

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (część 2 zamówienia)

Szyna CPM

Nazwa producenta:

Nazwa i typ:

Rok produkcji: nie wcześniej niż 2019 r.

Ilość: 5 sztuk

Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.

Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji: nie wcześniej niż 2019), nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów. Żaden aparat ani jego część składowa, wyposażenie, etc. nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika

Lp.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
1	zmiana prędkości ruchu (możliwy ruch o dużej prędkości)	Tak	
2	ustawienia kąta w czasie rzeczywistym	Tak	
3	pilot zdalnego sterowania z kolorowym ekranem dotykowym	Tak	
4	wzrost pacjenta/cała kończyna dolna	Tak	
5	system zatrząsków do szybkiej regulacji	Tak	
6	Możliwość rozbudowy o terapię stawu skokowego	Tak	
7	Obciążenie nominalne max 20 kg	Tak	
8	Waga pacjenta max 135 kg	Tak	
9	Wzrost pacjenta 120-220 cm	Tak	
10	Limit wyprostowania stawu biodrowego 0 stopni	Tak	
11	Limit zgięcia stawu biodrowego 115 stopni	Tak	
12	Limit wyprostowania stawu kolanowego -10 stopni	Tak	
13	Limit zgięcia stawu kolanowego 123 stopnie	Tak	
14	Czas terapii max 59 min 59 sekund	Tak	
15	Długość całej kończyny dolnej 58-110 cm	Tak	
16	Długość kości piszczelowej 23-55 cm	Tak	

Lp.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
17	Długość kości udowej 35-55 cm	Tak	
18	Prędkość 40-380 stopni / min	Tak	
19	Waga urządzenia max 12 kg	Tak	
20	Wymiary szer. x wys. x gł. 390 x (min 430 max 580) x 970 mm	Tak	
21	Klasa zgodna z normą EN 60 529 IP 21	Tak	
22	Zasilanie 100 V - 240 V	Tak	
23	Częstotliwość 50 Hz – 60 Hz	Tak	
24	Kolorowy ekran dotykowy wielkość min. 3,2 cala (240x320 pikseli)	Tak	
25	Zabezpieczenie klipsami	Tak	
26	Odwracanie podstawki na stopy	Tak	
27	System zatrząsków	Tak	
28	Ruch o dużej prędkości	Tak	
29	Wykorzystanie dla prawej i lewej nogi bez konieczności zmian	Tak	
30	Regulacja podparcia na boki	Tak	
31	Regulacja podparcia stóp	Tak	
32	Panel kontrolny na obudowie	Tak	
33	Ustawianie konta w czasie rzeczywistym	Tak	
34	Program rozgrzewki /program progresywny	Tak	
35	Program intensywnego zgięcia i wyprostu / oscylacje	Tak	
36	Przerwy w zgięciu i wyproście	Tak	
37	Rozciąganie zgięcie i wyprost	Tak	

Lp.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
38	Kontrola prędkości zgięcia i wyprostu	Tak	
39	Przywracanie ustawień fabrycznych aparatu	Tak	
40	Odwrócenie obciążenia	Tak	
41	Zaprogramowane sekwencje min. 13 automatycznych programów	Tak	
42	Blokada pacjenta	Tak	
43	Pamięć wewnętrzna 50 programów użytkownika	Tak	
44	Zmiana wszystkich parametrów w trakcie terapii	Tak	
46	Kabel zasilający	Tak	

Lp.	WARUNKI SERWISU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
1.	W cenie oferty Wykonawca zobowiązuje się do zapewnienia przeglądów przez okres gwarancji w ramach zaoferowanej ceny, liczonych od daty bezusterkowego protokolarnego przekazania sprzętu, przy czym ostatni przegląd powinien odbyć się na miesiąc przed zakończeniem ww. okresu, przeglądy powinny się odbywać zgodnie z zaleceniami producenta, jednak nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy	Tak	
2.	Wszystkie czynności serwisowe, w tym podłączenie i uruchomienie sprzętu w miejscu wskazanym przez Zamawiającego oraz przeglądy konserwacyjne, w okresie gwarancji - w ramach wynagrodzenia umownego	Tak	
3.	Możliwość zgłoszeń 24h/dobę, 365 dni/rok	Tak	
4.	Wymiana każdego podzespołu na nowy po dwóch nieskutecznych próbach naprawy, jeżeli podzespół uległ uszkodzeniu po raz trzeci	Tak	
5.	Zakończenie działań serwisowych – do 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii, a w przypadku konieczności importu części zamiennych, nie dłuższym niż 10 dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii.	Tak	

Lp.	WARUNKI SERWISU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
6.	Sprzęt/y będzie/będą pozbawione haseł, kodów, blokad serwisowych, itp., które po upływie gwarancji utrudniałyby Zamawiającemu dostęp do opcji serwisowych lub naprawę sprzętu/ów przez inny niż Wykonawca umowy podmiot, w przypadku nie korzystania przez zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy	Tak, podać	
SZKOLENIA			
7.	Szkolenie dla personelu medycznego – min. 5 osób. Dodatkowe szkolenie dla personelu medycznego w przypadku wyrażenia takiej potrzeby przez personel medyczny – 5 osób.	Tak, podać	
8.	Instrukcje obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej (przekazane w momencie dostawy dla każdego egzemplarza.	Tak	
9.	Wykonawca w ramach dostawy sprzętu zobowiązuje się dostarczyć komplet akcesoriów, okablowania, itp. asortymentu niezbędnego do uruchomienia i funkcjonowania urządzenia,	Tak	
10.	Dokumentacja (lub tzw. lista kontrolna zawierająca wykaz części i czynności) dotycząca przeglądów technicznych w języku polskim (dostarczona przy dostawie). UWAGA – dokumentacja musi zapewnić co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, oraz przeglądów okresowych w standardzie wymaganym przez producenta.	Tak	
11.	Z urządzeniem wykonawca dostarczy paszporty techniczne zawierające co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny), inne istotne informacje (itp. części składowe, istotne wyposażenie, oprogramowanie), kody z aktualnie obowiązującego słownika NFZ (o ile występują).	Tak	
12.	Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dostarczona przy dostawie i wskazująca, że czynności te prawidłowo wykonane nie powodują utraty gwarancji.	Tak	
13.	Możliwość mycia i dezynfekcji sprzętów w oparciu o przedstawione przez wykonawcę zalecane preparaty myjące i dezynfekujące. UWAGA – zalecane środki powinny zawierać nazwy związków chemicznych, a nie tylko nazwy handlowe preparatów.	Tak	
14.	Z uwagi na fakt, iż przedmiot umowy finansowany jest ze środków Unii Europejskiej, faktura po dostawie musi zawierać wymieniony sprzęt zgodny, co do nazwy, ze sprzętem wymienionym w opisie przedmiotu zamówienia	Tak	

UWAGI: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone folderami lub kartami katalogowymi oferowanego wyrobu – zgodnie z wymaganiami wskazanymi w SIWZ.

Brak odpowiedniego wpisu przez Wykonawcę w kolumnie *Parametr oferowany* będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest 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 medycznych.