

Załącznik nr 4 do SWZ – Zestawienie asortymentowo – ilościowe i parametry wymagane

**UWAGA!**

Zamawiający informuje, że parametry określone jako „TAK” są parametrami wymaganymi. Niespełnienie nawet jednego z wymaganych parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak informacji o parametrze oferowanym w tabeli traktowane będzie jako brak parametru w oferowanej aparaturze /sprzęcie medycznym.

.....  
Nazwa i adres Wykonawcy

***Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę aparatury i sprzętu medycznego dla Szpitala Wojewódzkiego im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży, projekt pn. „Wsparcie podmiotów leczniczych realizujących świadczenia z zakresu rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19 na terenie województwa podlaskiego”***

**znak sprawy: ZT-SZP-226/01/ 48 /2022**

**OFERUJEMY:**

**PAKIET 1**

NAZWA	Ilość szt.	Cena jednostkowa netto (PLN)	Wartość netto (PLN)	Podatek VAT (%)	Wartość brutto (PLN)	Oferowany model, nazwa oraz producent rok produkcji
Urządzenie do pasywnego i aktywnego treningu kończyn górnych i dolnych	4					

**PAKIET 1 – miejsce montażu i uruchomienia:**

1 szt- Poradnia Rehabilitacji;

1 szt - Ośrodek Rehabilitacji Diennej;

1 szt - Oddział Rehabilitacji Neurologicznej;

1 szt- Oddział Rehabilitacji

**PAKIET 2**

NAZWA	Ilość szt.	Cena jednostkowa netto (PLN)	Wartość netto (PLN)	Podatek VAT (%)	Wartość brutto (PLN)	Oferowany model, nazwa oraz producent rok produkcji
Urządzenie wielofunkcyjne do elektrolecznictwa wraz z m.in. ultradźwiękami	2					

**PAKIET 2 – miejsce montażu i uruchomienia:**

1 szt - Poradnia Rehabilitacji;

1 szt – Oddział Rehabilitacji;

**PAKIET 3**

NAZWA	Ilość szt.	Cena jednostkowa	Wartość netto (PLN)	Podatek VAT (%)	Wartość brutto (PLN)	Oferowany model, nazwa
-------	------------	------------------	---------------------	-----------------	----------------------	------------------------

		a netto (PLN)				oraz producent rok produkcji
Urządzenie wielofunkcyjne do elektrolecznictwa wraz z m.in. laserem i ultradźwiękami	2					

**PAKIET 3 - miejsce montażu i uruchomienia:**

1 szt - Poradnia Rehabilitacji;

1 szt – Oddział Rehabilitacji Diennej

**PAKIET 4**

NAZWA	Ilość szt.	Cena jednostkowa netto (PLN)	Wartość netto (PLN)	Podatek VAT (%)	Wartość brutto (PLN)	Oferowany model, nazwa oraz producent rok produkcji
Aparat do krioterapii z dodatkowym zbiornikiem	1					

**PAKIET 4 - miejsce montażu i uruchomienia:**

1 szt – Poradnia Rehabilitacji

**PAKIET 5**

NAZWA	Ilość szt.	Cena jednostkowa netto (PLN)	Wartość netto (PLN)	Podatek VAT (%)	Wartość brutto (PLN)	Oferowany model, nazwa oraz producent rok produkcji
System do ćwiczeń manualnych ręki - wielostanowiskowy	2					

**PAKIET 5 - miejsce montażu i uruchomienia:**

1 szt -Poradnia Rehabilitacji;

1 szt – Oddział Rehabilitacji Diennej

**PAKIET 6**

NAZWA	Ilość szt.	Cena jednostkowa netto (PLN)	Wartość netto (PLN)	Podatek VAT (%)	Wartość brutto (PLN)	Oferowany model, nazwa oraz producent rok produkcji
Wanna do hydroterapii (kończyn górnych)	1					

**PAKIET 6 – miejsce montażu i uruchomienia:**

1 szt – Poradnia Rehabilitacji

**PAKIET 7**

NAZWA	Ilość szt.	Cena jednostkowa netto (PLN)	Wartość netto (PLN)	Podatek VAT (%)	Wartość brutto (PLN)	Oferowany model, nazwa oraz producent rok produkcji
Wanna do hydroterapii (kończyn dolnych)	1					

**PAKIET 7 – miejsce montażu i uruchomienia:**

1 szt – Poradnia Rehabilitacji

**PAKIET 8**

NAZWA	Ilość szt.	Cena jednostkowa netto (PLN)	Wartość netto (PLN)	Podatek VAT (%)	Wartość brutto (PLN)	Oferowany model, nazwa oraz producent rok produkcji
Wanna do hydroterapii (masażu całościowego)	1					

**PAKIET 8 - miejsce montażu i uruchomienia:**

1 szt – Poradnia Rehabilitacji

**PAKIET 9**

NAZWA	Ilość szt.	Cena jednostkowa netto (PLN)	Wartość netto (PLN)	Podatek VAT (%)	Wartość brutto (PLN)	Oferowany model, nazwa oraz producent rok produkcji
Stół do terapii manualnej	4					

**PAKIET 9 – miejsce montażu i uruchomienia:**

2 szt - Poradnia Rehabilitacji;

1 szt – Oddział Rehabilitacji Diennej;

1 szt - Oddział Rehabilitacji

**PAKIET 10**

NAZWA	Ilość szt.	Cena jednostkowa netto (PLN)	Wartość netto (PLN)	Podatek VAT (%)	Wartość brutto (PLN)	Oferowany model, nazwa oraz producent rok produkcji
Aparat do magnetoterapii niskiej częstotliwości	2					

**PAKIET 10 – miejsce montażu i uruchomienia:**

1 szt - Poradnia Rehabilitacji;

1 szt – Oddział Rehabilitacji Diennej

**PAKIET 11**

NAZWA	Ilość szt.	Cena jednostkowa netto (PLN)	Wartość netto (PLN)	Podatek VAT (%)	Wartość brutto (PLN)	Oferowany model, nazwa oraz producent rok produkcji
Aparat do magnetoterapii wysokiej częstotliwości	2					

**PAKIET 11 – miejsce montażu i uruchomienia:**

1 szt - Poradnia Rehabilitacji;

1 szt – Oddział Rehabilitacji Diennej

**o następujących parametrach:**

**PAKIET 1 - Urządzenie do pasywnego i aktywnego treningu kończyn górnych i dolnych**

Lp.	Opis parametru	Parametr wymagany	Opis parametru oferowanego (należy podać)
1.	Urządzenie do pasywnego i aktywnego treningu kończyn górnych i dolnych	TAK	

2.	Rotor elektryczny kończyn górnych i dolnych z funkcją biofeedbacku	TAK	
3.	Możliwość treningu pasywnego, aktywnego, wspomagającego	TAK	
4.	Możliwość prowadzenia treningu ze zmianą jego kierunku ( pasywnego, aktywnego, wspomagającego)	TAK	
5.	Możliwość prowadzenia treningu z wózka inwalidzkiego oraz z siedziska	TAK	
6.	System do rozluźniania spastyczności (automatyczna zmiana kierunku pedałowania)	TAK	
7.	Kolorowy, dotykowy monitor z możliwością pochylenia ekranu	TAK	
8.	Przekątna ekranu monitora – min 7”	TAK - 7” – 0 pkt. - największy 10pkt., - pozostałe proporcjonalnie	
9.	Menu urządzenia w języku polskim	TAK	
10.	Funkcja kontroli kończyn w trakcie treningu określająca aktywność lewej i prawej strony ciała	TAK	
11.	Kontrola prędkości i oporu dostosowana do możliwości pacjenta	TAK	
12.	Wyświetlanie minimum 4 parametrów: prędkość, czas, kierunek obrotów, obciążenie	TAK	
13.	Wbudowany pakiet gier motywacyjnych z funkcją biofeedbacku	TAK	



14.	Analiza wyników treningu: czas trwania, dystans, wskaźnik aktywności lewej i prawej strony ciała, spastyczność	TAK	
15.	Wytrzymała, stabilna konstrukcja	TAK	
16.	Regulacja wysokości urządzenia umożliwiająca dostosowanie do indywidualnych potrzeb pacjenta	TAK	
17.	Możliwość regulowania pozycji pedałów	TAK	
18.	Przymocowana do pedałów stabilizacja podudzia(stabilne prowadnice do podudzi) z opaskami mocującymi	TAK	
19.	Zapassowe komplety opasek mocujących (2 kpl po 4 szt.)	TAK	
20.	Stabilne uchwyty kończyn górnych	TAK	
21.	Dodatkowe ergonomiczne uchwyty/podpórki mocowane do uchwytów kończyn górnych umożliwiające stabilizację ręki pacjenta podczas treningu	TAK	
22.	Opaski umożliwiające bezpieczne przymocowanie rąk pacjenta - 4szt.	TAK	
23.	System mocowania wózka inwalidzkiego lub krzesła do urządzenia – dla bezpieczeństwa i stabilności pacjenta	TAK	
24.	Wbudowane kółka transportowe	TAK	
25.	Moc silnika 240W	TAK	
26.	Możliwość dezynfekcji urządzenia środkami dezynfekcyjnymi ogólnodostępnymi stosowanymi w obszarze medycznym	TAK	
<b>GWARANCJA, SERWIS GWARANCYJNY i POGWARANCYJNY</b>			

