

Załącznik nr 2 - OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA
do zadania pn. "Dostawa sprzętu rehabilitacyjnego dla Oddziału
Leczniczo – Rehabilitacyjnego w Grębaninie".

SP ZOZ ZP/39BU/2022

Załącznik nr 2

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA
Parametry wymagane, wyposażenie, warunki gwarancji, serwisu oraz szkoleń

L.p.	Parametry wymagane	Warunek graniczny	Parametry oferowane, opis, komentarz
<u>STÓŁ DO MASAŻU I REHABILITACJI – 3 sztuki</u>			
Nazwa Wykonawcy:			
Nazwa - typ urządzenia:			
Producent:			
Kraj pochodzenia:			
Rok produkcji:			
DANE TECHNICZNE			
1.	Maksymalna waga użytkownika [kg]: 200	Tak	
2.	Waga urządzenia: [kg] 78	Tak	
3.	Wymiary: - długość – 202 cm, szerokość – 64 cm, wysokość – 50-101 cm	Tak	
4.	Zagłówek z wyprofilowanym otworem na twarz pacjenta z zasłapką w komplecie	Tak	
5.	Kąt nachylenia zagłówka zmieniany za pomocą gazowej sprężyny (-70° do +40°)	Tak	
6.	Tapicerka wykonana z atestowanych materiałów, niepalna i odporna na zabrudzenia i uszkodzenia	Tak	
7.	Rama stabilna, krzyżakowa, malowana proszkowo	Tak	
8.	Uchwyty do pasów do stabilizacji po obu stronach	Tak	
9.	Dwa kółka i dwie stopki ułatwiające transport i przestawianie stołu	Tak	
10.	Stół wyposażony w technologię HALLOTRONIC	Tak	
11.	Stół wyposażony w Personal Authorization System – system zabezpieczający przed niepożądaną zmianą ustawień stołu	Tak	
12.	Gumowe antypoślizgowe stopki z regulacją 1 cm do poziomowania stołu	Tak	

**Załącznik nr 2 - OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA
do zadania pn. "Dostawa sprzętu rehabilitacyjnego dla Oddziału
Leczniczo – Rehabilitacyjnego w Grębaninie".**

APARAT DO ELEKTROTERAPII I TERAPII ULTRADŹWIEKOWEJ – 1 szt.

Nazwa Wykonawcy:
 Nazwa - typ urządzenia:
 Producent:
 Kraj pochodzenia:
 Rok produkcji:

I FUNKCJE

1.	ELEKTROTERAPIA	TAK	
2.	TERAPIA ULTRADŹWIEKOWA	TAK	
3.	TERAPIA SKOJARZONA	TAK	
4.	WBUDOWANE PROGRAMY ZABIEGOWE	TAK	

II ELEKTROTERAPIA

5.	Praca w trybach CC (stabilizacja prądu) lub CV (stabilizacja napięcia)	TAK	
6.	Pełna izolacja galwaniczna między kanałami w każdym trybie	TAK	
7.	Prądy i metody: interferencyjne izoplanarny, interferencyjne dynamiczny, interferencyjne jednokanałowy AMF, TENS symetryczny, TENS asymetryczny, TENS naprzemienny, TENS burst, TENS do terapii porażień spastycznych, Kotz'a/rosyjska stymulacja, tonoliza, diadynamiczne (MF, DF, CP, CP-ISO, LP), impulsowe prostokątne, impulsowe trójkątne, impulsowe UR wg Traberta (2-5), impulsowe Leduca (1-9), impulsowe neofaradyczny (1-19), unipolarne falujące, galwaniczne, mikroprądy	TAK	

III TERAPIA ULTRADŹWIEKOWA

8.	Wodoszczelne głowice	TAK	
9.	Emisja ciągła / impulsowa	TAK	
10.	Kontrola przylegania czoła głowicy (mierzony efektywny czas zabiegu)	TAK	
11.	Kalibracja czułości głowicy według potrzeb	TAK	

