

**Dostawa sprzętu medycznego do SPZZOZ w Wyszkowie i NZOZ POZ w Rzęśniku
nr procedury: DEZ/Z/341/ZP- 35/2018**

Pakiet nr 6: sprzęt medyczny dla potrzeb poszczególnych komórek organizacyjnych w tym:

I. Zakładu Rehabilitacji (ul. KEN 1) Pracowni Fizjoterapii i Rehabilitacji Nr 1 zawierający:

- Dynamiczna platforma balansowa w ilości 1 sztuki,
- Stół do masażu w ilości 1 sztuki,
- Cykloergometr w ilości 1 sztuki,
- Laser w ilości 1 sztuki,
- Urządzenie do aktywnej terapii ręki w ilości 1 sztuki,

II. Zakładu Rehabilitacji (ul. 1 maja) Pracowni Fizjoterapii i Rehabilitacji Nr 2 zawierający:

- Aparat do elektroterapii w ilości 1 sztuki,
- Aparat do krioterapii w ilości 1 sztuki,
- Lampa Solux w ilości 1 sztuki,

SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA.

Dynamiczna platforma balansowa w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Interaktywne ćwiczenie można wykonywać zarówno z użyciem kamery internetowej 2D jak i kamery 3D.	TAK	
2.	Zawiera następujące grupy ćwiczeń: oddechowe i mimiczne, na kończyny górne i tułów, procesów poznawczych, manualne, terapia lustrzana.	TAK	
3.	Zawiera automatyczną kalibrację - moduł ustawiania użytkowników we właściwym miejscu przed ćwiczeniem, automatyczne dopasowanie do wzrostu użytkowników oraz do osób ćwiczących w pozycji stojącej i siedzącej, korekcję postawy.	TAK	
4.	Zawiera możliwość ćwiczenia w pozycji stojącej i siedzącej.	TAK	
5.	W każdym interaktywnym ćwiczeniu osoba ćwicząca widzi na monitorze swoje rzeczywiste odbicie lustrzane.	TAK	
6.	Zawiera możliwość zapisywania dowolnej liczby użytkowników i prezentacji rezultatów z ich sesji ćwiczeniowych na wykresach.	TAK	
7.	Zawiera możliwość tworzenia i zapisywania dedykowanych sesji ćwiczeń dla każdego użytkownika osobno. Zaplanowana sesja ma zdefiniowane ćwiczenia, parametry - poziom trudności, czas ćwiczenia, wymagany zakres ruchów (możliwość ustawiania różnych zakresów ruchu dla lewej i prawej strony).	TAK	
8.	Zawiera możliwość dostosowania parametrów ćwiczeń do możliwości użytkownika.	TAK	



9.	Zawiera wbudowane w program instrukcje multimedialne oraz tekstowe do wszystkich ćwiczeń.	TAK	
10.	Zawiera wbudowane w program filmy instruktażowe z osobą wyjaśniającą przebieg każdego ćwiczenia.	TAK	
11.	Zawiera możliwość uruchomienia ćwiczeń w środowisku Android.	TAK	
12.	Produkt rozbudowany o moduł ćwiczeń na kontrolę równowagi zawierający bezprzewodową platformę posturograficzną oraz składaną barierkę asekuracyjną.	TAK	
13.	Licencja na oprogramowanie jest bezterminowa	TAK	
14.	Zawiera komputer o minimalnych parametrach: procesor o mocy zbliżonej do: i 7 - 6500U, pamięć RAM min. 8 GB rozłożona na 2 kości, Windows 10, min. 1xUSB 3.0, grafika o wydajności równej lub wyższej: AMd Radeon R5M330)	TAK, podać	
15.	Zawiera kamerę 3D z możliwością podłączenia do komputera (konwerter USB).	TAK	
16.	Zawiera monitor min. 40 cali, FullHD, stojak zajmujący nie więcej niż 1m2 +/- 0,25 m2.	TAK, podać	
17.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK	

WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA

1.	Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.	Tak	
2.	Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku.	Tak	
3.	Okres gwarancji - minimum 24 miesiące , licząc od daty instalacji	Tak Podać- kryterium	
4.	Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h.	TAK Podać	
5.	Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy.	TAK	
6.	Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy.	max 3 dni robocze Podać w dniach	
7.	Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji.	Min 2	
8.	Serwis autoryzowany	TAK	
9.	Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax	Tak, podać	
10.	Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax.	TAK, podać	



11.	Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz ze szkoleniem personelu medycznego, na miejscu w SPZZOZ Wyszaków – potwierdzenie protokołem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji.	Tak		
12.	Certyfikaty i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa	TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów		

Uwaga: W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

Stół do masażu w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE	
1	Stół do masażu 5- cio segmentowy.	TAK		
2	Elektryczna zamian wysokości leżyska.	TAK		
3	Otwór w zagłówku.	TAK		
4	Regulowany zagłówek za pomocą sprężyny gazowej.	TAK		
5	Wąski zagłówek wyposażony w podłokietniki.	TAK		
6	Regulacja wysokości za pomocą pilota ręcznego 45 – 95 cm +/- 2 cm.	Tak, podać		
7	Regulacja wysokości za pomocą ramy sterującej 45 – 95 cm +/- 2 cm.	Tak, podać		
8	Długość – 195 cm +/- 2 cm.	Tak, podać		
9	Szerokość – 68 cm +/- 2 cm.	Tak, podać		
10	Regulacja podnóżka do pozycji Fotela za pomocą sprężyny gazowej 0-85 ° +/- 2 °.	Tak, podać		
11	Regulacja pochylenia zagłówka za pomocą sprężyny gazowej -80/+45 ° +/- 2 %.	Tak, podać		
12	Zagłówek z okrągłą zatyczką i poduszką oraz komplet klinów do masażu.	TAK		
13	Wieszak na ręcznik.	TAK		
14	Układ jezdny z hamulcem.	TAK		
15	Udźwig min. 200 kg.	Tak, podać		
16	Waga stołu max. 55 kg +/- 2 kg.	Tak, podać		
17	Podstawa malowana z profili stalowych malowanych proszkowo.	TAK		
18	Możliwość wyboru kolorystyki .	TAK		
19	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK		
WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA				
1.	Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.	Tak		

2.	Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku.	Tak	
3.	Okres gwarancji - minimum 24 miesiące , licząc od daty instalacji	Tak Podać- kryterium	
4.	Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h.	TAK Podać	
5.	Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy.	TAK	
6.	Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy.	max 3 dni robocze Podać w dniach	
7.	Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji.	Min 2	
8.	Serwis autoryzowany	TAK	
9.	Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax	Tak, podać	
10.	Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax.	TAK, podać	
11.	Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz ze szkoleniem personelu medycznego , na miejscu w SPZZOZ Wyszaków – potwierdzenie protokołem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji.	Tak	
12.	Certyfikaty i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa	TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów	

Uwaga: W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

Cykloergometr w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Moc max . 400 W +/- 5 W	TAK, podać	
2.	Przełożenie 1:10.	TAK	
3.	Indukcyjny system hamowania.	TAK	
4.	Zakres obciążenia w trybie automatycznym: 25 – 400 W.	TAK	
5.	Zakres obciążenia w trybie ręczny: 20 poziomów +/- 2 poziomy.	TAK	
6.	Waga koła zamachowego max. 8 kg +/- 0,5 kg.	TAK	
7.	Dostępne programy treningowe z profilami – min. 6.	TAK	



8.	Dostępne cele treningowe: czas, dystans, kalorie/dżule.	TAK		
9.	Wskazanie aktualnej mocy.	TAK		
10.	Dostosowanie poziomu hamowania do poziomu tętna.	TAK		
11.	Wyświetlane wartości: czas, prędkość, dystans, kadencja w obr/min, częstotliwość uderzeń serca, zużycie energii.	TAK		
12.	Wyświetlacz LCD o wymiarach: 117 x 86 mm +/- 3 mm.	TAK, podać		
13.	Regulacja kąta nachylenia – optymalna widoczność niezależnie od wzrostu.	TAK		
14.	Wymiary po rozłożeniu: dł/wys./szer w cm: 119 x 55 x 137 +/- 5 mm.	TAK, podać		
15.	Zasilanie: 230V.	TAK		
16.	Maksymalna waga użytkownika: 150 kg.	TAK		
17.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK		

WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA

1.	Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.	Tak		
2.	Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku.	Tak		
3.	Okres gwarancji - minimum 24 miesiące , licząc od daty instalacji	Tak Podać- kryterium		
4.	Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h.	TAK Podać		
5.	Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy.	TAK		
6.	Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy.	max 3 dni robocze Podać w dniach		
7.	Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji.	Min 2		
8.	Serwis autoryzowany	TAK		
9.	Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax	Tak, podać		
10.	Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax.	TAK, podać		
11.	Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz ze szkoleniem personelu medycznego , na miejscu w SPZZOZ Wyszaków – potwierdzenie protokołem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji.	TAK		

12.	Certyfikaty i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa	TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów	
-----	--	---	--

Uwaga: W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

Laser w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Możliwość wykonywania 2 zabiegów jednocześnie.	TAK	
2.	Kolorowy, dużych rozmiarów (4,3”) ekran graficzny z panelem dotykowym +/- 0,5”.	TAK, podać	
3.	Wygodny panel zapisu programów własnych – klawiatura ekranowa.	TAK	
4.	Przyjazna obsługa przyciskami oraz ekranem dotykowym.	TAK	
5.	Ponad 130 programów gotowych +/- 5 programów.	TAK, podać	
6.	Funkcja sterowania pracą wentylatora, minimalizująca hałas i zużycie energii.	TAK	
7.	Licznik czasu i ilości zabiegów (do oceny stanu zużycia diod i obciążenia aparatu).	TAK	
8.	Możliwość doboru kolorystyki obudowy.	TAK	
9.	Może być używany jako aparat przenośny.	TAK	
10.	Możliwość wykonywania 2 zabiegów jednocześnie.	TAK	
12.	Wygodny panel zapisu programów własnych – klawiatura ekranowa.	TAK	
13.	Przyjazna obsługa przyciskami oraz ekranem dotykowym.	TAK	
15.	Funkcja sterowania pracą wentylatora, minimalizująca hałas i zużycie energii.	TAK	
16.	Licznik czasu i ilości zabiegów (do oceny stanu zużycia diod i obciążenia aparatu).	TAK	
17.	3 długości fali świetlnej: światło czerwone, podczerwone, głęboka podczerwień.	TAK	
18.	6 rodzajów sond laserowych do wyboru, w tym 3 sondy prysznicowe.	TAK	
19.	Laserowa sonda impulsowa (impuls 50W).	TAK	
20.	Funkcja powtórzeń dawki laserowej.	TAK	
21.	Łagodna regulacja wypełnienia w kroku 1mW. Nie dopuszcza się regulacji w %.	TAK	



23.	Łagodna regulacja częstotliwości (krok 20Hz) i czasu (krok 1s).	TAK		
24.	Tryb pracy ciągły lub impulsowy.	TAK		
25.	Możliwość pracy sondami o świetle czerwonym i podczerwonym.	TAK		
27.	Możliwość pracy sondą wielodiodową („prysznicową”) jednocześnie w zakresie światła czerwonego i podczerwonego.	TAK		
28.	Automatyczne wzajemne przeliczanie zależnych parametrów zabiegowych.	TAK		
29.	Funkcja pomiaru mocy sondy lasera.	TAK		
30.	Funkcja ustawiania powtórzeń emisji dawki energii.	TAK		
31.	Możliwość podłączenia dwóch sond jednocześnie.	TAK		
32.	Regulacja mocy średniej w całym zakresie co 1mW.	TAK		
33.	Regulacja czasu: zmiana co 1 s.	TAK		
34.	Regulacja dawki: zmiana co 0,1 J.	TAK		
35.	Regulacja częstotliwości: zmiana co 1Hz.	TAK		
36.	Możliwość pracy sondami o świetle czerwonym i podczerwonym.	TAK		
37.	Możliwość pracy sondą impulsową o długości fali świetlnej ponad 900nm (moc impulsu min.50W).	TAK		
38.	Możliwość pracy sondą wielodiodową („prysznicową”) jednocześnie w zakresie światła czerwonego i podczerwonego.	TAK		
39.	Automatyczne wzajemne przeliczanie zależnych parametrów zabiegowych.	TAK		
40.	Funkcja pomiaru mocy sondy lasera.	TAK		
41.	Funkcja ustawiania powtórzeń emisji dawki energii.	TAK		
42.	Dedykowana sonda 400mW / 808nm (praca ciągła i impulsowa z regulacją mocy).	TAK		
43.	Okulary do laseroterapii dla pacjenta i terapeuty.	TAK		
44.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK		
WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA				
1.	Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.	Tak		
2.	Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku.	Tak		
3.	Okres gwarancji - minimum 24 miesiące , licząc od daty instalacji	Tak Podać- <i>kryterium</i>		
4.	Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h.	TAK Podać		