27	Wraz z dostawą aparatury i sprzętu medycznego Wykonawca prześle zamawiającemu: Paszport techniczny, instrukcję obsługi, certyfikaty – w j. Polskim, certyfikat o autoryzacji serwisowej, oświadczenie producenta lub wykonawcy o częstotliwości przeglądów w okresie gwarancji oraz po okresie gwarancji, inne dokumenty i oświadczenia wymagane przepisami prawa (wpis do rejestrów, deklaracje zgodności, certyfikat CE)	TAK	
28	Gwarancja min. 36 miesięcy	TAK	
29	<b>Czas reakcji: przyjęcie zgłoszenia - podjęcie naprawy:</b>		
	- w okresie gwarancji:	<b>24 godziny</b> w dni robocze, tj. od pn - pt , z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy,	
	- po okresie gwarancji:	<b>48 godzin</b> w dni robocze, tj. od pn - pt , z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.	
30	<b>Maksymalny czas niezbędny na usunięcie awarii od czasu lokalizacji uszkodzenia:</b>		

	- w okresie gwarancji bez użycia części	1 dzień	
	- w okresie gwarancji z użyciem części	3 dni	
	- po okresie gwarancji	7 dni	
31	Liczba dni przestoju urządzenia przedłużająca termin gwarancji.	5 dni roboczych od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy	
32	Maksymalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy w okresie gwarancji.	3	
33	Wstawienie urządzenia zastępczego na czas naprawy warsztatowej w serwisie, na koszt Wykonawcy.	TAK	
34	<b>Okres gwarancji:</b>		
	Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po naprawach <b>w okresie gwarancji.</b>	cały okres gwarancji,	
	Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po naprawach <b>w okresie gwarancji</b>	w przypadku gdy część zamienna zostanie wymieniona w ostatnim	

		półroczu trwania gwarancji, długość gwarancji na wymienioną część nie może być krótsza niż 6 m-cy.	
	Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po naprawach <b>po terminie gwarancji.</b>	<b>min. 6 m-cy, podać</b>	
35	Częstotliwość wykonywanych przeglądów w siedzibie Zamawiającego w <b>okresie gwarancji</b> (przeglądy w okresie gwarancji bez opłat (bezkosztowe) dla Zamawiającego)	<b>1 x w roku lub</b> zgodnie z zaleceniami producenta	
	Częstotliwość wykonywanych przeglądów w siedzibie Zamawiającego <b>po okresie gwarancji</b>	<b>Podać</b> zgodnie z zaleceniami producenta	
36	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny;	<b>TAK</b>	
	Ilość punktów serwisowych, ich siedziba, ilość pracowników, sposób kontaktu (tel, fax, e-mail)	<b>Podać</b>	

37	<b>Szkolenie personelu</b> medycznego w zakresie obsługi, <b>potwierdzone certyfikatem</b>	<b>TAK</b>	
38	<b>Szkolenia personelu</b> technicznego w zakresie konserwacji i napraw <b>potwierdzone certyfikatem</b>	<b>TAK</b>	
39	<b>Wraz z dostawą</b> aparatury i sprzętu medycznego Wykonawca przekaze Zamawiającemu:  - Licencje na oprogramowanie, - Paszport techniczny, - Instrukcje obsługi, certyfikaty - w języku polskim/dopuszczone na nośniku elektronicznym, - Certyfikat o autoryzacji serwisowej, - Oświadczenie producenta (lub oświadczenie Wykonawcy) o częstotliwości przeglądów w okresie gwarancji oraz po okresie gwarancji - Inne dokumenty i oświadczenia wymagane przepisami prawa.	<b>TAK</b>	

**PAKIET 2 - Urządzenie wielofunkcyjne do elektrolecznictwa wraz z m.in. ultradźwiękami**

Lp.	Opis parametru	Parametr wymagany	Opis parametru oferowanego (należy podać)
1	Urządzenie wielofunkcyjne do elektrolecznictwa wraz z ultradźwiękami	TAK	
2	Dwa w pełni niezależne obwody zabiegowe	TAK	
3	Tryb pracy CC lub CV	TAK	
4	Ustawianie fal różnego typu (elektrogimnastyki)	TAK	
5	Funkcja testowania elektrod	TAK	
6	Funkcja półautomatycznej elektrodiagnostyki (wyznaczanie krzywej i/t, automatyczne wyliczanie wartości współczynników),	TAK	
7	Wykrywanie przerwy w obwodzie zabiegowym	TAK	
8	Wybór dostępnych prądów: <b>prądy interferencyjne:</b> statyczne (klasyczne), dynamiczne, izoplanarne, wektorowe	TAK	

<p>dipolowe, 2-przewodowe (premodulowane) oraz przerywane</p> <p><b>prądy diadynamiczne</b> wg Bernarda typu DF, MF, RS, MM, CP, LP, CPiso, LPiso (z ustawianiem sekwencji)</p> <p><b>stymulacja</b> porażień (prądy średniej częstotliwości, modulowane w kształcie trójkąta, prostokąta, trapezu i sinusoidy – każdy unipolarny i bipolarny)</p> <p>stymulacja porażień spastycznych w systemie dwukanałowym (<b>tonoliza</b>)</p> <p>stymulacja <b>TENS</b>, również tzw. modulacja drażniąca</p> <p>stymulacja <b>TENS BURST</b> (wybuchowy)</p> <p>stymulacja <b>HV</b> (wysokonapięciowa)</p> <p>stymulacja wg <b>Kotz'a</b> (rosyjska stymulacja)</p> <p>.prąd <b>Träberta</b> (UR) (2-5)</p> <p><b>mikroprądy</b></p> <p>tryb <b>CC</b> lub <b>CV</b></p> <p>prądy <b>faradyczne</b> i <b>neofaradyczne</b></p> <p><b>elektrogimnastyka</b> z szeroką regulacją</p>		
---	--	--

	<p><b>jonoforeza</b></p> <p><b>galwanizacja</b></p>		
9	moc impulsowa w szczycie 3W/cm <sup>2</sup>	TAK	
10	częstotliwość ultradźwięków 1MHz lub 3,3MHz	TAK	
11	częstotliwość impulsów 10-150Hz	TAK	
12	wypełnienie impulsów płynnie 5 – 100%,	TAK	
13	moc ciągła 2,5W/cm <sup>2</sup>	TAK	
14	Sterownik -1szt	TAK	
15	Głowica ultradźwiękowa 5cm <sup>2</sup> – 1 szt	TAK	
<b>GWARANCJA, SERWIS GWARANCYJNY i POGWARANCYJNY</b>			
16	Wraz z dostawą aparatury i sprzętu medycznego Wykonawca przekaże zamawiającemu: Paszport techniczny, instrukcję obsługi, certyfikaty – w j. Polskim, certyfikat o autoryzacji serwisowej, oświadczenie producenta lub wykonawcy o częstotliwości przeglądów w okresie gwarancji oraz po okresie gwarancji, inne dokumenty i oświadczenia wymagane przepisami prawa (wpis do rejestrów, deklaracje zgodności, certyfikat CE)	TAK	
17	Gwarancja min. 36 miesięcy	TAK	
18	<b>Czas reakcji: przyjęcie zgłoszenia - podjęcie naprawy:</b>		



	- w okresie gwarancji:	<b>24 godziny</b> w dni robocze, tj. od pn - pt , z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy,	
	- po okresie gwarancji:	<b>48 godzin</b> w dni robocze, tj. od pn - pt , z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.	
19	<b>Maksymalny czas niezbędny na usunięcie awarii od czasu lokalizacji uszkodzenia:</b>		
	- w okresie gwarancji bez użycia części	<b>1 dzień</b>	
	- w okresie gwarancji z użyciem części	<b>3 dni</b>	
	- po okresie gwarancji	<b>7 dni</b>	

20	Liczba dni przestoju urządzenia przedłużająca termin gwarancji.	5 dni roboczych od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy	
21	Maksymalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy w okresie gwarancji.	3	
22	Wstawienie urządzenia zastępczego na czas naprawy warsztatowej w serwisie, na koszt Wykonawcy.	TAK	
23	<b>Okres gwarancji:</b>		
	Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po naprawach <b>w okresie gwarancji.</b>	cały okres gwarancji,	
	Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po naprawach <b>w okresie gwarancji</b>	w przypadku gdy część zamienna zostanie wymieniona w ostatnim półroczu trwania gwarancji, długość gwarancji na wymienioną część nie może być krótsza <b>niż 6 m-cy.</b>	

	Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po naprawach <b>po terminie gwarancji.</b>	<b>min. 6 m-cy, podać</b>	
24	Częstotliwość wykonywanych przeglądów w siedzibie Zamawiającego w <b>okresie gwarancji</b> (przeglądy w okresie gwarancji bez opłat (bezkosztowe) dla Zamawiającego)	<b>1 x w roku lub</b> zgodnie z zaleceniami producenta	
	Częstotliwość wykonywanych przeglądów w siedzibie Zamawiającego <b>po okresie gwarancji</b>	<b>Podać</b> zgodnie z zaleceniami producenta	
25	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny;	<b>TAK</b>	
	Ilość punktów serwisowych, ich siedziba, ilość pracowników, sposób kontaktu (tel, fax, e-mail)	<b>Podać</b>	
26	<b>Szkolenie personelu</b> medycznego w zakresie obsługi, <b>potwierdzone certyfikatem</b>	<b>TAK</b>	