IV TERAPIA SKOJARZONA

12.	Praca w trybach CC (stabilizacja prądu) lub CV (stabilizacja napięcia)	TAK	
13.	Prądy w terapii skojarzonej: interferencyjne jednokanałowy AMF, TENS symetryczny, TENS asymetryczny, TENS naprzemienny, TENS burst, Kotz'a/rosyjska stymulacja	TAK	

V PROGRAMY ZABIEGOWE

14.	Wbudowane programy zabiegowe elektroterapii (59)	TAK	
-----	--	-----	--

**Załącznik nr 2 - OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA
do zadania pn. "Dostawa sprzętu rehabilitacyjnego dla Oddziału
Leczniczo – Rehabilitacyjnego w Grębaninie".**

15.	Wbudowane programy zabiegowe terapii ultradźwiękowej (48)	TAK	
16.	Wbudowane programy terapii skojarzonej (77)	TAK	
17.	Wbudowane programy elektrofonoforezy (23)	TAK	
18.	Programy do ustawienia dla użytkownika (110)	TAK	
19.	Programy ulubione (80)	TAK	
20.	Wbudowane sekwencje do elektroterapii (30)	TAK	
PARAMETRY TECHNICZNE OGÓLNE			
21.	Wymiary aparatu: 30x23x11 cm	TAK	
22.	Masa aparatu: 6 kg	TAK	
23.	Zasilanie, pobór mocy: 230V, 50 Hz, 70W, 100VA	TAK	
POZOSTAŁE DANE TECHNICZNE			
PARAMETRY ELEKTROTERAPII			
21.	Maks. natężenie prądu w obwodzie pacjenta (tryb CC): galwaniczne 40mA, diadynamiczne, impulsowe 60 mA, interferencyjne, Kotz'a 100 mA, unipolarne falujące 100 mA, TENS 140 mA, tonoliza 100 mA, mikroprądy 1000 µA	TAK	
22.	Maks. amplituda napięcia w obwodzie pacjenta (tryb CV) = 140 V	TAK	
23.	Zegar zabiegowy (1-60 minut)	TAK	
PARAMETRY TERAPII ULTRADŹWIĘKOWEJ			
24.	Częstotliwość pracy (1 MHz)	TAK	
25.	Efektywna powierzchnia promieniowania (1 cm ² , 4 cm ²)	TAK	
26.	Maksymalne natężenie fali ultradźwiękowej (2/3 W/cm ²)	TAK	
27.	Wypełnienie w trybie pulsacyjnym (10%, 25%, 50%, 75%)	TAK	
28.	Zegar zabiegowy (1-30 minut)	TAK	
WYPOSAŻENIE STANDARDOWE			
29.	Przewód sieciowy – 1 szt.	TAK	
30.	Kable pacjenta – 2 szt.	TAK	
31.	Elektrody do elektroterapii 6x6 cm – 4 szt.	TAK	
32.	Elektrody do elektroterapii 7,5x9 cm – 2 szt.	TAK	
33.	Pokrowce wiskozowe do elektroterapii 8x8 cm – 8 szt.	TAK	
34.	Pokrowce wiskozowe do elektroterapii 10x10 cm – 4 szt.	TAK	
35.	Pas rzepowy 40X9 cm – 2 szt.	TAK	

Załącznik nr 2 - OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA
do zadania pn. "Dostawa sprzętu rehabilitacyjnego dla Oddziału
Leczniczo – Rehabilitacyjnego w Grębaninie".