5.	Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy.	TAK	
6.	Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy.	max 3 dni robocze Podać w dniach	
7.	Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji.	Min 2	
8.	Serwis autoryzowany	TAK	
9.	Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax	Tak, podać	
10.	Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax.	TAK, podać	
11.	Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz ze szkoleniem personelu medycznego , na miejscu w SPZZOZ Wyszaków – potwierdzenie protokołem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji.	Tak	
12.	Certyfikaty i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa	TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów	

Uwaga: W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

Urządzenie do aktywnej terapii ręki w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Urządzenie do jednostronnej i dwustronnej rehabilitacji kończyny górnej.	TAK	
2.	Możliwość treningu ramienia objętego dysfunkcją, przy wsparciu zdrowej kończyny.	TAK	
3.	Oprogramowanie wykorzystujące rzeczywistość wirtualną opartą na czynnościach i zadaniach życia codziennego.	TAK	
4.	Możliwość monitoringu progresu pacjenta.	TAK	
5.	Możliwość dostosowania trudności zadań ruchowych.	TAK	
6.	Możliwość prowadzenia treningu dwustronnego.	TAK	
7.	ramiona współpracujące ze sobą, aby uzyskać wymagane wsparcie lub opór podczas ruchu.	TAK	
8.	Synchronizacja obu ramion pozwalająca na rozwój koordynacji obu kończyn.	TAK	
9.	Trening zawierający elementy aktywności życia codziennego.	TAK	



10.	Możliwość prowadzenia treningu jednostronnego.	TAK		
11.	Ćwiczenia mogą być wykonywane ze zminimalizowaniem oddziaływania siły grawitacji na kończynę uszkodzoną.	TAK		
12.	Pomiar zakresu ruchomości dla aktywnego i pasywnego ramienia.	TAK		
13.	Możliwość prowadzenia terapii nadgarstka z wykorzystaniem podparcia sferycznego.	TAK		
14.	Trening zawierający elementy aktywności życia codziennego.	TAK		
15.	Ruchy w każdym stawie mogą być dostosowywane indywidualnie.	TAK		
16.	Produkt zawiera podstawę podpierającą kończyny wykorzystywaną w terapii dwukończynowej.	TAK		
17.	Sensor w postaci kuli z wbudowanym czujnikiem siły oraz czujnikami położenia.	TAK		
18.	Na wyposażeniu systemu dodatkowe czujniki położenia i ruchu mocowane na ramieniu i przedramieniu za pomocą opasek rzepowych.	TAK		
19.	Oprogramowanie w języku polskim.	TAK		
20.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK		

WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA

1.	Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.	Tak		
2.	Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku.	Tak		
3.	Okres gwarancji - minimum 24 miesiące , licząc od daty instalacji.	Tak Podać- kryterium		
4.	Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h.	TAK Podać		
5.	Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy.	TAK		
6.	Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy.	max 3 dni robocze Podać w dniach		
7.	Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji.	Min 2		
8.	Serwis autoryzowany.	TAK		
9.	Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax	Tak, podać		
10.	Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax.	TAK, podać		
11.	Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz ze szkoleniem personelu medycznego , na miejscu w SPZZOZ Wyszaków – potwierdzenie protokołem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji.	Tak		



12.	Certyfikaty i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa .	TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów	
-----	--	--	--