27	<b>Szkolenia personelu</b> technicznego w zakresie konserwacji i napraw <b>potwierdzone certyfikatem</b>	TAK	
28	<b>Wraz z dostawą</b> aparatury i sprzętu medycznego Wykonawca przekaże Zamawiającemu:  - Licencje na oprogramowanie, - Paszport techniczny, - Instrukcje obsługi, certyfikaty - w języku polskim/dopuszczone na nośniku elektronicznym, - Certyfikat o autoryzacji serwisowej, - Oświadczenie producenta (lub oświadczenie Wykonawcy) o częstotliwości przeglądów w okresie gwarancji oraz po okresie gwarancji - Inne dokumenty i oświadczenia wymagane przepisami prawa.	TAK	

**PAKIET 3 - Urządzenie wielofunkcyjne do elektrolecznictwa wraz z m.in. laserem i ultradźwiękami**

Lp.	Opis parametru	Parametr wymagany	Opis parametru oferowanego (należy podać)
1	Urządzenie wielofunkcyjne do elektrolecznictwa wraz z m.in. laserem i ultradźwiękami	TAK	

2	<p>Minimalne wyposażenie urządzenia:</p> <p>przewód sieciowy 1 szt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kable pacjenta 2 szt.</li> <li>- elektrody do elektroterapii - 6 x 6 cm 4 szt.; 7,5 x 9 cm 2 szt.</li> <li>- pokrowce wiskozowe do elektrod - 6 x 6 cm 8 szt.; 7,5 x 9 cm 4 szt.</li> <li>- pasy rzepowe - 40 x 10 cm 2 szt.; 100 x 10 cm 2 szt.</li> <li>- żel do ultradźwięków 500 g 1 szt.</li> <li>- etykiety ostrzegawcze do laseroterapii 1 kpl.</li> <li>- wtyk blokady drzwi DOOR 1 szt.</li> <li>- rysik pojemnościowy do ekranu LCD 1 szt.</li> <li>- ścierka do ekranu LCD 1 szt.</li> <li>- nakładki maskujące z wycięciem 2 szt.</li> <li>- nakładki maskujące pełne 2 szt.</li> <li>- akumulator 1 szt.</li> <li>bezpieczniki zapas. WTA-T 1 A/ 250 V 2 szt.</li> </ul>	TAK	
3	3 niezależne kanały terapeutyczne	TAK	
4	Minimum 200 programów zabiegowych	<p>TAK</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 200 programów zabiegowych – 0 pkt.</li> <li>- najwięcej -10pkt.,</li> <li>- pozostałe proporcjonalnie</li> </ul>	

5	Minimum 30 sekwencji do elektroterapii	TAK - 30 sekwencji – 0 pkt. - najwięcej -10pkt., - pozostałe proporcjonalnie	
6	Możliwość zapisywania własnych programów zabiegowych	TAK	
7	Bateria minimum ~8h ciągłego użytkowania	TAK	
8	Min 6" kolorowy wyświetlacz z panelem dotykowym	TAK - 6" – 0 pkt. - największy 10 pkt., - pozostałe proporcjonalnie	
9	Regulacja natężenia w obwodzie pacjenta jednocześnie dla obu kanałów lub osobno	TAK	
10	Test elektrod	TAK	
11	Jednostki chorobowe wybierane po nazwie lub dziedzinie	TAK	
12	Baza wbudowanych programów zabiegowych	TAK	
13	Baza wbudowanych sekwencji zabiegowych	TAK	
14	Baza programów użytkownika	TAK	
15	Baza sekwencji użytkownika	TAK	
16	Możliwość edycji nazw programów i sekwencji użytkownika	TAK	
17	Encyklopedia z opisem metodyki zabiegu	TAK	

18	<p>Sterownik – maks. Natężenie prądu w obwodzie pacjenta (tryb CC):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– galwaniczne: 40 mA</li> <li>– diadynamiczne, impulsowe: 60 mA</li> <li>– interferencyjne, Kotza, unipolarne falujące: 60 mA</li> <li>– TENS: 140 mA,</li> <li>– tonoliza: 100 mA</li> <li>mikroprądy: 1000 <math>\mu</math>A</li> </ul>	TAK	
19	<ul style="list-style-type: none"> <li>- maks. amplituda napięcia w obwodzie pacjenta (tryb CV) 140 V.</li> <li>- zegar zabiegowy - elektroterapia 30 s - 60 minut</li> <li>- częstotliwość pracy 1 i 3,5 MHz</li> <li>- efektywna powierzchnia promieniowania 1 cm<sup>2</sup>, 4 cm<sup>2</sup></li> <li>- maksymalne natężenie fali ultradźwiękowej 2/3/cm<sup>2</sup></li> <li>- częstotliwość w trybie pulsacyjnym 16 Hz, 48 Hz, 100 Hz</li> <li>- wypełnienie w trybie pulsacyjnym 5 - 75 %, krok 5 %</li> <li>- klasa urządzenia laserowego 3B</li> <li>- zegar zabiegowy - laseroterapia 1 s – 100 minut</li> <li>- zegar zabiegowy - ultradźwięki 30 s – 30 minut</li> <li>- typ akumulatora Li - Ion</li> <li>- pojemność akumulatora 2250 mAh</li> </ul>	TAK	
20	Głowica ultradźwiękowa-min 3,5cm <sup>2</sup>	TAK	

21	Sonda IR 400mW/808nm	TAK	
22	Zasilanie, pobór mocy: 230V, 50/60Hz, max 75W, 90VA	TAK	
23	Maksymalne wymiary aparatu: 34 x 28 x 16 cm.	TAK	
24	Maksymalna waga urządzenia: 6 kg.	TAK	
<b>GWARANCJA, SERWIS GWARANCYJNY I POGWARANCYJNY</b>			
25	Wraz z dostawą aparatury i sprzętu medycznego Wykonawca przekaże zamawiającemu: Paszport techniczny, instrukcję obsługi, certyfikaty – w j. Polskim, certyfikat o autoryzacji serwisowej, oświadczenie producenta lub wykonawcy o częstotliwości przeglądów w okresie gwarancji oraz po okresie gwarancji, inne dokumenty i oświadczenia wymagane przepisami prawa (wpis do rejestrów, deklaracje zgodności, certyfikat CE)	TAK	
26	Gwarancja min. 36 miesięcy	TAK	
27	<b>Czas reakcji: przyjęcie zgłoszenia - podjęcie naprawy:</b>		
	- w okresie gwarancji:	<b>24 godziny</b> w dni robocze, tj. od pn - pt , z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy,	
	- po okresie gwarancji:	<b>48 godzin</b>	



		w dni robocze, tj. od pn - pt , z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.	
28	<b>Maksymalny czas niezbędny na usunięcie awarii od czasu lokalizacji uszkodzenia:</b>		
	- w okresie gwarancji bez użycia części	<b>1 dzień</b>	
	- w okresie gwarancji z użyciem części	<b>3 dni</b>	
	- po okresie gwarancji	<b>7 dni</b>	
29	Liczba dni przestoju urządzenia przedłużająca termin gwarancji.	<b>5 dni</b> roboczych od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy	
30	Maksymalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy w okresie gwarancji.	<b>3</b>	
31	Wstawienie urządzenia zastępczego na czas naprawy warsztatowej w serwisie, na koszt Wykonawcy.	<b>TAK</b>	
32	<b>Okres gwarancji:</b>		

	Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po naprawach <b>w okresie gwarancji.</b>	<b>cały okres gwarancji,</b>	
	Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po naprawach <b>w okresie gwarancji</b>	w przypadku gdy część zamienna zostanie wymieniona w ostatnim półroczu trwania gwarancji, długość gwarancji na wymienioną część nie może być krótsza <b>niż 6 m-cy.</b>	
	Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po naprawach <b>po terminie gwarancji.</b>	<b>min. 6 m-cy, podać</b>	
33	Częstotliwość wykonywanych przeglądów w siedzibie Zamawiającego w <b>okresie gwarancji</b> (przeglądy w okresie gwarancji bez opłat (bezkosztowe) dla Zamawiającego)	<b>1 x w roku lub</b> zgodnie z zaleceniami producenta	
	Częstotliwość wykonywanych przeglądów w siedzibie Zamawiającego <b>po okresie gwarancji</b>	<b>Podać</b> zgodnie z zaleceniami producenta	
34	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny;	<b>TAK</b>	

