*Załącznik nr 1 do Specyfikacji*

*Warunków Zamówienia*

*nr TP-18/25*

*Załącznik nr 1*

*do umowy nr TP-18/25*

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (DOSTAWY).**

**PAKIET NR 1: APARAT DO DIAGNOSTYKI OBRZĘKÓW.**

ZAMAWIAJĄCY zastrzega sobie prawo weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta.

1. Informacje ogólne dotyczące przedmiotu zamówienia (*tabelę proszę powielić
wg potrzeb*):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | nazwa urządzenia/ nazwa katalogowa  |  |
| 2 | model i typ |  |
| 3 | producent (nazwa/ siedziba) |  |
| 4 | kraj pochodzenia |  |

1. Parametry przedmiotu zamówienia wymagane bezwzględnie i podlegające ocenie:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **wymagane parametry techniczne i cechy użytkowe** | **warunek graniczny** | **parametry oferowane****(wypełnia WYKONAWCA)** |
| 1. | metoda pomiaru: bioimpedancja spektroskopowa, przy użyciu jednorazowych elektrod żelowych | tak |  |
| 2. | wyświetlacz: graficzny ekran dotykowy | tak |  |
| 3. | wbudowana pamięć umożliwiająca przechowywanie wyników pacjenta | tak |  |
| 4. | zarządzanie bazą danych pacjenta | tak |  |
| 5. | oprogramowanie umożliwiające: zaawansowane zarządzanie bazą pacjentów, rysowanie wykresów i opisywanie historii pacjentów, możliwość nagrywania notatek klinicznych, drukowanie raportów, | tak |  |
| 6. | tester do sprawdzania funkcjonowania urządzenia i jego regularnej walidacji | tak |  |
| 7. | okablowanie do podłączenia elektrod | tak |  |
| 8. | klipsy łączące elektrody z okablowaniem | tak |  |
| 9. | komplet kabli | tak |  |
| **II.** | **warunki instalacji i gwarancji** | **-** | **-** |
| 1. | sprzęt fabrycznie nowy, wyprodukowany nie wcześniej niż w 2024 r.  | tak, podać rok produkcji |  |
| 2. | dostawa, montaż i uruchomienie przedmiotu zamówienia, w miejscu wskazanym przez ZAMAWIAJĄCEGO, w cenie dostawy | tak |  |
| 3. | instrukcja obsługi w języku polskim w formie drukowanej i elektronicznej  | tak, przed podpisaniem umowy, nie później jednak niż w dniu podpisania umowy,na adres aparatura@onkologia.szczecin.pl |  |
| 4. | DTR w języku polskim w formie i elektronicznej,  | tak, przed podpisaniem umowy, nie później jednak niż w dniu podpisania umowy,na adres aparatura@onkologia.szczecin.pl |  |
| 6. | wykaz części zamiennych wraz z numerami katalogowymi | tak, przed podpisaniem umowy, nie później jednak niż w dniu podpisania umowy, na adres aparatura@onkologia.szczecin.pl |  |
| 7. | szkolenie personelu (12 osób) z obsługi urządzenia w cenie dostawy  | tak, potwierdzone protokołem szkolenia  |  |
| 8. | wykaz czynności jakie powinny być wykonane przez inżyniera serwisu podczas wykonywania okresowego przeglądu technicznego w formie elektronicznej (check-lista)  | tak, przed podpisaniem umowy, nie później jednak niż w dniu podpisania umowy,na adres aparatura@onkologia.szczecin.pl |  |
| 9. | wykaz podmiotów obsługi serwisowej – dokument, o którym mowa w Ustawie o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. | tak, przed podpisaniem umowy, nie później jednak niż w dniu podpisania umowy,na adres aparatura@onkologia.szczecin.pl |  |
| 10. | gwarancja dostępności serwisu, oprogramowaniai części zamiennych, przez co najmniej 10 lat od daty dostawy | tak |  |
| 11. | wyrób zgodny z ustawą o wyrobach medycznych | tak |  |
