

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (część 7 zamówienia)

Zestaw - przenośny aparat do elektroterapii – 2 kanałowy

1. aparat 1 sztuka
2. leżanka drewniana 1 sztuka
3. stolik z kółkami 1 sztuka
4. zestaw startowy(4 elektrody, 4 podkłady) 1 zestaw

Nazwa i typ:

Rok produkcji: nie wcześniej niż 2019 r.

Ilość: 1 zestaw

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	Aparat 2-kanałowy do elektroterapii	Tak	
2	Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej min. 4,3 cala ułatwiający sterowanie aparatem	Tak	
3	Możliwość pracy 2 kanałów niezależnie na różnych parametrach prądów	Tak	
4	Dostępne prądy: <ul style="list-style-type: none"> • Galwaniczny, • Diadynamiczne (DF, MF, CP, LP, RS, CP-ISO), • Träberta, • Faradaya, • NPHV • Sekwencje, • Neofaradyczny, • Rosyjska stymulacja - prąd Kotza • Impulsy trapezoidalne • Impulsy stymulujące • Impulsy prostokątne • Impulsy trójkątne • Impulsy eksponencjalne • Impulsy ze wzrostem eksponencjalnym • Impulsy łączone • Impulsy Przerywane • TENS (symetryczny, falujący, asymetryczny, bursty), • 2-polowa interferencja 	Tak	

Lp.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
	<ul style="list-style-type: none"> • 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 		
5	Prosta zmiana polaryzacji elektrod	Tak	
6	Tryb prądu stałego (cc) i stałego napięcia (cv)	Tak	
7	Programowalne sekwencje (zestawy) prądów	Tak	
8	Elektrodiagnostyka: Krzywa I/t reobaza i chronaksja, punkt motoryczny, współczynnik akomodacji.	Tak	
9	Test jakości elektrod	Tak	
10	Współpraca z aparatem podciśnieniowym VAC	Tak	
11	Sygnały dźwiękowe	Tak	
12	Kontrola kontaktu elektrod ze skórą	Tak	
13	Regulacja kontrastu ekranu	Tak	
14	Możliwość zmiany kolorów ekranu	Tak	
15	Podgląd (interpretacja graficzna) płynącego prądu	Tak	
16	Płynna modyfikacja parametrów prądów	Tak	
17	Sekwencje zapisywane przez użytkownika (minimum 150)	Tak	

Lp.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
18	Historia ostatnich min. 20 zabiegów	Tak	
19	Bank programów terapeutycznych zapisanych w pamięci aparatu (gotowe diagnozy)	Tak	
20	Możliwość tworzenia i zapisywania własnych programów terapeutycznych (minimum 500)	Tak	
21	Możliwość definiowania własnego hasła bezpieczeństwa w aparacie	Tak	
22	Wybór dźwięków, regulacja głośności, automatyczne wyłączanie	Tak	
23	Wielojęzyczne menu	Tak	
24	Możliwość swobodnej modyfikacji parametrów elektroterapii	Tak	
25	Identyfikacja i test akcesoriów	Tak	
26	Wyposażenie aparatu : 2 przewody do elektrod, 4 elektrody 70x50 mm, woreczki na elektrody 70x50mm, pasy do mocowania elektrod, kabel sieciowy wraz z zasilaczem.	Tak	
27	Obsługa aparatu oraz instrukcja w języku polskim	Tak	
28	Klasa bezpieczeństwa II (wg IEC 536)	Tak	
29	Zasilanie 100-240 v , 50-60 Hz	Tak	
30	Waga max 3 kg.	Tak	
31	Min. wymiary 380 x 190 x 260 mm	Tak	
33	Możliwość zasilania akumulatorowego (OPCJA)	Tak	
34	W zestawie oryginalny stolik producenta z szybkim połączeniem z aparatem oraz zamykanymi 6 zamykanymi półkami , blokada 2 przednich kółek	Tak	
35	Autoryzacja od producenta na sprzedaż i serwis urządzenia na terenie Polski	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	
6.	Sprzęt/y będzie/będą pozbawione hasel, 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	

Lp.	WARUNKI SERWISU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZNYCH POLACH PODAĆ
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.