	Ilość punktów serwisowych, ich siedziba, ilość pracowników, sposób kontaktu (tel, fax, e-mail)	Podać	
35	<b>Szkolenie personelu</b> medycznego w zakresie obsługi, <b>potwierdzone certyfikatem</b>	TAK	
36	<b>Szkolenia personelu</b> technicznego w zakresie konserwacji i napraw <b>potwierdzone certyfikatem</b>	TAK	
37	<b>Wraz z dostawą</b> aparatury i sprzętu medycznego Wykonawca przekaże Zamawiającemu:  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Licencje na oprogramowanie,</li> <li>- Paszport techniczny,</li> <li>- Instrukcje obsługi, certyfikaty - w języku polskim/dopuszczone na nośniku elektronicznym,</li> <li>- Certyfikat o autoryzacji serwisowej,</li> <li>- Oświadczenie producenta (lub oświadczenie Wykonawcy) o częstotliwości przeglądów w okresie gwarancji oraz po okresie gwarancji</li> </ul>	TAK	

	- Inne dokumenty i oświadczenia wymagane przepisami prawa.		
--	--	--	--

**PAKIET 4 - Aparat do krioterapii z dodatkowym zbiornikiem**

Lp.	Opis parametru	Parametr wymagany	Opis parametru oferowanego ( <i>należy podać</i> )
1.	Aparat do krioterapii na ciekły azot	TAK	
2.	Objętość zbiornika – min. 31,5l (25,2kg)	TAK	
3.	Temperatura strumienia gazu min -160st. C( przy wylocie dyszy)	TAK	
4.	Minimalna Liczba stopni regulacji intensywności nadmuchu 4+ kriopunktura + 2 pulsacyjne	TAK	
5.	Zużycie ciekłego azotu 0,08 do 0,15 kg/min (praca ciągła)	TAK	
6.	Zasilanie 230V+/-10%	TAK	
7.	Częstotliwość 50Hz	TAK	
8.	Zapasowy zbiornik o objętości -31,5l (25,2kg)	TAK	
9.	Wózek jezdny do zbiornika	TAK	
<b>GWARANCJA, SERWIS GWARANCYJNY i POGWARANCYJNY</b>			

10.	Wraz z dostawą aparatury i sprzętu medycznego Wykonawca prześle zamawiającemu: Paszport techniczny, instrukcję obsługi, certyfikaty – w j. Polskim, certyfikat o autoryzacji serwisowej, oświadczenie producenta lub wykonawcy o częstotliwości przeglądów w okresie gwarancji oraz po okresie gwarancji, inne dokumenty i oświadczenia wymagane przepisami prawa (wpis do rejestrów, deklaracje zgodności, certyfikat CE)	TAK	
11.	Gwarancja min. 36 miesięcy	TAK	
12.	<b>Czas reakcji: przyjęcie zgłoszenia - podjęcie naprawy:</b>		
	- w okresie gwarancji:	<b>24 godziny</b> w dni robocze, tj. od pn - pt , z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy,	
	- po okresie gwarancji:	<b>48 godzin</b> w dni robocze, tj. od pn - pt , z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.	
	<b>Maksymalny czas niezbędny na usunięcie awarii od czasu lokalizacji uszkodzenia:</b>		

13.	- w okresie gwarancji bez użycia części	<b>1 dzień</b>	
	- w okresie gwarancji z użyciem części	<b>3 dni</b>	
	- po okresie gwarancji:	<b>7 dni</b>	
14.	Liczba dni przestoju urządzenia przedłużająca termin gwarancji.	<b>5 dni</b> roboczych od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy	
15.	Maksymalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy w okresie gwarancji.	<b>3</b>	
16.	Wstawienie urządzenia zastępczego na czas naprawy warsztatowej w serwisie, na koszt Wykonawcy.	<b>TAK</b>	
17.	<b>Okres gwarancji:</b>		
	Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po naprawach <b>w okresie gwarancji.</b>	<b>cały okres gwarancji,</b>	
	Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po naprawach <b>w okresie gwarancji</b>	w przypadku gdy część zamienna zostanie wymieniona w ostatnim półroczu trwania gwarancji, długość gwarancji na	

		wymienioną część nie może być krótsza <b>niż 6 m-cy</b> .	
	Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po naprawach <b>po terminie gwarancji</b> .	<b>min. 6 m-cy, podać</b>	
<b>18.</b>	Częstotliwość wykonywanych przeglądów w siedzibie Zamawiającego w <b>okresie gwarancji</b> (przeglądy w okresie gwarancji bez opłat (bezkosztowe) dla Zamawiającego)	<b>1 x w roku lub</b> zgodnie z zaleceniami producenta	
	Częstotliwość wykonywanych przeglądów w siedzibie Zamawiającego <b>po okresie gwarancji</b>	<b>Podać</b> zgodnie z zaleceniami producenta	
<b>19.</b>	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny;	<b>TAK</b>	
	Ilość punktów serwisowych, ich siedziba, ilość pracowników, sposób kontaktu (tel, fax, e-mail)	<b>Podać</b>	

20.	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi, <b>potwierdzone certyfikatem</b>	TAK	
21.	Szkolenia personelu technicznego w zakresie konserwacji i napraw <b>potwierdzone certyfikatem</b>	TAK	
22.	<p><b>Wraz z dostawą</b> aparatury i sprzętu medycznego Wykonawca przekaże Zamawiającemu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Licencje na oprogramowanie,</li> <li>- Paszport techniczny,</li> <li>- Instrukcje obsługi, certyfikaty - w języku polskim/dopuszczone na nośniku elektronicznym,</li> <li>- Certyfikat o autoryzacji serwisowej,</li> <li>- Oświadczenie producenta (lub oświadczenie Wykonawcy) o częstotliwości przeglądów w okresie gwarancji oraz po okresie gwarancji</li> <li>- Inne dokumenty i oświadczenia wymagane przepisami prawa.</li> </ul>	TAK	



**PAKIET 5 - System do ćwiczeń manualnych ręki - wielostanowiskowy**

Lp.	Opis parametru	Parametr wymagany	Opis parametru oferowanego (należy podać)
1	System do ćwiczeń manualnych ręki - wielostanowiskowy	TAK	
2	Stół wielofunkcyjny do ćwiczeń manualnych z oporem ręki	TAK	
3	Minimum 12 niezależnych stanowisk do ćwiczeń ręki	TAK	
4	Kolumna oporowa umieszczona w centralnej części stołu	TAK	
5	Minimum 4 niezależne stosy ciężarkowe	TAK	
6	Możliwość ćwiczenia minimum 4 pacjentów jednocześnie	TAK	
7	Waga obciążenia stosu od 250-2750g $\pm 5\%$	TAK	
8	Wytrzymała, stabilna konstrukcja	TAK	
<b>GWARANCJA, SERWIS GWARANCYJNY I POGWARANCYJNY</b>			
9	Gwarancja min. 36 miesięcy	TAK	
10	<b>Czas reakcji: przyjęcie zgłoszenia - podjęcie naprawy:</b>		

	- w okresie gwarancji:	<b>24 godziny</b> w dni robocze, tj. od pn - pt , z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy,	
	- po okresie gwarancji:	<b>48 godzin</b> w dni robocze, tj. od pn - pt , z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.	
<b>11</b>	<b>Maksymalny czas niezbędny na usunięcie awarii od czasu lokalizacji uszkodzenia:</b>		
	- w okresie gwarancji bez użycia części	<b>1 dzień</b>	
	- w okresie gwarancji z użyciem części	<b>3 dni</b>	
	- po okresie gwarancji:	<b>7 dni</b>	

12	Liczba dni przestoju urządzenia przedłużająca termin gwarancji.	5 dni roboczych od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy	
13	Maksymalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy w okresie gwarancji.	3	
14	Wstawienie urządzenia zastępczego na czas naprawy warsztatowej w serwisie, na koszt Wykonawcy.	TAK	
15	<b>Okres gwarancji:</b>		
	Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po naprawach w okresie gwarancji.	cały okres gwarancji,	
	Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po naprawach w okresie gwarancji	w przypadku gdy część zamienna zostanie wymieniona w ostatnim półroczu trwania gwarancji, długość gwarancji na wymienioną część nie może być krótsza niż 6 m-cy.	

	Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po naprawach <b>po terminie gwarancji.</b>	<b>min. 6 m-cy, podać</b>	
16	Częstotliwość wykonywanych przeglądów w siedzibie Zamawiającego w <b>okresie gwarancji</b> (przeglądy w okresie gwarancji bez opłat (bezkosztowe) dla Zamawiającego)	<b>1 x w roku lub</b> zgodnie z zaleceniami producenta	
	Częstotliwość wykonywanych przeglądów w siedzibie Zamawiającego <b>po okresie gwarancji</b>	<b>Podać</b> zgodnie z zaleceniami producenta	
17	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny;  Ilość punktów serwisowych, ich siedziba, ilość pracowników, sposób kontaktu (tel, fax, e-mail)	<b>TAK</b>  <b>Podać</b>	
18	<b>Szkolenie personelu</b> medycznego w zakresie obsługi, <b>potwierdzone certyfikatem</b>	<b>TAK</b>	

19	<b>Szkolenia personelu</b> technicznego w zakresie konserwacji i napraw <b>potwierdzone certyfikatem</b>	TAK	
20	<b>Wraz z dostawą</b> aparatury i sprzętu medycznego Wykonawca przekaże Zamawiającemu:  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Licencje na oprogramowanie,</li> <li>- Paszport techniczny,</li> <li>- Instrukcje obsługi, certyfikaty - w języku polskim/dopuszczone na nośniku elektronicznym,</li> <li>- Certyfikat o autoryzacji serwisowej,</li> <li>- Oświadczenie producenta (lub oświadczenie Wykonawcy) o częstotliwości przeglądów w okresie gwarancji oraz po okresie gwarancji</li> <li>- Inne dokumenty i oświadczenia wymagane przepisami prawa.</li> </ul>	TAK	

**PAKIET 6 - Wanna do hydroterapii (kończyn górnych)**

Lp.	Opis parametru	Parametr wymagany	Opis parametru oferowanego (należy podać)
-----	----------------	-------------------	---

1	Wanna do hydroterapii kończyn górnych (montaż i podłączenie do instalacji Szpitala po stronie wykonawcy)	TAK	
2	Wanna wykonana z tworzywa sztucznego wzmocniana włóknem szklanym	TAK	
3	Min. 9 dysz o regulowanym kierunku wypływu strumienia wody	TAK 9 dysz – 0 pkt. - największy 10pkt., - pozostałe proporcjonalnie	
4	System biernej kąpieli perełkowej z regulacją intensywności masażu	TAK	
5	Prysznic ręczny	TAK	
6	Półautomatyczny spust wody	TAK	
7	Krzeseło z regulacją wysokości	TAK	
8	Bezwyłkowy system napełniania ciepłą/zimną wodą	TAK	
9	Elektroniczny, dotykowy panel sterujący o przekątnej min. 3.5" umożliwiający:	TAK	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-włączenie urządzenia</li> <li>-napełnianie wody do żądanego poziomu</li> <li>- ustawienie czasu zabiegu</li> <li>-zabezpieczenie przed pracą na sucho</li> <li>-automatyczne wyłączenie urządzenia po skończeniu czasu zabiegu</li> <li>- informacja o konieczności odkamieniania wirówki</li> </ul>		
10	Pompa z tworzywa sztucznego -230V, 50HZ, 1,1kW	TAK	
11	Zasysanie sitkiem filtrującym	TAK	
12	Specjalnie wyprofilowana niecka umożliwiająca podjazd wózkiem inwalidzkim	TAK	
13	Termomieszalnik do szybkiej regulacji temperatury wody nalewanej	TAK	
14	Wbudowany system dezynfekcji chemicznej	TAK	
15	Wymiary (DxSxW): 950x 1100x1070 (+/- 20mm)	TAK	
16	Pojemność 36 litrów (+/-5%)	TAK	
17	Możliwość wyboru koloru wanny z palety min. 9 kolorów	TAK	

18	Możliwość dezynfekcji urządzenia środkami dezynfekcyjnymi ogólnodostępnymi stosowanymi w obszarze medycznym	TAK	
<b>GWARANCJA, SERWIS GWARANCYJNY I POGWARANCYJNY</b>			
19	Wraz z dostawą aparatury i sprzętu medycznego Wykonawca przekaze zamawiającemu: Paszport techniczny, instrukcję obsługi, certyfikaty – w j. Polskim, certyfikat o autoryzacji serwisowej, oświadczenie producenta lub wykonawcy o częstotliwości przeglądów w okresie gwarancji oraz po okresie gwarancji, inne dokumenty i oświadczenia wymagane przepisami prawa (wpis do rejestrów, deklaracje zgodności, certyfikat CE)	TAK	
20	Gwarancja min. 36 miesięcy	TAK	
21	<b>Czas reakcji: przyjęcie zgłoszenia - podjęcie naprawy:</b>		
	- w okresie gwarancji:	<b>24 godziny</b> w dni robocze, tj. od pn - pt , z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy,	
	- po okresie gwarancji:	<b>48 godzin</b>	



		w dni robocze, tj. od pn - pt , z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.	
<b>22</b>	<b>Maksymalny czas niezbędny na usunięcie awarii od czasu lokalizacji uszkodzenia:</b>		
	- w okresie gwarancji bez użycia części	<b>1 dzień</b>	
	- w okresie gwarancji z użyciem części	<b>3 dni</b>	
	- po okresie gwarancji	<b>7 dni</b>	
<b>23</b>	Liczba dni przestoju urządzenia przedłużająca termin gwarancji.	<b>5 dni</b> roboczych od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy	
24	Maksymalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy w okresie gwarancji.	<b>3</b>	
25	Wstawienie urządzenia zastępczego na czas naprawy warsztatowej w serwisie, na koszt Wykonawcy.	<b>TAK</b>	
	<b>Okres gwarancji:</b>		

26	Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po naprawach <b>w okresie gwarancji.</b>	<b>cały okres gwarancji,</b>	
	Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po naprawach <b>w okresie gwarancji</b>	w przypadku gdy część zamienna zostanie wymieniona w ostatnim półroczu trwania gwarancji, długość gwarancji na wymienioną część nie może być krótsza <b>niż 6 m-cy.</b>	
	Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po naprawach <b>po terminie gwarancji.</b>	<b>min. 6 m-cy, podać</b>	
27	Częstotliwość wykonywanych przeglądów w siedzibie Zamawiającego w <b>okresie gwarancji</b> (przeglądy w okresie gwarancji bez opłat (bezkosztowe) dla Zamawiającego)	<b>1 x w roku lub</b> zgodnie z zaleceniami producenta	
	Częstotliwość wykonywanych przeglądów w siedzibie Zamawiającego <b>po okresie gwarancji</b>	<b>Podać</b> zgodnie z zaleceniami producenta	
28	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny;	<b>TAK</b>	

	Ilość punktów serwisowych, ich siedziba, ilość pracowników, sposób kontaktu (tel, fax, e-mail)	<b>Podać</b>	
29	<b>Szkolenie personelu</b> medycznego w zakresie obsługi, <b>potwierdzone certyfikatem</b>	<b>TAK</b>	
30	<b>Szkolenia personelu</b> technicznego w zakresie konserwacji i napraw <b>potwierdzone certyfikatem</b>	<b>TAK</b>	
31	<b>Wraz z dostawą</b> aparatury i sprzętu medycznego Wykonawca przekazuje Zamawiającemu:  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Licencje na oprogramowanie,</li> <li>- Paszport techniczny,</li> <li>- Instrukcje obsługi, certyfikaty - w języku polskim/dopuszczone na nośniku elektronicznym,</li> <li>- Certyfikat o autoryzacji serwisowej,</li> <li>- Oświadczenie producenta (lub oświadczenie</li> </ul>	<b>TAK</b>	

	<p>Wykonawcy) o częstotliwości przeglądów w okresie gwarancji oraz po okresie gwarancji</p> <p>- Inne dokumenty i oświadczenia wymagane przepisami prawa.</p>		
--	---	--	--

**PAKIET 7 - Wanna do hydroterapii (kończyn dolnych)**

L.p.	Opis parametru	Parametr wymagany	Opis parametru oferowanego (należy podać)
1	Wanna do hydroterapii kończyn dolnych górnych (montaż i podłączenie do instalacji Szpitala po stronie wykonawcy)	TAK	
2	Możliwość objęcia polem zabiegowym obręczy biodrowej i odcinka L-S kręgosłupa	TAK	
3	Wanna wykonana jest z tworzywa sztucznego wzmocnianego włóknem szklanym. Całość jest wsparta na aluminiowej konstrukcji.	TAK	
4	<p>Wanna wyposażona w system dysz do masażu podwodnego automatycznego:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- min.14 dysz kierunkowych podzielonych na 3 sekcje,</li> <li>- możliwość wyłączenia poszczególnej sekcji dysz,</li> <li>- możliwość ustawienia kolejności pracy sekcji i czasu dla każdej</li> </ul>	<p>TAK</p> <p>14 dysz – 0 pkt.</p> <p>- największy 10pkt.,</p> <p>- pozostałe proporcjonalnie</p>	

	sekcji osobno,		
5	Min.50 dysz do kąpeli perełkowej,	TAK 50 dysz – 0 pkt. - największy 10pkt., - pozostałe proporcjonalnie	
6	Bezwyłewkowy system napełniania,	TAK	
7	Elektroniczny termometr	TAK	
8	Prysznic ręczny	TAK	
9	Stopień ułatwiający wejście do wanny	TAK	
10	Termomieszalnik	TAK	
11	Dotykowy, obrotowy elektroniczny panel sterowania (min. 7-calowy): - automatyczne napełnianie, ustawienie czasu zabiegu, - dowolne konfigurowanie czasu pracy poszczególnej sekcji, - włączenie urządzenia,	TAK 7" – 0 pkt. - największy 10pkt., - pozostałe proporcjonalnie	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- automatyczne wyłączenie urządzenia po skończonym zabiegu,</li> <li>- możliwość zapisywania gotowych programów terapeutycznych</li> <li>- zabezpieczenie pompy przed pracą na sucho,</li> <li>- automatyczny spust wody sterowany elektronicznie</li> </ul>		
12	Pompa wielokomorowa 400V, 50 Hz, 2,2kW.	TAK	
13	Zabezpieczenie przed przeciążeniem, zmianą kolejności i zanikiem fazy.	TAK	
14	Minimum dwa poziomy napełniania – zapewniające ekonomiczne zużycie wody:  I poziom: 80 l (+/- 5%),  II poziom: 210 l (+/- 5%).	TAK	
15	Wymiary:  Długość: 1540 mm (+/- 5%),  Szerokość: 870 mm (+/- 5%),  Wysokość: 1070 mm (+/- 5%).	TAK	
16	Możliwość wyboru koloru wanny z palety min.9 kolorów	TAK	
17	Możliwość dezynfekcji urządzenia środkami dezynfekcyjnymi ogólnodostępnymi stosowanymi w obszarze medycznym	TAK	
<b>GWARANCJA, SERWIS GWARANCYJNY I POGWARANCYJNY</b>			