| 12. | paszport techniczny z odpowiednimi wpisami, potwierdzającymi montaż, uruchomienie, szkolenie z informacją o sprawności urządzenia,  | tak, w dniu dostawy |  |
| 13. | wykaz poszczególnych urządzeń wraz z numerami fabrycznymi (jeżeli posiadają) oraz ceną brutto  | tak, w dniu dostawy |  |
| 14. | urządzenia są, lub będą pozbawione wszelkich blokad, w tym w szczególności kodów serwisowych, które po upływie gwarancji utrudniałyby ZAMAWIAJĄCEMU dostęp do opcji serwisowych | tak |  |
| **III.** | **serwis gwarancyjny** |  |  |
| 1. | przeglądy techniczne w okresie gwarancji wykonywane będą zgodnie z zaleceniem producenta zawartym w dokumentacji technicznej i naprawy gwarancyjne, wraz z materiałami eksploatacyjnymi, niezbędnym transportem sprzętu i wymianą części w cenie dostawy | tak, proszę podać  |  |
| 2. | wykonanie przeglądu technicznego ostatnim miesiącu trwania gwarancji w cenie dostawy | tak |  |
| 3. | przestrzeganie wymaganych terminów wykonywania okresowych przeglądów technicznych należy do WYKONAWCY, bez konieczności zlecania (przypominania) przez ZAMAWIAJĄCEGO | tak |  |
| 4. | pełna obsługa serwisowa w okresie obowiązywania gwarancji w cenie dostawy | tak |  |
| 5. | WYKONAWCA powiadomi ZAMAWIAJĄCEGO z 30 dniowym wyprzedzeniem o terminie wykonania okresowego przeglądu technicznego drogą elektroniczną, na adres aparatura@onkologia.szczecin.pl | tak |  |
| 6. | maksymalnie 24 godzinny czas reakcji serwisu określony jako rozpoczęcie czynności diagnostycznych w dni robocze od chwili powiadomienia przez ZAMAWIAJĄCEGO o nieprawidłowej pracy przedmiotu zamówienia | tak |  |
| 7. | maksymalnie 3 dniowy (roboczy) czas usunięcia awarii, w sytuacji, gdy z przyczyn technicznych niezależnych od Wykonawcy dotrzymanie terminu jest niemożliwe, to ostateczny termin usunięcia awarii nie może przekraczać 5 dni roboczych | tak |  |
| 8. | maksymalnie 3 naprawy tego samego elementu lub podzespołu w okresie trwania gwarancji, uprawniający ZAMAWIAJĄCEGO do żądania wymiany na fabrycznie nowy element lub podzespół | tak |  |
| 9. | nastąpi ponowny bieg terminu gwarancji na urządzenie medyczne w przypadku dostarczenia innego urządzenia wolnego od wad | tak |  |
| 10. | przedłużenie terminu gwarancji o czas, w ciągu którego wskutek wady urządzenia objętego gwarancją ZAMAWIAJĄCY nie mógł z niego korzystać – w przypadku napraw innej, niż wskazana wyżej w pkt. 9 | tak |  |
| 11. | wszelkie czynności serwisowe wykonywane będą w siedzibie ZAMAWIAJĄCEGO | tak |  |
| 12. | fabrycznie nowe części zamienne wykorzystywane w procesie naprawy urządzenia | tak |  |
| 13. | 12 miesięczny okres gwarancji na wymieniane części zamienne w procesie naprawy urządzenia | tak |  |
| 14. | wszystkie wymieniane materiały zużywalne fabrycznie nowe | tak |  |
| 15. | zgłoszenia awarii realizowane drogą elektroniczną na e-mail podany przez WYKONAWCĘ  | tak |  |
| 16. | wystawienie protokołu serwisowego po każdej naprawie oraz wpis do paszportu technicznego | tak |  |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 r. | *podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu WYKONAWCY* |

**Pakiet nr 2: Aparat do elektroterapii, do terapii ultradźwiękowej oraz do laseroterapii.**

ZAMAWIAJĄCY zastrzega sobie prawo weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta.