Uwaga: W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

Aparat do elektroterapii w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Dwa obwody zabiegowe z niezależną regulacją natężenia prądu.	TAK	
2.	Możliwość wykonywania zabiegów prądami interferencyjnymi 2 i 4 elektrodowymi.	TAK	
3.	Możliwość wykonywania zabiegów prądami diadynamicznymi typu MF, DF, CP, LP, CPiso, LPiso, RS, MM z możliwością ustawiania sekwencji.	TAK	
4.	Możliwość wykonywania zabiegów prądami impulsowymi średniej częstotliwości o kształcie trójkąta, sinusoidy, trapezu i prostokąta.	TAK	
5.	Możliwość wykonywania zabiegów dwukanałowej stymulacji porażen spastycznych (tonoliza).	TAK	
6.	Możliwość wykonywania zabiegów prądami TENS i TENS BURST z opcją modulacji drażniącej.	TAK	
7.	Możliwość wykonywania zabiegów prądem Träberta (Ultra Reiz) .	TAK	
8.	Możliwość wykonywania zabiegów prądem HV (wysokonapięciowym).	TAK	
9.	Możliwość wykonywania zabiegów prądem Kotza.	TAK	
10.	Możliwość wykonywania zabiegów prądem faradycznym i neofaradycznym.	TAK	
11.	Możliwość wykonywania zabiegów prądem galwanicznym.	TAK	
12.	Możliwość wykonywania zabiegów elektrogimnastyki – cyklicznie przerywane aplikowanie różnych prądów z regulacją czasu trwania impulsów i czasu przerwy oraz kształtu obwiedni.	TAK	
13.	Funkcja elektrodiagnostyki.	TAK	



14.	Funkcja łagodnego narastania i opadania natężenia prądu.	TAK		
15.	Funkcja ochrony pacjenta przy zaniku zasilania.	TAK		
16.	Czas pracy ciągłej 24h.	TAK		
17.	Programy gotowe: min.100 pozycji +/- 5 pozycji.	TAK		
18.	Możliwość zapisania przez obsługę własnych parametrów zabiegu.	TAK		
19.	Licznik czasu i liczby zabiegów.	TAK		
20.	Możliwość indywidualnej regulacji parametrów zabiegów.	TAK		
21.	Dużych rozmiarów ekran ciekłokrystaliczny.	TAK		
22.	Dedykowana torba transportowa na aparat z akcesoriami.	TAK		
23.	Duży wybór prądów (w tym tonoliza, IF 4-elektrodowe, pełen zakres diadynamicznych, impulsowe - 4 rodzaje).	TAK		
24.	Ustawianie fali (elektroginastyka)	TAK		
25.	Funkcja modulacji drażniącej (stochastyczna zmiana, aby utrzymać skuteczność przy długim czasie terapii).	TAK		
26.	Łagodne zatrzymanie i przywracanie prądu.	TAK		
27.	Wybór prądów (w tym tonoliza, IF 4-elektrodowe, pełen zakres diadynamicznych, impulsowe - 4 rodzaje).	TAK		
28.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK		

WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA

1.	Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.	Tak		
2.	Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku.	Tak		
3.	Okres gwarancji - minimum 24 miesiące , licząc od daty instalacji.	Tak Podać- kryterium		
4.	Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h.	TAK Podać		
5.	Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy.	TAK		
6.	Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy.	max 3 dni robocze Podać w dniach		
7.	Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji.	Min 2		
8.	Serwis autoryzowany.	TAK		
9.	Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax	Tak, podać		



10.	Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax.	TAK, podać	
11.	Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz ze szkoleniem personelu medycznego , na miejscu w SPZZOZ Wyszaków – potwierdzenie protokołem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji.	Tak	
12.	Certyfikaty i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa .	TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów	

