**Załącznik nr 2 OPZ Pakiet nr 2**

**Wykonawca:**

……………………………..

……………………………..

……………………………..

(nazwa firmy, adres)

Dokument musi być podpisywany zgodnie z zapisami Rozdział III SWZ.

**PAKIET NR 2**

|  |
| --- |
| **Urządzenie do terapii falą uderzeniową – 1 szt.** |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | Ciśnienie kompresora 1-5bar | Tak |  |
| 2 | Częstototliwość emisji impulsów 1-25Hz | Tak |  |
| 3 | Ilość uderzeń 1-10000 | Tak |  |
| 4 | maks. gęstość energii na powierzchni transmitera 0,38mJ/mm2 | Tak |  |
| 5 | Żywotnośc sysytemu balistycznego min. 2mln cykli | Tak |  |
| 6 | Wbudowane programy zabiegowe min.44 | Tak |  |
| 7 | Programy do ustawienia dla użytkownika min.50 | Tak |  |
| 8 | Tryb emisji fal uderzeniowych: pojedyczy,ciągły,burst,intwerwałowy | Tak |  |
| 9 | Encyklopedia 3D z opisem metodyki zabiegu | Tak |  |
| 10 | Jednostki chorobowe wybierane po nazwie, dziedzinie, z trybu anatomicznego | Tak |  |
| 11 | Programy ulubione | Tak |  |
| 12 | Statystyki przeprowadzonych zabiegów | Tak |  |
| 13 | Baza wbudowanych programów zabiegowych | Tak |  |
| 14 | Aparat o wymiarach 36x30x15 cm +/- 5% | Tak |  |
| 15 | Masa sterownika z aplikatorem i zasilaczem do 10 kg | Tak |  |
| 16 | Aparat w zestawie z 4 transmiterami stalowymi 5,10,20 i oraz tytanowym 10mm | Tak |  |
| 17 | Minimum 7 calowy kolorowy wyświetlacz z panelem dotykowym | Tak |  |
| 18 | Tryb STAND BY | Tak |  |
| 19 | Aplikator z wbudowanym amortyzatorem sprężynowym pochłaniającym drgania | Tak |  |
| 20 | Automatyczny system usuwania wilgoci z układu pneumatycznego urządzenia | Tak |  |
| 21 | Układ zabezpieczeń przed pracą poza dopuszczalnymi temperaturowymi warunkami środowiskowymi | Tak |  |
| 22 | Zasilanie 230V/40W | 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 |  |