1. Informacje ogólne dotyczące przedmiotu zamówienia (*tabelę proszę powielić
wg potrzeb*):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | nazwa urządzenia/ nazwa katalogowa  |  |
| 2 | model i typ |  |
| 3 | producent (nazwa/siedziba) |  |
| 4 | kraj pochodzenia |  |

1. Parametry przedmiotu zamówienia wymagane bezwzględnie i podlegające ocenie:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **wymagane parametry techniczne i cechy użytkowe** | **warunek graniczny** | **parametry oferowane****(wypełnia WYKONAWCA)** |
| 1. | aparat 4-kanałowy do niezależnej terapii pacjentów:* 2 x elektroterapia,
* 1 x ultradźwięk,
* 1 x laser)
 | tak |  |
| 2. | kolorowy ekran dotykowy o przekątnej min. 7 cali ułatwiający sterowanie aparatem | tak, proszę podać  |  |
| 3. | protokoły ulubione – umożliwiające szybkie uruchomienie programu terapeutycznego zaraz po wybraniu rodzaju terapii | tak |  |
| 4. | nawigacyjny atlas anatomiczny | tak |  |
| 5. | kolorowa encyklopedia terapeutyczna z rysunkami anatomicznymi | tak |  |
| 6. | pokrętło nawigacyjne umożliwiające szybkie poruszanie się po menu aparatu | tak |  |
| 7. | baza danych pacjentów w aparacie | tak |  |
| 8. | sygnały dźwiękowe | tak |  |
| 9. | test jakości elektrod | tak |  |
| 10. | kontrola kontaktu elektrod ze skórą | tak |  |
| 11. | sekwencje zapisywane przez użytkownika (minimum 150) | tak, proszę podać  |  |
| 12. | historia ostatnich 20 zabiegów | tak |  |
| 13. | możliwość tworzenia i zapisywania własnych programów terapeutycznych (minimum 500) | tak, proszę podać  |  |
| 14. | możliwość przypisania terapii do pacjenta | tak |  |
| 15. | możliwość definiowania własnego hasła bezpieczeństwa w aparacie | tak |  |
| 16. | możliwość podłączenia do aparatu sond laserowych czerwonych, podczerwonych oraz prysznicowych | tak |  |
| 17. | wizualna identyfikacja aktywnych akcesoriów | tak |  |
| 18. | dwa niezależne kanały do elektroterapii | tak |  |
| 19. | dostępne prądy:* prąd galwaniczny,
* prądy diadynamiczne (DF, MF, CP, LP, RS, CP-ISO),
* prąd Träberta,
* prąd Faradaya,
* prąd NPHV
* prąd Sekwencje,
* prąd Neofaradyczny,
* prąd Rosyjska stymulacja - prąd Kotza
* impulsy trapezoidalne
* impulsy stymulujące
* impulsy prostokątne
* impulsy trójkątne
* impulsy eksponencjalne
* impulsy ze wzrostem ekspotencjalnym
* impulsy łączone
* impulsy przerywane
* TENS (symetryczny, falujący, asymetryczny, bursty),
* 2-polowa interferencja
* 4-polowa interferencja
* Izoplanarne pole wektorowe
* fale o średniej częstotliwości
* stymulacja spastyczna - metoda Hufschmidta
* stymulacja spastyczna – metoda Jantscha
* HVT
* impulsy IG
* modulowany prąd impulsowy
* prąd VMS
* prąd Kotza
* EPIR
* prąd Leduca
* fale H
* mikroprądy
* stymulacja spastyczna wg Hufschmidta
* stymulacja spastyczna wg Jantscha