Uwaga: W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

Aparat do krioterapii w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Czynnik chłodzący: LN2 (ciekły azot).	TAK	
2.	Temperatura zimnego strumienia do -170 ° C.	TAK	
3.	Zasilanie pneumatyczne.	TAK	
4.	Wskaźnik poziomu gazu w zbiorniku.	TAK	
5.	5 poziomów regulacji natężenia przepływu strumienia.	TAK	
6.	Czasomierz/khronometr	TAK	
7.	Kolorowy ekran dotykowy LCD o przekątnej 6 cali +/- 0,5 cala.	TAK	
8.	Zasilanie: 220 V.	TAK	
9.	W zestawie 2 butle o poj. 35 litrów.	TAK	
10.	Aparat wyposażony w mobilną obudowę butli o pojemności 35 litrów oraz panel z ekranem LCD .	TAK	
11.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK	
WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA			
1.	Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.	Tak	
2.	Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku.	Tak	
3.	Okres gwarancji - minimum 24 miesiące , licząc od daty instalacji.	Tak Podać- kryterium	
4.	Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h.	TAK Podać	
5.	Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy.	TAK	

6.	Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy.	max 3 dni robocze Podać w dniach		
7.	Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji.	Min 2		
8.	Serwis autoryzowany.	TAK		
9.	Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax	Tak, podać		
10.	Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax.	TAK, podać		
11.	Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz ze szkoleniem personelu medycznego, na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokołem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji.	Tak		
12.	Certyfikaty i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa .	TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów		

Uwaga: W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

Lampa Solux w ilości 1 sztuki:

Nazwa urządzenia /model:.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:.....

Rok produkcji: 2018

Lp.	OPIS	WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Promiennik IR-1 375 W.	TAK	
2.	Chłodzenie: wymuszone.	TAK	
3.	Płynna regulacja mocy naświetlania .	TAK	
4.	Automatyczne odmierzenie czasu naświetlania: 10, 15, 20, 25 min.	TAK	
5.	Gęstość mocy promieniowania $\geq 3 \text{ W/cm}^2$.	TAK	
6.	Wymiary: 155 x 42 x 16 cm +/- 2 cm.	TAK	
7.	Waga: 10 kg +/- 0,5 kg.	TAK	
8.	Wyposażenie: okulary ochronne pacjenta, okulary ochronne operatora, filtr czerwony, filtra niebieski, siatka zabezpieczająca.	TAK	
9.	Instrukcja obsługi w języku polskim.	TAK	
WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA			
1.	Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.	Tak	
2.	Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku.	Tak	



3.	Okres gwarancji - minimum 24 miesiące , licząc od daty instalacji.	Tak Podać- kryterium	
4.	Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h.	TAK Podać	
5.	Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy.	TAK	
6.	Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy.	max 3 dni robocze Podać w dniach	
7.	Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji.	Min 2	
8.	Serwis autoryzowany.	TAK	
9.	Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax	Tak, podać	
10.	Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax.	TAK, podać	
11.	Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz ze szkoleniem personelu medycznego , na miejscu w SPZZOZ Wyszaków – potwierdzenie protokołem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji.	Tak	
12.	Certyfikaty i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa .	TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów	

Uwaga: W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

.....
miejscowość, data

.....
podpisy osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do
występowania w obrocie prawnym
lub posiadających pełnomocnictwo

FORMULARZ OFERTY

.....

pieczęć oferenta

e-mail:

REGON:

NIP:

CEIDG/KRS:

Oferta

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wyszkowie,
ul. Komisji Edukacji Narodowej 1
07 – 200 Wyszków

Przystępując do udziału w postępowaniu w przetargu nieograniczonym w przedmiocie:

**Dostawa sprzętu medycznego do SPZZOZ w Wyszkowie i NZOZ POZ w Rząśniku
nr procedury: DEZ/Z/341/ZP- 35/2018**

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami SIWZ szczegółowo opisanego w załączniku nr 2- opis przedmiotu zamówienia:

- a) **pakiet nr 1:** sprzęt medyczny dla potrzeb **Poradni Okulistycznej** za łączną kwotę brutto zł słownie: zł.

- oferujemy dla sprzętu wymienionego w **pakiecie nr 1** **okres gwarancji** miesięcy, zgodnie z pkt. XIV SIWZ.

przy czym poniżej przedstawiamy ceny jednostkowe poszczególnego sprzętu medycznego wchodzącego w skład **pakietu nr 1:**

Lp.	Nazwa sprzętu	Ilość szt.	Cena jedn. netto PLN	Wartość zamówienia netto PLN	Stawka VAT %	Wartość zamówienia brutto PLN
1.	Autorefraktometr dla dzieci	1				
2.	USG okulistyczne	1				
3.	Kaseta okularowa	1				
RAZEM						

- b) **pakiet nr 2:** sprzęt medyczny dla potrzeb **Poradni Otolaryngologicznej** za łączną kwotę brutto zł słownie: zł.

