**Załącznik nr 2 OPZ Pakiet nr 1**

**Wykonawca:**

……………………………..

……………………………..

……………………………..

(nazwa firmy, adres)

Dokument musi być podpisywany zgodnie z zapisami Rozdział III SWZ.

**PAKIET NR 1**

|  |
| --- |
| **Aparat do drenażu limfatycznego - masaż uciskowy – 1 kpl.** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa urządzenia/typ/model |  |
| Producent |  |
| Rok produkcji min.2021 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cena netto** | **Stawka VAT** | **Wartość VAT** | **Wartość brutto**  **(wartość netto + wartość VAT)** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | NAZWA PARAMETRU | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA** |
| 1 | Aparat do drenażu limfatycznego-masaż uciskowy | Tak |  |
| 2 | Obsługiwane mankiety minimum 8-komorowe | Tak |  |
| 3 | Typ mankietów: overlapping, fishbone | Tak |  |
| 4 | Liczba programów zabiegowych minimum 13 | Tak |  |
| 5 | Czas zabiegu: 1-120 minut | Tak |  |
| 6 | Możliwość wyłączenia komór | Tak |  |
| 7 | Regulacja tempa zabiegu: 1-5 | Tak |  |
| 8 | Wyświetlacz: 7” kolorowy, dotykowy | Tak |  |
| 9 | Wymiary sterownika: 300x260x160mm (+/- 100mm) | Tak Podać |  |
| 10 | Waga sterownika : 5 kg (+/- 2kg) | Tak Podać |  |
| 11 | Regulacja parametrów z dokładnością do 1 przy ustawieniu ciśnienia zabiegu, czasu zabiegu, funkcji hold, interwał | Tak |  |
| 12 | Możliwość ustawienia indywidualnego ciśnienia w każdej komorze w tym jej wyłączenia | Tak |  |
| 13 | Regulowane ciśnienie w każdej komorze mankietu od 20 do 220 mmHg | Tak |  |
| 14 | Możliwość zapisania minimum do 100 własnych programów, z których każdy może składać się z 25 cykli pompowania różnych komór | Tak |  |
| 15 | Wyposażenie : 1 x 8 komorowy mankiet podwójny na ręcę, barki, klatkę piersiową (z przewodem powietrznym, poszerzaczami i rozdzielaczem), 1 x 8 komorowy mankiet długie spodnie (obszar nóg, pośladków, bioder i brzucha), poszerzacze do długich spodni 2 sztuki | Tak |  |
| 16 | **Warunki gwarancyjne** |  |  |
| 17 | Bezpłatna dostawa wraz z rozładunkiem, montażem oraz uruchomieniem i przeszkoleniem personelu natychmiast po dostawie, potwierdzona protokołami z przeprowadzonych szkoleń , odbioru sprzętu i przekazania do eksploatacji | Tak |  |
| 18 | Szkolenie personelu w zakresie procesu sterylizacji elementów urządzenia o ile takie będą występować | Tak |  |
| 19 | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych, eksploatacyjnych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 6 lat od daty zawarcia umowy | Tak |  |
| 20 | Bezpłatne przeglądy okresowe w czasie trwania gwarancji.  Liczba przeglądów uwarunkowana wymogami producenta jednak nie rzadziej niż raz w roku | Tak |  |
| 21 | Autoryzacja producenta na sprzedaż zaoferowanego aparatu (dokumenty załączyć) | Tak |  |
| 22 | Przeprowadzenie na koszt wykonawcy testów akceptacyjnych aparatu. | Tak |  |
| 23 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 24 | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE, bądź Deklaracje Zgodności CE lub inne dokumenty równoważne. | Tak |  |
| 25 | Dokumenty upoważniające urządzenie do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa w tym m. in: paszport (z wprowadzoną datą uruchomienia i datą następnego przeglądu dd-mm-rr), karta gwarancyjna, potwierdzenie, że dostarczane urządzenie medyczne jest dopuszczone do obrotu i stosowania w służbie zdrowia zgodnie z obowiązującymi przepisami, instrukcje obsługi, opisy techniczne, w przypadku urządzeń lub elementów urządzenia wymagających tego – zasady przeprowadzania procesów dekontaminacji (mycie, dezynfekcja i sterylizacja). | Tak |  |
| 26 | Czas reakcji na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji max. do 48 godzin (dotyczy dni roboczych). | Tak |  |
| 27 | Maksymalny czas usuwania awarii – 3 dni robocze. | Tak |  |
| 28 | Autoryzowany serwis w okresie gwarancji | Tak |  |
| 29 | Siedziba serwisu gwarancyjnego (podać nazwę i dane kontaktowe) | Podać |  |
| 30 | Broszura lub inny dokument równoważny zawierający wykaz parametrów technicznych producenta potwierdzający wszystkie wymagane parametry, opisane przez Zamawiającego | Tak |  |
| 31 | [Urządzenie certyfikowane przez Polskie Towarzystwo Limfologiczne](https://www.bardomed.pl/img/cms/pdf/CERTYFIKAT_PTL.pdf). | Tak |  |