elektrodiagnostyka |  |  |
| 20. | głowica ultradźwiękowa min. 5 cm2 | tak, proszę podać |  |
| 21. | głowica ultradźwiękowa min. 12cm2 z czterema kryształami bezobsługowa montowana na ciele pacjenta za pomocą pasów, umożliwiającymi prowadzenie terapii bez obecności terapeuty | tak, proszę podać |  |
| 22. | częstotliwość modułowa w zakresie min. 10-150 hz | tak, proszę podać |  |
| 23. | współczynnik wypełnienia min. 5-95% | tak, proszę podać |  |
| 24. | możliwość ustawienia automatycznego przełączania częstotliwości przez aparat (1 mhz i 3 mhz) | tak |  |
| 25. | maksymalne natężenie w trybie ciągłym/impulsowym min. 2w/cm2 / 3w/cm2 | tak, proszę podać |  |
| 26. | sonda punktowa podczerwona min. 830nm/400mW | tak, proszę podać |  |
| 27. | tryb prac ciągły i impulsowy  | tak |  |
| 28. | dawka płynnie regulowana w zakresie min. 0,1-100 J/cm2 | tak, proszę podać |  |
| 29. | częstotliwość min. 0-10000 Hz | tak, proszę podać |  |
| 30. | współczynnik wypełnienia w zakresach min. 35-90% (tryb impulsowy), 100% (tryb ciągły) | tak, proszę podać |  |
| 31. | klasa lasera 3B | tak, proszę podać |  |
| 32. | wyposażenie aparatu:* 2 przewody do elektrod,
* 4 elektrody 70x50 mm,
* woreczki na elektrody 70x50mm,
* pasy do mocowania elektrod,
* żel 300ml,
* kabel sieciowy wraz z zasilaczem.
 |  |  |
| 33. | stolik z możliwością zintegrowania z aparatem, 4 kółka jezdne oraz 6 zamykanych schowków |  |  |
| 34. | waga max. 3 kg., +/- 1% |  |  |
| 35. | wymiary 380 x 190 x 260 mm +/- 5mm., +/- 1% |  |  |
| 36. | zasilanie 100-240 V, 50-60 Hz. |  |  |
| **II.** | **warunki instalacji i gwarancji** | **-** | **-** |
| 1. | sprzęt fabrycznie nowy, wyprodukowany nie wcześniej niż w 2024 r.  | tak, podać rok produkcji |  |
| 2. | dostawa, montaż i uruchomienie przedmiotu zamówienia, w miejscu wskazanym przez ZAMAWIAJĄCEGO, w cenie dostawy | tak |  |
| 3. | instrukcja obsługi w języku polskim w formie drukowanej i elektronicznej  | tak, przed podpisaniem umowy, nie później jednak niż w dniu podpisania umowy,na adres aparatura@onkologia.szczecin.pl |  |
| 4. | DTR w języku polskim w formie i elektronicznej,  | tak, przed podpisaniem umowy, nie później jednak niż w dniu podpisania umowy,na adres aparatura@onkologia.szczecin.pl |  |
| 6. | wykaz części zamiennych wraz z numerami katalogowymi | tak, przed podpisaniem umowy, nie później jednak niż w dniu podpisania umowy, na adres aparatura@onkologia.szczecin.pl |  |
| 7. | szkolenie personelu (12 osób) z obsługi urządzenia w cenie dostawy  | tak, potwierdzone protokołem szkolenia  |  |
| 8. | wykaz czynności jakie powinny być wykonane przez inżyniera serwisu podczas wykonywania okresowego przeglądu technicznego w formie elektronicznej (check-lista)  | tak, przed podpisaniem umowy, nie później jednak niż w dniu podpisania umowy,na adres aparatura@onkologia.szczecin.pl |  |
| 9. | wykaz podmiotów obsługi serwisowej – dokument, o którym mowa w Ustawie o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. | tak, przed podpisaniem umowy, nie później jednak niż w dniu podpisania umowy,na adres aparatura@onkologia.szczecin.pl |  |
| 10. | gwarancja dostępności serwisu, oprogramowaniai części zamiennych, przez co najmniej 10 lat od daty dostawy | tak |  |