- oferujemy dla sprzętu wymienionego w **pakiecie nr 2** **okres gwarancji** miesięcy, zgodnie z pkt. XIV SIWZ.

przy czym poniżej przedstawiamy ceny jednostkowe poszczególnego sprzętu medycznego wchodzącego w skład **pakietu nr 2:**

Lp.	Nazwa sprzętu	Ilość szt.	Cena jedn. netto PLN	Wartość zamówienia netto PLN	Stawka VAT %	Wartość zamówienia brutto PLN
1.	Fiberoskop do oceny trzeciego migdałka	1				

2.	Fotel laryngologiczny	1				
3.	Mikroskop laryngologiczny	1				
RAZEM						

c) **pakiet nr 3:** sprzęt medyczny dla potrzeb **Poradni Ortopedycznej (Poradnia Chirurgii Urazowo- Ortopedycznej)** za łączną kwotę bruttozł słownie: zł.

- oferujemy dla sprzętu wymienionego w **pakiecie nr 3** **okres gwarancji** miesięcy, zgodnie z pkt. XIV SIWZ.

przy czym poniżej przedstawiamy ceny jednostkowe poszczególnego sprzętu medycznego wchodzącego w skład **pakietu nr 3:**

Lp.	Nazwa sprzętu	Ilość szt.	Cena jedn. netto PLN	Wartość zamówienia netto PLN	Stawka VAT %	Wartość zamówienia brutto PLN
1.	Rtg przenośne	1				
RAZEM						

d) **pakiet nr 4:** sprzęt medyczny dla potrzeb **Poradni Chirurgicznej (Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej), Pracowni Endoskopii, Poradni Ginekologiczno- Położniczej, Poradni Reumatologicznej, Poradni Zdrowia Psychicznego** za łączną kwotę brutto zł słownie: zł.

- oferujemy dla sprzętu wymienionego w **pakiecie nr 4** **okres gwarancji** miesięcy, zgodnie z pkt. XIV SIWZ.

przy czym poniżej przedstawiamy ceny jednostkowe poszczególnego sprzętu medycznego wchodzącego w skład **pakietu nr 4:**

Lp.	Nazwa sprzętu	Ilość szt.	Cena jedn. netto PLN	Wartość zamówienia netto PLN	Stawka VAT %	Wartość zamówienia brutto PLN
1.	Laser do usuwania znamion	1				
2.	Rektoskop	1				
3.	Diatermia	1				
4.	Piła do zdejmowania gipsu	1				
5.	Wiertarka	1				
6.	Lampa zabiegowa	1				
7.	USG	1				
8.	Kolonoskop	2				
9.	Gastroskop	2				
10.	Monitor do toru wizyjnego	1				
11.	Procesor	1				
12.	Łóżko zabiegowe z wagą	1				



13.	Aparat do krioagulacji	1				
14.	KTG z przystawką do ciąży bliźniaczej i z dwiema analizami	1				
15.	USG	1				
16.	Fotel ginekologiczny z leżanką	1				
17.	Detektor tętna płodu	1				
18.	Densytometr	1				
19.	Aparat EEG	1				
RAZEM						

e) **pakiet nr 5:** sprzęt medyczny dla potrzeb NPL (Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej), Poradni Kardiologicznej, Poradni Pulmonologicznej, Poradni Diabetologicznej, Poradni Neonatologicznej, POZ za łączną kwotę bruttozł słownie: zł.