18	Wraz z dostawą aparatury i sprzętu medycznego Wykonawca prześle zamawiającemu: Paszport techniczny, instrukcję obsługi, certyfikaty – w j. Polskim, certyfikat o autoryzacji serwisowej, oświadczenie producenta lub wykonawcy o częstotliwości przeglądów w okresie gwarancji oraz po okresie gwarancji, inne dokumenty i oświadczenia wymagane przepisami prawa (wpis do rejestrów, deklaracje zgodności, certyfikat CE)	TAK	
19	Gwarancja min. 36 miesięcy	TAK	
20	<b>Czas reakcji: przyjęcie zgłoszenia - podjęcie naprawy:</b>		
	- w okresie gwarancji:	<b>24 godziny</b> w dni robocze, tj. od pn - pt , z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy,	
	- po okresie gwarancji:	<b>48 godzin</b> w dni robocze, tj. od pn - pt , z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.	
21			

	<b>Maksymalny czas niezbędny na usunięcie awarii od czasu lokalizacji uszkodzenia:</b>		
	- w okresie gwarancji bez użycia części	<b>1 dzień</b>	
	- w okresie gwarancji z użyciem części	<b>3 dni</b>	
	- po okresie gwarancji	<b>7 dni</b>	
22	Liczba dni przestoju urządzenia przedłużająca termin gwarancji.	<b>5 dni</b> roboczych od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy	
23	Maksymalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy w okresie gwarancji.	<b>3</b>	
24	Wstawienie urządzenia zastępczego na czas naprawy warsztatowej w serwisie, na koszt Wykonawcy.	<b>TAK</b>	
25	<b>Okres gwarancji:</b>		
26	Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po naprawach w okresie gwarancji.	<b>cały okres gwarancji,</b>	



27	Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po naprawach w <b>okresie gwarancji</b>	w przypadku gdy część zamienna zostanie wymieniona w ostatnim półroczu trwania gwarancji, długość gwarancji na wymienioną część nie może być krótsza <b>niż 6 m-cy.</b>	
28	Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po naprawach <b>po terminie gwarancji.</b>	<b>min. 6 m-cy, podać</b>	
29	Częstotliwość wykonywanych przeglądów w siedzibie Zamawiającego w <b>okresie gwarancji</b> (przeglądy w okresie gwarancji bez opłat (bezkosztowe) dla Zamawiającego)	<b>1 x w roku lub</b> zgodnie z zaleceniami producenta	
30	Częstotliwość wykonywanych przeglądów w siedzibie Zamawiającego <b>po okresie gwarancji</b>	<b>Podać</b> zgodnie z zaleceniami producenta	
31	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny;	<b>TAK</b>	

	Ilość punktów serwisowych, ich siedziba, ilość pracowników, sposób kontaktu (tel, fax, e-mail)	<b>Podać</b>	
32	<b>Szkolenie personelu</b> medycznego w zakresie obsługi, <b>potwierdzone certyfikatem</b>	<b>TAK</b>	
33	<b>Szkolenia personelu</b> technicznego w zakresie konserwacji i napraw <b>potwierdzone certyfikatem</b>	<b>TAK</b>	
34	<b>Wraz z dostawą</b> aparatury i sprzętu medycznego Wykonawca przekaże Zamawiającemu:  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Licencje na oprogramowanie,</li> <li>- Paszport techniczny,</li> <li>- Instrukcje obsługi, certyfikaty - w języku polskim/dopuszczone na nośniku elektronicznym,</li> <li>- Certyfikat o autoryzacji serwisowej,</li> <li>- Oświadczenie producenta (lub oświadczenie Wykonawcy) o</li> </ul>	<b>TAK</b>	

	<p>częstotliwości przeglądów w okresie gwarancji oraz po okresie gwarancji</p> <p>- Inne dokumenty i oświadczenia wymagane przepisami prawa.</p>		
--	--	--	--

**PAKIET 8 - Wanna do hydroterapii (masażu całościowego)**

L.p.	Opis parametru	Parametr wymagany	Opis parametru oferowanego (należy podać)
1	Wanna do hydroterapii masaż podwodny całościowy (montaż i podłączenie do instalacji Szpitala po stronie wykonawcy)	TAK	
2	Wanna wykonana jest z tworzywa sztucznego wzmocnionego włóknem szklanym. Całość jest wsparta na aluminiowej konstrukcji.	TAK	
3	Wanna wyposażona jest w system min.32 dysz z regulacją kierunku wypływu strumienia wody z podziałem na sekcje	TAK 32 dysz – 0 pkt. - największy 10pkt., - pozostałe proporcjonalnie	
4	min. 5 całkowicie niezależnych sekcji ( stopy, podudzia, kolana, biodra, kręgosłup)	TAK	
5	Dotykowy, kolorowy min. 7 calowy , obrotowy wyświetlacz	TAK	

6	Elektroniczny panel sterowania, który pozwala na: <ul style="list-style-type: none"> <li>• automatyczne napełnianie do wybranego poziomu</li> <li>• ustawienie czasu zabiegu</li> <li>• dowolne konfigurowanie czasu pracy poszczególnej sekcji,</li> <li>• automatyczne wyłączenie urządzenia po skończonym zabiegu,</li> <li>• możliwość zapisywania gotowych programów terapeutycznych,</li> <li>• zabezpieczenie pompy przed pracą na sucho</li> <li>• automatyczny spust</li> </ul> <p>pokazywanie temperatury wody nalewanej</p>	TAK	
7	Automatyczny spust wody sterowany elektrozaworem z panelu sterującego	TAK	
8	Podpórka pod nogi z regulacją ustawienia w min. 3 pozycjach	TAK	
9	Bezwylewkowy system napełniania wody	TAK	
10	Pompa wielokomorowa 400V, 50 Hz, min.2,2kW	TAK	
11	Możliwość ustawienia kolejności pracy poszczególnych sekcji i czasu dla każdej z sekcji osobno	TAK	
12	Możliwość zapamiętania min. 100 programów terapeutycznych	TAK	

13	System kąpielii perelkowej (min. 70 dysz) za pomocą dmuchawy indukcyjnej	TAK	
14	Możliwość dezynfekcji urządzenia środkami dezynfekcyjnymi ogólnodostępnymi stosowanymi w obszarze medycznym	TAK	
15	Stopień ułatwiający wejście do wanny	TAK	
16	Uchwyt lub poręcz ułatwiający wejście/wyjście z wanny	TAK	
17	Prysznic ręczny z węże chowanym	TAK	
18	System podtrzymywania temperatury wody w wannie	TAK	
19	Wąż do masażu podwodnego ręcznego z min 3-ma wymiennymi końcówkami	TAK	
20	Wymiary max: 2200x950x980mm +/- 5%	TAK	
21	Pojemność użytkowa: I poziom 120 litrów +/- 5% II poziom 220 litrów +/- 5%	TAK	
22	Możliwość wyboru koloru wanny z palety minimum 9 kolorów.	TAK	
<b>GWARANCJA, SERWIS GWARANCYJNY I POGWARANCYJNY</b>			
23	Wraz z dostawą aparatury i sprzętu medycznego Wykonawca przekaże zamawiającemu: Paszport	TAK	

	techniczny, instrukcję obsługi, certyfikaty – w j. Polskim, certyfikat o autoryzacji serwisowej, oświadczenie producenta lub wykonawcy o częstotliwości przeglądów w okresie gwarancji oraz po okresie gwarancji, inne dokumenty i oświadczenia wymagane przepisami prawa (wpis do rejestrów, deklaracje zgodności, certyfikat CE)		
24	Gwarancja min. 36 miesięcy	TAK	
25	<b>Czas reakcji: przyjęcie zgłoszenia - podjęcie naprawy:</b>		
	- w okresie gwarancji:	<b>24 godziny</b> w dni robocze, tj. od pn - pt , z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy,	
	- po okresie gwarancji:	<b>48 godzin</b> w dni robocze, tj. od pn - pt , z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.	
26	<b>Maksymalny czas niezbędny na usunięcie awarii od czasu lokalizacji uszkodzenia:</b>		