| 11. | wyrób zgodny z ustawą o wyrobach medycznych | tak |  |
| 12. | paszport techniczny z odpowiednimi wpisami, potwierdzającymi montaż, uruchomienie, szkolenie z informacją o sprawności urządzenia,  | tak, w dniu dostawy |  |
| 13. | wykaz poszczególnych urządzeń wraz z numerami fabrycznymi (jeżeli posiadają) oraz ceną brutto  | tak, w dniu dostawy |  |
| 14. | urządzenia są, lub będą pozbawione wszelkich blokad, w tym w szczególności kodów serwisowych, które po upływie gwarancji utrudniałyby ZAMAWIAJĄCEMU dostęp do opcji serwisowych | tak |  |
| **III.** | **serwis gwarancyjny** |  |  |
| 1. | przeglądy techniczne w okresie gwarancji wykonywane będą zgodnie z zaleceniem producenta zawartym w dokumentacji technicznej i naprawy gwarancyjne, wraz z materiałami eksploatacyjnymi, niezbędnym transportem sprzętu i wymianą części w cenie dostawy | tak, proszę podać  |  |
| 2. | wykonanie przeglądu technicznego ostatnim miesiącu trwania gwarancji w cenie dostawy | tak |  |
| 3. | przestrzeganie wymaganych terminów wykonywania okresowych przeglądów technicznych należy do WYKONAWCY, bez konieczności zlecania (przypominania) przez ZAMAWIAJĄCEGO | tak |  |
| 4. | pełna obsługa serwisowa w okresie obowiązywania gwarancji w cenie dostawy | tak |  |
| 5. | WYKONAWCA powiadomi ZAMAWIAJĄCEGO z 30 dniowym wyprzedzeniem o terminie wykonania okresowego przeglądu technicznego drogą elektroniczną, na adres aparatura@onkologia.szczecin.pl | tak |  |
| 6. | maksymalnie 24 godzinny czas reakcji serwisu określony jako rozpoczęcie czynności diagnostycznych w dni robocze od chwili powiadomienia przez ZAMAWIAJĄCEGO o nieprawidłowej pracy przedmiotu zamówienia | tak |  |
| 7. | maksymalnie 3 dniowy (roboczy) czas usunięcia awarii, w sytuacji, gdy z przyczyn technicznych niezależnych od Wykonawcy dotrzymanie terminu jest niemożliwe, to ostateczny termin usunięcia awarii nie może przekraczać 5 dni roboczych | tak |  |
| 8. | maksymalnie 3 naprawy tego samego elementu lub podzespołu w okresie trwania gwarancji, uprawniający ZAMAWIAJĄCEGO do żądania wymiany na fabrycznie nowy element lub podzespół | tak |  |
| 9. | nastąpi ponowny bieg terminu gwarancji na urządzenie medyczne w przypadku dostarczenia innego urządzenia wolnego od wad | tak |  |
| 10. | przedłużenie terminu gwarancji o czas, w ciągu którego wskutek wady urządzenia objętego gwarancją ZAMAWIAJĄCY nie mógł z niego korzystać – w przypadku napraw innej, niż wskazana wyżej w pkt. 9 | tak |  |
| 11. | wszelkie czynności serwisowe wykonywane będą w siedzibie ZAMAWIAJĄCEGO | tak |  |
| 12. | fabrycznie nowe części zamienne wykorzystywane w procesie naprawy urządzenia | tak |  |
| 13. | 12 miesięczny okres gwarancji na wymieniane części zamienne w procesie naprawy urządzenia | tak |  |
| 14. | wszystkie wymieniane materiały zużywalne fabrycznie nowe | tak |  |
| 15. | zgłoszenia awarii realizowane drogą elektroniczną na e-mail podany przez WYKONAWCĘ  | tak |  |
| 16. | wystawienie protokołu serwisowego po każdej naprawie oraz wpis do paszportu technicznego | tak |  |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 r. | *podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu WYKONAWCY* |