- oferujemy dla sprzętu wymienionego w pakiecie nr 5 **okres gwarancji** miesięcy, zgodnie z pkt. XIV SIWZ.

przy czym poniżej przedstawiamy ceny jednostkowe poszczególnego sprzętu medycznego wchodzącego w skład pakietu nr 5:

Lp.	Nazwa sprzętu	Ilość szt.	Cena jedn. netto PLN	Wartość zamówienia netto PLN	Stawka VAT %	Wartość zamówienia brutto PLN
1.	Aparat EKG	1				
2.	Waga medyczna ze wzrostomierzem	1				
3.	Rejestrator EKG	2				
4.	Rejestrator RR	4				
5.	EKG	1				
6.	Spirometr	1				
7.	Ssak elektryczny	1				
8.	Aparat EKG z podłączeniem	1				
9.	Promiennik podczerwieni (ogrzewacz stanowiska noworodka)	1				
10.	Waga niemowlęca	1				
11.	Pulsoksymetr	1				
12.	Elektrokardiograf	1				
13.	Waga medyczna	1				
14.	Zestaw diagnostyczny ścienny	1				
15.	Lampa bezcieniowa	1				

	RAZEM		
--	-------	--	--

- f) **pakiet nr 6:** sprzęt medyczny dla potrzeb Zakładu Rehabilitacji (ul. KEN 1) Pracowni Fizjoterapii i Rehabilitacji Nr 1 i Zakładu Rehabilitacji (ul. 1 maja) Pracowni Fizjoterapii i Rehabilitacji Nr 2 za łączną kwotę bruttozł słownie:zł.
- oferujemy dla sprzętu wymienionego w pakiecie nr 6 **okres gwarancji** miesięcy, zgodnie z pkt. XIV SIWZ.

przy czym poniżej przedstawiamy ceny jednostkowe poszczególnego sprzętu medycznego wchodzącego w skład pakietu nr 6:

Lp.	Nazwa sprzętu	Ilość szt.	Cena jedn. netto PLN	Wartość zamówienia netto PLN	Stawka VAT %	Wartość zamówienia brutto PLN
1.	Urządzenie do rehabilitacji ćwiczeń ruchowych i poznawczych	1				
2.	Stół do masażu	1				
3.	Cykloergometr	1				
4.	Laser	1				
5.	Urządzenie do aktywnej terapii ręki	1				
6.	Aparat do elektroterapii	1				
7.	Aparat do krioterapii	1				
8.	Lampa Solux	1				
RAZEM						

- Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego, w tym podatek od towarów i usług (VAT) a oferta nie stanowi czynu nieuczciwej konkurencji, zgodnie z art. 89 ust. 1 pkt 3 ustawy prawo zamówień publicznych z dnia 29 stycznia 2004 roku (tj. Dz. U. z 2018, poz. 1986) i art. 5 – 17 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tj. Dz. U. z 2018, poz.419).
- Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia i nie wnosimy do niej żadnych zastrzeżeń.
- Oświadczamy, że akceptujemy wskazany w SIWZ czas związania ofertą, tj. 60 dni.
- Oświadczamy, że całość zamówienia zrealizowana zostanie:
 - bez udziału podwykonawcy/ów*
 - z udziałem podwykonawcy/ów, któremu/ym zostanie powierzona część zamówienia w zakresie (należy podać dokładny opis części zamówienia którą Wykonawca zamierza wykonać przy pomocy podwykonawcy/ców).*
- * właściwy punkt należy zakreślić a w pozostałym zapisać nie dotyczy.
- Oświadczamy, że należymy/ nie należymy* do grupy małych i średnich przedsiębiorstw.
*niepotrzebne/niewłaściwe skreślić.
- Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 **RODO** wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.



Fundusze
Europejskie
Program Regionalny

Mazowsze.
serce Polski

Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



8. Oferowane wyroby muszą być wykonane i dopuszczone do obrotu oraz stosowania w służbie zdrowia zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 roku o wyrobach medycznych (tj. Dz. U z 2017 r., poz.211 ze zm.) i innymi obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie.
9. **Termin dostawy** maksymalnie 8 tygodni od daty podpisania umowy.
10. **Termin płatności** 30 dni od daty doręczenia faktury Zamawiającemu.
11. Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczam, że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień otwarcia ofert (art. 233 k.k.).
12. Załącznikami do niniejszej oferty są:

.....

.....

.....

.....

.....

.....,dn.

.....
podpisy osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do
występowania w obrocie prawnym lub
posiadających pełnomocnictwo

