| 6 | Czasomierz/chronometr | Tak |  |  |  |
| 7 | Zbiornik 50 l | Tak |  |  |  |
| 8 | Zużycie gazu [kg/min]: ≤0,09 | Tak |  |  |  |
| 9 | Aparat wyposażony w czujnik zdalnie mierzący temperaturę skóry pacjenta, który informuje prowadzącego zabieg o niebezpieczeństwie wystąpienia lokalnych odmrożeń | Tak |  |  |  |
| 10 | Rękojeść z pomiarem odległości | Tak |  |  |  |
| 11 | Kolorowy ekran dotykowy, nie mniejszy niż 5,5” | Tak |  |  |  |
| 12 | Aparat pracujący w technologii grzałkowej | Tak |  |  |  |
| 13 | Urządzenie wykonane zgodnie z wymaganiami zasadniczymi dla wyrobów medycznych, posiada oznaczenie znakiem CE (odpowiednio do deklaracji wytwórcy) | Tak |  |  |  |
| 14 | Zasilanie 230V/50Hz | Tak |  |  |  |
| 15 | Gwarancja min. 36 miesięcy | Tak/ parametr punktowany |  |  | 36 miesięcy – 1 pkt.48 miesięcy – 3 pkt.60 miesięcy – 6 pkt. |
| 16 | Instrukcja stanowiskowa BHP wraz ze szkoleniem z zasad obsługi oraz zasad BHP dla przeprowadzanych zabiegów. Szkolenie na koszt Wykonawcy potwierdzone protokołem. | Tak |  |  |  |
| 17 | Instrukcja obsługi użytkownika w języku polskim, wersja papierowa i elektroniczna | Tak |  |  |  |
| 18 | wypełniona karta gwarancyjna z dniem uruchomienia urządzenia | Tak |  |  |  |
| 19 | Wraz z urządzeniem wymagana jest dwusegmentowa kozetka z hydrauliczną regulacją, systemem czterech kółek blokowanych centralnie, dwuwarstwowa tapicerka dostępna w do wyboru przez Zamawiającego z palety min. 5 kolorów, różnych wersjach kolorystycznych, maksymalne obciążenie stołu nie mniejsze niż 250 kg, wykonana zgodnie z wymaganiami zasadniczymi dla wyrobów medycznych (klasa I), posiada oznaczenie znakiem CE (odpowiednio do deklaracji wytwórcy), wieszak na ręcznik papierowy. | Tak |  |  |  |
| 1. **Urządzenie do laseroterapii**