**PAKIET NR 3: APARAT DO ELEKTROTERAPII, DO TERAPII ULTRADŹWIĘKOWEJ,
DO LASEROTERAPII ORAZ DO MAGNETOTERAPII.**

ZAMAWIAJĄCY zastrzega sobie prawo weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta.

1. Informacje ogólne dotyczące przedmiotu zamówienia (*tabelę proszę powielić
wg potrzeb*):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | nazwa urządzenia/ nazwa katalogowa  |  |
| 2 | model i typ |  |
| 3 | producent (nazwa/siedziba) |  |
| 4 | kraj pochodzenia |  |

1. Parametry przedmiotu zamówienia wymagane bezwzględnie i podlegające ocenie:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **wymagane parametry techniczne i cechy użytkowe** | **warunek graniczny** | **parametry oferowane****(wypełnia WYKONAWCA)** |
| 1. | aparat 4-kanałowy do niezależnej terapii pacjentów: * 1x elektroterapia,
* 1x ultradźwięk,
* 1x laser,
* 1x magneto
 | tak |  |
| 2. | kolorowy ekran dotykowy min. 5,7” | tak, proszę podać |  |
| 3. | gotowe programy i encyklopedia terapeutyczna | tak, proszę podać |  |
| 4. | baza danych pacjentów | tak, proszę podać |  |
| 5. | bank gotowy programów terapeutycznych dla różnych specjalizacji lekarskich takich jak: rehabilitacja, neurologia, dermatologia, ortopedia, medycyna sportowa, ginekologia, gastroenterologia, stomatologia, reumatologia, alergologia, immunologia, pulmonologia, laryngologia  | tak |  |
| 6. | możliwość tworzenia i zapisywania własnych programów terapeutycznych  | tak |  |
| 7. | możliwość przypisywania terapii do pacjenta i zapisywania w pamięci aparatu |  |  |
| 8. | możliwość swobodnej modyfikacji parametrów  | tak |  |
| 9. | ekran dotykowy ułatwiający sterowanie aparatem | tak |  |
| 10. | obsługa aparatu oraz instrukcja w języku polskim | tak |  |
| 11. | dostępne prądy:* prąd galwaniczny
* prądy diadynamiczne: DF, LP, CP, MF, RS, CP-ISO
* prądy Traberta, Ultra-Reiz 2-5
* prądy TENS: asymetryczne, symetryczne, falujące
* prądy Faradaya i neofaradyczne
* prądy Kotza (rosyjska stymulacja)
* impulsy stymulacyjne
* impulsy prostokątne
* impulsy trójkątne
* impulsy ekspencjonalne
* impulsy ze wzrostem ekspencjonalnym
* impulsy łączone
* izopolarne pole wektorowe
* Wektor 2-biegunowy
* impulsy przerywane
* prąd Leduca
* Fale H
* Mikroprądy
* Fale o średniej częstotliwości
* Tonoliza wg Hufschmidta
* dwupolowa interferencja
* 4 polowa interferencja