36.	Pas rzepowy 100x9 cm – 2 szt.	TAK	
37.	Żel 500 g – 1 szt.	TAK	
38.	Dedykowany uchwyt – 1 szt.	TAK	
39.	Wkrętak do montażu – 1 szt.	TAK	
40.	Bezpieczniki zapasowe – 2 szt.	TAK	
41.	Instrukcja użytkowania - 1 szt.	TAK	
42.	Zestaw programów i sekwencji zabiegowych – 1 szt.	TAK	
43.	Protokół pokontrolny z badań bezpieczeństwa – 1 szt.	TAK	
44.	Paszport techniczny – 1 szt.	TAK	
45.	Karta gwarancyjna – 1 szt.	TAK	

UWAGA:

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wykonawca ma obowiązek zaoferować urządzenie przynajmniej o parametrach opisanych i równocześnie określić parametr oferowanego aparatu. Brak opisu w kolumnie 4 będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzeń.

Warunki gwarancji, serwisu i szkolenia dla aparatu do elektroterapii i ultradźwięków oraz aparatu do terapii podciśnieniowej

L.p.	Warunki gwarancji i serwisu	Warunek	Opis
1	Okres gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń)	Minimum 24 miesiące	
2	Przeglądy gwarancyjne łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta na koszt wykonawcy wraz z wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia	TAK	
3	Podać terminy okresowych przeglądów gwarancyjnych niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu	Podać	
4	Maksymalny czas reakcji na zgłoszenie od otrzymania zgłoszenia do umówienia się na przyjazd (podać w godzinach)	<=48 h w dni robocze	
5	Maksymalny czas naprawy nie wymagającej wymiany podzespołów (podać w godzinach)	<=72 h w dni robocze	
6	Zapewnienie sprzętu zastępczego w przypadku konieczności wykonania naprawy gwarancyjnej poza siedzibą Zamawiającego w okresie dłuższym niż 72 godziny lub w przypadku trwania przeglądu dłużej niż 72 godziny	TAK	
7	Przedłużenie okresu gwarancji o każdorazowy czas awarii w okresie gwarancji zgodnie z zasadą – każdorazowy przestój aparatu choćby kilkugodzinny zostaje zaokrąglony do 1 dnia	TAK	
8	Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych modułów/podzespołów po naprawie – minimum 24 miesiące	TAK	
9	Minimalna liczba napraw tego samego modułu/podzespołu powodująca wymianę modułu/podzespołu na nowy lub wymianę aparatu na nowy	3 naprawy	
10	Gwarantowany okres dostępności części zamiennych i wyposażenia (w latach) od daty przekazania przedmiotu umowy do eksploatacji	Minimum 5 lat	
11	Gwarantowana bezpłatna aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy)	Minimum 5 lat	
13	Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do fachowej instalacji, okresowej kalibracji, okresowej lub doraźnej obsługi serwisowej, aktualizacji oprogramowania, okresowych lub doraźnych przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń lub	Podać: Nazwę oraz adres siedziby firmy odpowiedzialnej za przeglądy gwarancyjne Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za przeglądy	

Załącznik nr 2 - OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA
do zadania pn. "Dostawa sprzętu rehabilitacyjnego dla Oddziału
Leczniczo – Rehabilitacyjnego w Grębaninie".

	kontroli bezpieczeństwa – które zgodnie z instrukcją użytkowania wyrobu nie mogą być wykonane przez użytkownika art. 90 ust. 4 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 211)	gwarancyjne Numer telefonu Numer fax Adres e-mail
14	Podać terminy okresowych przeglądów pogwarancyjnych wymaganych przez producenta sprzętu, niezbędnych do bezpiecznej pracy sprzętu – podać w latach lub miesiącach	Podać

SZKOLENIA

L.p.	Szkolenia	Potwierdzenie	Warunki oferowane
1.	Szkolenie w zakresie obsługi dla personelu medycznego oraz obsługi technicznej	TAK	
2.	Potwierdzenie dokumentem uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy dla osób przeszkolonych	TAK	
3.	Szczegółowa instrukcja obsługi i eksploatacji dostarczona w języku polskim	TAK, dostarczy wybrany Wykonawca	

Miejscowość i data

.....
Podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji
Wykonawcy (pieczęćka imienna)