	- w okresie gwarancji bez użycia części	<b>1 dzień</b>	
	- w okresie gwarancji z użyciem części	<b>3 dni</b>	
	- po okresie gwarancji	<b>7 dni</b>	
27	Liczba dni przestoju urządzenia przedłużająca termin gwarancji.	<b>5 dni</b> roboczych od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy	
28	Maksymalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy w okresie gwarancji.	<b>3</b>	
29	Wstawienie urządzenia zastępczego na czas naprawy warsztatowej w serwisie, na koszt Wykonawcy.	<b>TAK</b>	
30	<b>Okres gwarancji:</b>		
31	Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po naprawach <b>w okresie gwarancji.</b>	<b>cały okres gwarancji,</b>	
32	Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po	w przypadku gdy część zamienna zostanie	

	naprawach w okresie gwarancji	wymieniona w ostatnim półroczu trwania gwarancji, długość gwarancji na wymienioną część nie może być krótsza niż 6 m-cy.	
33	Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po naprawach <b>po terminie gwarancji</b> .	<b>min. 6 m-cy, podać</b>	
34	Częstotliwość wykonywanych przeglądów w siedzibie Zamawiającego w <b>okresie gwarancji</b> (przeglądy w okresie gwarancji bez opłat (bezkosztowe) dla Zamawiającego)	<b>1 x w roku lub</b> zgodnie z zaleceniami producenta	
35	Częstotliwość wykonywanych przeglądów w siedzibie Zamawiającego <b>po okresie gwarancji</b>	<b>Podać</b> zgodnie z zaleceniami producenta	
36	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny;  Ilość punktów serwisowych, ich siedziba, ilość pracowników, sposób kontaktu (tel, fax, e-mail)	<b>TAK</b>  <b>Podać</b>	



37	<b>Szkolenie personelu</b> medycznego w zakresie obsługi, <b>potwierdzone certyfikatem</b>	<b>TAK</b>	
38	<b>Szkolenia personelu</b> technicznego w zakresie konserwacji i napraw <b>potwierdzone certyfikatem</b>	<b>TAK</b>	
39	<p><b>Wraz z dostawą</b> aparatury i sprzętu medycznego Wykonawca przekazuje Zamawiającemu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Licencje na oprogramowanie,</li> <li>- Paszport techniczny,</li> <li>- Instrukcje obsługi, certyfikaty - w języku polskim/dopuszczone na nośniku elektronicznym,</li> <li>- Certyfikat o autoryzacji serwisowej,</li> <li>- Oświadczenie producenta (lub oświadczenie Wykonawcy) o częstotliwości przeglądów w okresie gwarancji oraz po okresie gwarancji</li> <li>- Inne dokumenty i oświadczenia wymagane przepisami prawa.</li> </ul>	<b>TAK</b>	

### PAKIET 9 - Stół do terapii manualnej

Lp.	Opis parametru	Parametr wymagany	Opis parametru oferowanego (należy podać)
1	Stół rehabilitacyjny elektryczny do terapii manualnej	TAK	
2	Stół trzyczęściowy	TAK	
3	Wytrzymała, stabilna konstrukcja	TAK	
4	System jezdny i hamulcowy, min. 2 kółka transportowe	TAK - 2 kółka transportowe -0pkt, - 4 kółka transportowe – 10pkt	
5	Elektryczna regulacja wysokości stołu za pomocą ramki wokół stołu, 50-100cm (+/- 5cm)	TAK	
6	Zagłówek regulowany, z otworem na twarz z zaślepką	TAK	
7	Regulacja części środkowej stołu min.0-30° sterowana elektrycznie dostępna dla terapeuty z dwóch stron stołu	TAK	
8	Dane techniczne: długość x szerokość	TAK	

	200x65 (+/- 5cm)		
9	Obciążenie stołu – min.150kg	TAK - 150kg – 0pkt, - najwyższa – 10 pkt., - pozostałe proporcjonalnie	
10	Tapicerka – wytrzymała, możliwość czyszczenia i dezynfekcji, możliwość wyboru koloru tapicerki	TAK	
<b>GWARANCJA, SERWIS GWARANCYJNY I POGWARANCYJNY</b>			
11	Gwarancja min. 36 miesięcy	TAK	
12	<b>Czas reakcji: przyjęcie zgłoszenia - podjęcie naprawy:</b>		
	- w okresie gwarancji:	<b>24 godziny</b> w dni robocze, tj. od pn - pt , z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy,	
	- po okresie gwarancji:	<b>48 godzin</b> w dni robocze, tj. od pn - pt , z wyłączeniem dni ustawowo	

		wolnych od pracy.	
13	<b>Maksymalny czas niezbędny na usunięcie awarii od czasu lokalizacji uszkodzenia:</b>		
	- w okresie gwarancji bez użycia części	<b>1 dzień</b>	
	- w okresie gwarancji z użyciem części	<b>3 dni</b>	
	- po okresie gwarancji	<b>7 dni</b>	
14	Liczba dni przestoju urządzenia przedłużająca termin gwarancji.	<b>5 dni</b> roboczych od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy	
15	Maksymalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy w okresie gwarancji.	<b>3</b>	
16	Wstawienie urządzenia zastępczego na czas naprawy warsztatowej w serwisie, na koszt Wykonawcy.	<b>TAK</b>	
17	<b>Okres gwarancji:</b>		

	Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po naprawach w <b>okresie gwarancji.</b>	<b>cały okres gwarancji,</b>	
	Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po naprawach w <b>okresie gwarancji</b>	w przypadku gdy część zamienna zostanie wymieniona w ostatnim półroczu trwania gwarancji, długość gwarancji na wymienioną część nie może być krótsza <b>niż 6 m-cy.</b>	
	Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po naprawach <b>po terminie gwarancji.</b>	<b>min. 6 m-cy, podać</b>	
18	Częstotliwość wykonywanych przeglądów w siedzibie Zamawiającego w <b>okresie gwarancji</b> (przeglądy w okresie gwarancji bez opłat (bezkosztowe) dla Zamawiającego)	<b>1 x w roku lub</b> zgodnie z zaleceniami producenta	
	Częstotliwość wykonywanych przeglądów w siedzibie Zamawiającego <b>po okresie gwarancji</b>	<b>Podać</b> zgodnie z zaleceniami producenta	
19	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny;	<b>TAK</b>	

	ilość punktów serwisowych, ich siedziba, ilość pracowników, sposób kontaktu (tel, fax, e-mail)	<b>Podać</b>	
20	<b>Szkolenie personelu</b> medycznego w zakresie obsługi, <b>potwierdzone certyfikatem</b>	<b>TAK</b>	
21	<b>Szkolenia personelu</b> technicznego w zakresie konserwacji i napraw <b>potwierdzone certyfikatem</b>	<b>TAK</b>	
22	<b>Wraz z dostawą</b> aparatury i sprzętu medycznego Wykonawca przekaże Zamawiającemu:  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Licencje na oprogramowanie,</li> <li>- Paszport techniczny,</li> <li>- Instrukcje obsługi, certyfikaty - w języku polskim/dopuszczone na nośniku elektronicznym,</li> <li>- Certyfikat o autoryzacji serwisowej,</li> <li>- Oświadczenie producenta (lub oświadczenie Wykonawcy) o</li> </ul>	<b>TAK</b>	

	<p>częstotliwości przeglądów w okresie gwarancji oraz po okresie gwarancji</p> <p>- Inne dokumenty i oświadczenia wymagane przepisami prawa.</p>		
--	--	--	--

### PAKIET 10 - Aparat do magnetoterapii niskiej częstotliwości

Lp.	Opis parametru	Parametr wymagany	Opis parametru oferowanego (należy podać)
1	Aparat do magnetoterapii niskiej częstotliwości	TAK	
2	Jednostka sterująca	TAK	
3	Aplikator szpulowy o średnicy min. 65cm	TAK - 65cm – 0 pkt. - największy 10pkt., - pozostałe proporcjonalnie	
4	Aplikator szpulowy o średnicy min. 35cm	TAK - 35cm – 0 pkt. - największy 10pkt., - pozostałe proporcjonalnie	
5	Leżanka pola magnetycznego	TAK	
6	Stolik do aplikatora pola magnetycznego	TAK	

7	Emisja ciągła i impulsowa	TAK	
8	Kształt pola: prostokątny dwupołówkowy, trójkątny dwupołówkowy, sinusoidalny dwupołówkowy, impulsowy dwupołówkowy, prostokątny jednopółkowy, trójkątny jednopółkowy, sinusoidalny jednopółkowy, impulsowy jednopółkowy	TAK	
9	Kolorowy wyświetlacz z panelem dotykowym	TAK	
10	Dwa niezależne kanały zabiegowe	TAK	
11	Wbudowane programy - jednostki chorobowe wybierane po nazwie lub dziedzinnie	TAK	
12	Możliwość edycji nazw programów i sekwencji użytkownika	TAK	
13	Mocowanie aplikatorów za pomocą pasów i rzepów	TAK	
14	Częstotliwość pracy 2-140Hz	TAK	
15	Spektrum częstotliwości 0-50Hz	TAK	
16	Możliwość ustawiania zakresu częstotliwości pola magnetycznego z dokładnością do 0,01 Hz za pomocą klawiatury ekranowej	TAK	
17	Zegar zabiegowy 30s - 60min	TAK	
<b>GWARANCJA, SERWIS GWARANCYJNY i POGWARANCYJNY</b>			
18	Wraz z dostawą aparatury i sprzętu medycznego Wykonawca przekaże	TAK	



	zamawiającemu: Paszport techniczny, instrukcję obsługi, certyfikaty – w j. Polskim, certyfikat o autoryzacji serwisowej, oświadczenie producenta lub wykonawcy o częstotliwości przeglądów w okresie gwarancji oraz po okresie gwarancji, inne dokumenty i oświadczenia wymagane przepisami prawa (wpis do rejestrów, deklaracje zgodności, certyfikat CE)		
19	Gwarancja 36 miesięcy	TAK	
20	<b>Czas reakcji: przyjęcie zgłoszenia - podjęcie naprawy:</b>		
	- w okresie gwarancji:	<b>24 godziny</b> w dni robocze, tj. od pn - pt , z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy,	
	- po okresie gwarancji:	<b>48 godzin</b> w dni robocze, tj. od pn - pt , z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.	
21	<b>Maksymalny czas niezbędny na usunięcie awarii od czasu lokalizacji uszkodzenia:</b>		