funkcje elektrodiagnostyki | tak |  |
| 12. | głowica ultradźwiękowa min. 5 cm2 | tak |  |
| 13. | częstotliwość modułowa w zakresie min. 10-150 Hz | tak |  |
| 14. | współczynnik wypełnienia min. 5-100% | tak, proszę podać |  |
| 15. | maksymalne natężenie w trybie ciągłym/impulsowym min. 2W/cm2 / 3W/cm2 | tak, proszę podać |  |
| 16. | sonda punktowa podczerwona min. 830 nm/400 mW | tak, proszę podać |  |
| 17. | tryb prac ciągły i impulsowy  | tak, proszę podać |  |
| 18. | dawka płynnie regulowana w zakresie min. 0,1-100 J/cm2 | tak |  |
| 19. | częstotliwość min. 0-10000 Hz | tak, proszę podać |  |
| 20. | współczynnik wypełnienia w zakresach min. 35-90%, 100% | tak |  |
| 21. | klasa lasera 3B | tak |  |
| 22. | maksymalna indukcja impulsowa 128 mT | tak, proszę podać |  |
| 23. | zakres częstotliwości w zakresie min. 0-166 Hz | tak, proszę podać |  |
| 24. | Stół do magnetoterapii z aplikatorem o min. średnicy fi 70 cm | tak, proszę podać |  |
| 25. | mały aplikator o maks. średnicy fi 30 cm | tak, proszę podać |  |
| 26. | Technologia Skoncentrowanego Pola Magnetycznego | tak |  |
|  | Technologia Impulsowego Pola Magnetycznego (PMF - Pulsed Magnetic Field): impulsy prostokątne, trójkątne, sinusoidalne, eksponencjalne i ciągłe |  |  |
| 27. | w standardzie: * 2 x kabel pacjenta,
* 4 elektrody 5x7 cm,
* woreczki do elektrod,
* pasy do mocowania elektrod
 | tak |  |
| 28. | Stolik z możliwością zintegrowania z aparatem, 4 kółka jezdne oraz 6 zamykanych schowków | tak |  |
| 29. | waga 4,7-5,3 kg | tak, proszę podać |  |
| 30. | wymiary 230x390x260 +/- 5mm | tak, proszę podać |  |
| 31. | zasilanie 230V AC, 50-60 Hz/115 V, 50-60 Hz |  |  |
| **II.** | **warunki instalacji i gwarancji** | **-** | **-** |
| 1. | sprzęt fabrycznie nowy, wyprodukowany nie wcześniej niż w 2024 r.  | tak, podać rok produkcji |  |
| 2. | dostawa, montaż i uruchomienie przedmiotu zamówienia, w miejscu wskazanym przez ZAMAWIAJĄCEGO, w cenie dostawy | tak |  |
| 3. | instrukcja obsługi w języku polskim w formie drukowanej i elektronicznej  | tak, przed podpisaniem umowy, nie później jednak niż w dniu podpisania umowy,na adres aparatura@onkologia.szczecin.pl |  |
| 4. | DTR w języku polskim w formie i elektronicznej,  | tak, przed podpisaniem umowy, nie później jednak niż w dniu podpisania umowy,na adres aparatura@onkologia.szczecin.pl |  |
| 6. | wykaz części zamiennych wraz z numerami katalogowymi | tak, przed podpisaniem umowy, nie później jednak niż w dniu podpisania umowy, na adres aparatura@onkologia.szczecin.pl |  |
| 7. | szkolenie personelu (12 osób) z obsługi urządzenia w cenie dostawy  | tak, potwierdzone protokołem szkolenia  |  |
| 8. | wykaz czynności jakie powinny być wykonane przez inżyniera serwisu podczas wykonywania okresowego przeglądu technicznego w formie elektronicznej (check-lista)  | tak, przed podpisaniem umowy, nie później jednak niż w dniu podpisania umowy,na adres aparatura@onkologia.szczecin.pl |  |
| 9. | wykaz podmiotów obsługi serwisowej – dokument, o którym mowa w Ustawie o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. | tak, przed podpisaniem umowy, nie później jednak niż w dniu podpisania umowy,na adres aparatura@onkologia.szczecin.pl |  |
| 10. | gwarancja dostępności serwisu, oprogramowaniai części zamiennych, przez co najmniej 10 lat od daty dostawy | tak |  |