**model / typ: ……………………………****producent: ……………………………** |
| **Rok produkcji: ………………………** |
| ***L.p.*** | ***Parametr*** | ***Parametry wymagane*** | ***Opis parametrów oferowanych\**** | ***Ocena punktowa*** | ***Określenie punktacji*** |
| 1 | sterownik umożliwiający pracę z różnymi sondami zabiegowymi | Tak |  |  |  |
| 2 | Sonda punktowa – 1 szt. | Tak |  |  |  |
| 3 | Sonda powierzchniowa (prysznicowa) – 1 szt. | Tak |  |  |  |
| 4 | Głowica skanująca – 1szt. | Tak |  |  |  |
| 5 | Możliwość ustawienia poszczególnych parametrów zabiegu min.:* czas
* dawka
* pole zabiegu
* częstotliwość
* moc sondy
* dawka na cm2
 | Tak |  |  |  |
| 6 | uniwersalne gniazda umożliwiające dowolne podłączenie sond zabiegowych – 2 odrębne gniazda | Tak |  |  |  |
| 7 | zabezpieczenie przed uruchomieniem przez osoby niepożądane | Tak |  |  |  |
| 8 | wyłącznik bezpieczeństwa | Tak |  |  |  |
| 9 | sygnalizator dźwiękowy rozpoczęcia emisji  | Tak |  |  |  |
| 10 | podświetlany wyświetlacz typu LED nie mniejszy niż 5” | Tak |  |  |  |
| 11 | zakres częstotliwości: 1 – 10000 Hz | Tak |  |  |  |
| 12 | regulacja mocy sond w zakresie 20 – 100%  | Tak |  |  |  |
| 13 | kartoteka zaprogramowanych procedur terapeutycznych – min. 30 pozycji | Tak |  |  |  |
| 14 |  programy własne użytkownika – min. 30 pozycji | Tak |  |  |  |
| 15 | kartoteka zaprogramowanych procedur terapeutycznych (dla sondy skanującej) | Tak |  |  |  |
| 16 | okulary ochronne spełniające wymagania normy PN-EN 207 lub jednocześnie PN-EN 208, posiadające oznakowanie CE i deklarację zgodności, na okularach muszą być umieszczone oznaczenia definiujące stopień ochrony – dla terapeuty i pacjenta 8 szt. (2 rozmiary) | Tak |  |  |  |
| 17 | Urządzenie wykonane zgodnie z wymaganiami zasadniczymi dla wyrobów medycznych (klasa IIa), posiada oznaczenie znakiem CE (odpowiednio do deklaracji wytwórcy) | Tak |  |  |  |
| 18 | Zasilanie 230V/50Hz | Tak |  |  |  |
| 19 | Gwarancja min. 30 miesięcy | Tak/ parametr punktowany |  |  | 36 miesięcy – 1 pkt.48 miesięcy – 3 pkt.60 miesięcy – 6 pkt. |
| 20 | Gwarancja obejmuje wymianę części na nowe lub ich naprawę oraz demontaż, montaż i transport. Wszystkie naprawy automatycznie przedłużają okres gwarancji o czas przestoju, który będzie liczony od dnia stwierdzenia usterki do dnia oddania sprawnego aparatu do użytkowania.  | Tak |  |  |  |
| 21 | Instrukcja stanowiskowa BHP wraz ze szkoleniem z zasad obsługi oraz zasad BHP dla przeprowadzanych zabiegów. Szkolenie na koszt Wykonawcy potwierdzone protokołem. | Tak |  |  |  |
| 22 | Instrukcja obsługi użytkownika w języku polskim, wersja papierowa i elektroniczna | Tak |  |  |  |
| 23 | wypełniona karta gwarancyjna z dniem uruchomienia urządzenia | Tak |  |  |  |
| 24 | Wraz z urządzeniem wymagana jest dwusegmentowa kozetka z hydrauliczną regulacją, systemem czterech kółek blokowanych centralnie, dwuwarstwowa tapicerka dostępna w do wyboru przez Zamawiającego z palety min. 5 kolorów, różnych wersjach kolorystycznych, maksymalne obciążenie stołu nie mniejsze niż 250 kg, wykonana zgodnie z wymaganiami zasadniczymi dla wyrobów medycznych (klasa I), posiada oznaczenie znakiem CE (odpowiednio do deklaracji wytwórcy), wieszak na ręcznik papierowy. | Tak |  |  |  |
| 25 | uniwersalny statyw na kółkach z półką pod aparat  | Tak |  |  |  |
| 26 | etykiety i znaki BHP ( promieniowanie laserowe ) - potrzebne do prawidłowego oznakowania pomieszczenia, w którym wykonywane są zabiegi | Tak |  |  |  |

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

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu w kolumnie 4 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

W czasie trwania gwarancji, wszystkie wymagane przez producenta przeglądy oraz naprawy potwierdzone wpisem do paszportu wykonywane bezpłatnie na koszt Wykonawcy włącznie z dojazdem w siedzibie Zamawiającego. Jeżeli zajdzie konieczność naprawy w siedzibie Wykonawcy wszystkie koszty wraz z

transportem w obie strony ponosi Wykonawca. Wykonawca wykona wymagane przeglądy z własnej inicjatywy, brak przeglądu nie może spowodować utraty gwarancji. Ostatni przegląd zostanie wykonany w ostatnim miesiącu obowiązywania gwarancji.

Po uruchomieniu, przeszkoleniu personelu podpisany zostanie przez obie strony protokół zdawczo – odbiorczy, który warunkuje wystawienie faktury VAT oraz rozpoczyna bieg gwarancji.

Dostawa, montaż oraz uruchomienie i konfiguracja na koszt dostawcy. Dostawca zainstaluje i uruchomi urządzenia w miejscu wskazanym przez Zamawiającego w terminie do 30 dni od daty podpisania umowy.

Dostarczone urządzenia będą kompletne i gotowe do pracy bez dodatkowych kosztów.

……..……..……………………..

*(podpis i pieczątka imienna osoby*

 *uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)*