	- w okresie gwarancji bez użycia części	<b>1 dzień</b>	
	- w okresie gwarancji z użyciem części	<b>3 dni</b>	
	- po okresie gwarancji:	<b>7 dni</b>	
22	Liczba dni przestoju urządzenia przedłużająca termin gwarancji.	<b>5 dni</b> roboczych od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy	
23	Maksymalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy w okresie gwarancji.	<b>3</b>	
24	Wstawienie urządzenia zastępczego na czas naprawy warsztatowej w serwisie, na koszt Wykonawcy.	<b>TAK</b>	
25	<b>Okres gwarancji:</b>		
	Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po naprawach <b>w okresie gwarancji.</b>	<b>cały okres gwarancji,</b>	
	Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po naprawach <b>w okresie</b>	w przypadku gdy część	

	<b>gwarancji</b>	zamienna zostanie wymieniona w ostatnim półroczu trwania gwarancji, długość gwarancji na wymienioną część nie może być krótsza <b>niż 6 m-cy.</b>	
	Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po naprawach <b>po terminie gwarancji.</b>	<b>min. 6 m-cy, podać</b>	
26	Częstotliwość wykonywanych przeglądów w siedzibie Zamawiającego w <b>okresie gwarancji</b> (przeglądy w okresie gwarancji bez opłat (bezkosztowe) dla Zamawiającego)	<b>1 x w roku lub</b> zgodnie z zaleceniami producenta	
	Częstotliwość wykonywanych przeglądów w siedzibie Zamawiającego <b>po okresie gwarancji</b>	<b>Podać</b> zgodnie z zaleceniami producenta	
27	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny;	<b>TAK</b>	
	Ilość punktów serwisowych, ich siedziba, ilość pracowników, sposób kontaktu (tel, fax, e-mail)	<b>Podać</b>	

28	Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi, <b>potwierdzone certyfikatem</b>	TAK	
29	Szkolenia personelu technicznego w zakresie konserwacji i napraw <b>potwierdzone certyfikatem</b>	TAK	
30	<p><b>Wraz z dostawą</b> aparatury i sprzętu medycznego Wykonawca przekaze Zamawiającemu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Licencje na oprogramowanie,</li> <li>- Paszport techniczny,</li> <li>- Instrukcje obsługi, certyfikaty - w języku polskim/dopuszczone na nośniku elektronicznym,</li> <li>- Certyfikat o autoryzacji serwisowej,</li> <li>- Oświadczenie producenta (lub oświadczenie Wykonawcy) o częstotliwości przeglądów w okresie gwarancji oraz po okresie gwarancji</li> <li>- Inne dokumenty i oświadczenia wymagane przepisami prawa.</li> </ul>	TAK	

--	--	--	--

### PAKIET 11 - Aparat do magnetoterapii wysokiej częstotliwości

Lp.	Opis parametru	Parametr wymagany	Opis parametru oferowanego (należy podać)
1	Aparat do magnetoterapii wysokiej częstotliwości, rok produkcji 2022	TAK	
2	Regulowana wartość szczytowa mocy (max.200Wat)	TAK	
3	Regulowana szerokość i częstotliwość impulsu 20-800Hz	TAK	
4	Moc wyjściowa: - max. wartość mocy przy terapii impulsowej -200Wat; - średnia wartość mocy przy terapii impulsowej -0-64	TAK	
5	Zegar -0-30min, z akustyczną sygnalizacją zakończenia zabiegu	TAK	
6	Wgrane gotowe programy terapeutyczne –min. 22	TAK 22 programów – 0pkt, najwyższa – 10 pkt., pozostałe proporcjonalnie	

7	Wgrane wolne programy –min.90	TAK 90 programów – 0pkt, najwyższa – 10 pkt., pozostałe proporcjonalnie	
8	Menu w języku polskim	TAK	
9	Regulowane ramię elektrody	TAK	
10	Elektroda indukcyjna cirkuploida Ø 140mm	TAK	
11	Wyświetlacz LCD –min. 8cm x11cm	TAK	
12	System jezdny z hamulcami	TAK	
<b>GWARANCJA, SERWIS GWARANCYJNY i POGWARANCYJNY</b>			
13	Wraz z dostawą aparatury i sprzętu medycznego Wykonawca prześle zamawiającemu: Paszport techniczny, instrukcję obsługi, certyfikaty – w j. Polskim, certyfikat o autoryzacji serwisowej, oświadczenie producenta lub wykonawcy o częstotliwości przeglądów w okresie gwarancji oraz po okresie gwarancji, inne dokumenty i oświadczenia wymagane przepisami prawa (wpis do rejestrów, deklaracje zgodności, certyfikat CE)		
14	Gwarancja min. 36 miesięcy	TAK	
15	<b>Czas reakcji: przyjęcie zgłoszenia - podjęcie naprawy:</b>		
	- w okresie gwarancji:	<b>24 godziny</b> w dni robocze, tj. od pn - pt , z	

		wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy,	
	- po okresie gwarancji:	<b>48 godzin</b> w dni robocze, tj. od pn - pt , z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.	
16	<b>Maksymalny czas niezbędny na usunięcie awarii od czasu lokalizacji uszkodzenia:</b>		
	- w okresie gwarancji bez użycia części	<b>1 dzień</b>	
	- w okresie gwarancji z użyciem części	<b>3 dni</b>	
	- po okresie gwarancji:	<b>7 dni</b>	
17	Liczba dni przestoju urządzenia przedłużająca termin gwarancji.	<b>5 dni</b> roboczych od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy	
18	Maksymalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy w okresie	<b>3</b>	

	gwarancji.		
19	Wstawienie urządzenia zastępczego na czas naprawy warsztatowej w serwisie, na koszt Wykonawcy.	<b>TAK</b>	
20	<b>Okres gwarancji:</b>		
	Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po naprawach <b>w okresie gwarancji.</b>	<b>cały okres gwarancji,</b>	
	Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po naprawach <b>w okresie gwarancji</b>	w przypadku gdy część zamienna zostanie wymieniona w ostatnim półroczu trwania gwarancji, długość gwarancji na wymienioną część nie może być krótsza <b>niż 6 m-cy.</b>	
	Okres gwarancji na nowo zainstalowane części po naprawach <b>po terminie gwarancji.</b>	<b>min. 6 m-cy, podać</b>	
21	Częstotliwość wykonywanych przeglądów w siedzibie Zamawiającego w <b>okresie gwarancji</b> (przeglądy w okresie gwarancji bez opłat (bezkosztowe) dla Zamawiającego)	<b>1 x w roku lub</b> zgodnie z zaleceniami producenta	
	Częstotliwość wykonywanych przeglądów w siedzibie Zamawiającego <b>po okresie gwarancji</b>	<b>Podać</b> zgodnie z zaleceniami	



		producenta	
22	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny;  Ilość punktów serwisowych, ich siedziba, ilość pracowników, sposób kontaktu (tel, fax, e-mail)	<b>TAK</b>  <b>Podać</b>	
23	<b>Szkolenie personelu</b> medycznego w zakresie obsługi, <b>potwierdzone certyfikatem</b>	<b>TAK</b>	
24	<b>Szkolenia personelu</b> technicznego w zakresie konserwacji i napraw <b>potwierdzone certyfikatem</b>	<b>TAK</b>	
25	<b>Wraz z dostawą</b> aparatury i sprzętu medycznego Wykonawca przekaze Zamawiającemu:  - Licencje na oprogramowanie, - Paszport techniczny,	<b>TAK</b>	

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Instrukcje obsługi, certyfikaty - w języku polskim/dopuszczone na nośniku elektronicznym,</li><li>- Certyfikat o autoryzacji serwisowej,</li><li>- Oświadczenie producenta (lub oświadczenie Wykonawcy) o częstotliwości przeglądów w okresie gwarancji oraz po okresie gwarancji</li><li>- Inne dokumenty i oświadczenia wymagane przepisami prawa.</li></ul>		
--	--	--	--

**Parametry punktowane:**

**PAKIET 1 – max. 10 punktów jednostkowych**

**PAKIET 3 – max 30 punktów jednostkowych**

**PAKIET 6 – max. 10 punktów jednostkowych**

**PAKIET 7 - max 30 punktów jednostkowych**

**PAKIET 8 - max. 10 punktów jednostkowych**

**PAKIET 9 – max 20 punktów jednostkowych**

**PAKIET 10 - max 20 punktów jednostkowych**

**PAKIET 11 - max 20 punktów jednostkowych**