| 11. | wyrób zgodny z ustawą o wyrobach medycznych | tak |  |
| 12. | paszport techniczny z odpowiednimi wpisami, potwierdzającymi montaż, uruchomienie, szkolenie z informacją o sprawności urządzenia,  | tak, w dniu dostawy |  |
| 13. | wykaz poszczególnych urządzeń wraz z numerami fabrycznymi (jeżeli posiadają) oraz ceną brutto  | tak, w dniu dostawy |  |
| 14. | urządzenia są, lub będą pozbawione wszelkich blokad, w tym w szczególności kodów serwisowych, które po upływie gwarancji utrudniałyby ZAMAWIAJĄCEMU dostęp do opcji serwisowych | tak |  |
| **III.** | **serwis gwarancyjny** | - |  |
| 1. | przeglądy techniczne w okresie gwarancji wykonywane będą zgodnie z zaleceniem producenta zawartym w dokumentacji technicznej i naprawy gwarancyjne, wraz z materiałami eksploatacyjnymi, niezbędnym transportem sprzętu i wymianą części w cenie dostawy | minimum raz w roku, proszę podać  |  |
| 2. | wykonanie przeglądu technicznego ostatnim miesiącu trwania gwarancji w cenie dostawy | tak |  |
| 3. | przestrzeganie wymaganych terminów wykonywania okresowych przeglądów technicznych należy do WYKONAWCY, bez konieczności zlecania (przypominania) przez ZAMAWIAJĄCEGO | tak |  |
| 4. | pełna obsługa serwisowa w okresie obowiązywania gwarancji w cenie dostawy | tak |  |
| 5. | WYKONAWCA powiadomi ZAMAWIAJĄCEGO z 30 dniowym wyprzedzeniem o terminie wykonania okresowego przeglądu technicznego drogą elektroniczną, na adres aparatura@onkologia.szczecin.pl | tak |  |
| 6. | maksymalnie 24 godzinny czas reakcji serwisu określony jako rozpoczęcie czynności diagnostycznych w dni robocze od chwili powiadomienia przez ZAMAWIAJĄCEGO o nieprawidłowej pracy przedmiotu zamówienia | tak |  |
| 7. | maksymalnie 3 dniowy (roboczy) czas usunięcia awarii, w sytuacji, gdy z przyczyn technicznych niezależnych od Wykonawcy dotrzymanie terminu jest niemożliwe, to ostateczny termin usunięcia awarii nie może przekraczać 5 dni roboczych | tak |  |
| 8. | maksymalnie 3 naprawy tego samego elementu lub podzespołu w okresie trwania gwarancji, uprawniający ZAMAWIAJĄCEGO do żądania wymiany na fabrycznie nowy element lub podzespół | tak |  |
| 9. | nastąpi ponowny bieg terminu gwarancji na urządzenie medyczne w przypadku dostarczenia innego urządzenia wolnego od wad | tak |  |
| 10. | przedłużenie terminu gwarancji o czas, w ciągu którego wskutek wady urządzenia objętego gwarancją ZAMAWIAJĄCY nie mógł z niego korzystać – w przypadku napraw innej, niż wskazana wyżej w pkt. 9 | tak |  |
| 11. | wszelkie czynności serwisowe wykonywane będą w siedzibie ZAMAWIAJĄCEGO | tak |  |
| 12. | fabrycznie nowe części zamienne wykorzystywane w procesie naprawy urządzenia | tak |  |
| 13. | 12 miesięczny okres gwarancji na wymieniane części zamienne w procesie naprawy urządzenia | tak |  |
| 14. | wszystkie wymieniane materiały zużywalne fabrycznie nowe | tak |  |
| 15. | zgłoszenia awarii realizowane drogą elektroniczną na e-mail podany przez WYKONAWCĘ lub faxem na numer podany przez WYKONAWCĘ | tak |  |
| 16. | wystawienie protokołu serwisowego po każdej naprawie oraz wpis do paszportu technicznego | tak |  |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 r. | *podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu WYKONAWCY* |