**TABELA NR 4 APARATURA MEDYCZNA - WYMAGANIA**

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Opis przedmiotu zamówienia | Parametr wymagany / parametr dodatkowo oceniany | Parametr oferowany wpisać TAK dla parametrów wymaganychwpisać TAK/NIE lub parametr oferowany dla parametrów dodatkowo ocenianych |
| **Aparat do terapii ultradźwiękowej (1 szt.)** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, wyprodukowane w roku minimum 2021: nazwa, typ, model, producent | **TAK****podać** |  |
|  | Urządzenie do terapii ultradźwiękowej z dwiema głowicami o częstotliwościach 1/3 MHz i średnicy 1 i 5 cm² | **TAK** |  |
|  | Deklaracja zgodności UE/WE oferowanego sprzętu.Oznakowanie oferowanego sprzętu znakiem CE. | **TAK** |  |
|  | Zgłoszenie oferowanego urządzenia do rejestru wyrobów medycznych. | **TAK** |  |
|  | Dwie głowice podłączone jednocześnie do aparatu  | **TAK** |  |
|  | 7-calowy ekran dotykowy o wysokiej rozdzielczości | **TAK** |  |
|  | Dwa oddzielne regulatory natężenia | **TAK** |  |
|  | Biblioteka anatomiczna | **TAK** |  |
|  | Przyciski bezpośredniego wyboru terapii | **TAK** |  |
|  | Protokoły lecznicze: cele, wskazania, wykaz oznaczeń, wybór dla każdego obszaru ciała | **TAK** |  |
|  | Zdjęcia 3D ułożenia głowicy | **TAK** |  |
|  | Lista przeciwwskazań | **TAK** |  |
|  | Możliwość tworzenia własnych protokołów | **TAK** |  |
|  | Program fonoforezy | **TAK** |  |
|  | Skala VAS | **TAK** |  |
|  | Żel kontaktowy 500 ml | **TAK** |  |
|  | Mikroprocesorowa konstrukcja elektroniczna aparatu z autotestem sprawności urządzenia | **TAK** |  |
|  | Port USB umożliwiający wykonanie aktualizacji oprogramowania | **TAK** |  |
|  | Gwarancja – minimum 24 miesiące | **TAK****podać****parametr dodatkowo oceniany:****24 miesiące – 0 pkt****36 miesięcy – 10 pkt** |  |
|  | Czas realizacji serwisu gwarancyjnego max. 14 dni robocze.*Przez czas realizacji serwisu gwarancyjnego należy rozumieć czas od dnia zgłoszenia usterki/awarii do dnia zrealizowania naprawy* | **TAK****podać****parametr dodatkowo oceniany****14 dni – 0 pkt****10 dni – 5 pkt****7 dni – 10 pkt** |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna trwająca dłużej niż 14 dni roboczych powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji | **TAK** |  |
|  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 14 dni robocze – Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć urządzenie zastępcze na czas naprawy (o parametrach określonych w niniejszym postępowaniu lub wyższych) | **TAK** |  |
|  | Dostawa, montaż i szkolenie personelu po instalacji | **TAK** |  |
|  | Dostarczenie przy odbiorze następujących dokumentów:-karta gwarancyjna stołu do rehabilitacji-paszporty techniczne- instrukcje obsługiw języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej | **TAK** |  |
|  | Przeglądy urządzenia w okresie gwarancji zgodnie z zaleceniami producenta (podać ile). Ostatni przegląd bezpośrednio przed zakończeniem okresu gwarancji. | **TAK****podać** |  |
| **ZESTAW DO MAGNETOTERAPII (1 SZT.)** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wyprodukowany w roku minimum 2021: nazwa, typ, model, producent | **TAK****podać** |  |
|  | Deklaracja zgodności UE/WE oferowanego sprzętu.Oznakowanie oferowanego sprzętu znakiem CE. | **TAK** |  |
|  | Zgłoszenie oferowanego urządzenia do rejestru wyrobów medycznych. | **TAK** |  |
|  | Aparat umożliwiający wykonywanie 4 zabiegów magnetoterapii niezależnych w czasie | **TAK** |  |
|  | 2 niezależne kanały magnetoterapii z osobnymi ustawieniami parametrów | **TAK** |  |
|  | Automatyczne wykrywanie aplikatora - zastosowane kodowanie przewodu aplikatora umożliwia automatyczne wykrywanie rodzaju podłączonego aplikatora | **TAK** |  |
|  | Ustawiane i wyświetlane parametry zabiegu: rodzaj aplikatora, rodzaj generowanego przebiegu, częstotliwość, modulacja (zmiana) częstotliwości, indukcja, modulacja (zmiana) indukcji, wypełnienie, czas zabiegu | **TAK** |  |
|  | Generowane przebiegi:* sinusoidalny jednopołówkowy, dwupołówkowy,
* prostokątny: jednopołówkowy, dwupołówkowy
* trójkątny: jednopołówkowy, dwupołowkowy.
* mix przebieg łączony
 | **TAK** |  |
|  | Częstotliwość pola magnetycznego  | **1 – 100 [Hz] (± 10%)** |  |
|  | Indukcja pola magnetycznego  | **0 –20 mT (± 10%)** |  |
|  | Czas przerwy dla trybu z modulacją  | **0,5 - 8 s (± 10%)** |  |
|  | Programy terapeutyczne  | **Min 56, gotowych programów zabiegowych**  |  |
|  | Regulacja wypełnienia  | **10 – 100 % (± 10%)** |  |
|  | Zakończenia przewodów aplikatorów: metalowe, z nakrętką zabezpieczającą | **TAK** |  |
|  | Kolorowy 5,7” ekran graficzny z panelem dotykowym | **TAK** |  |
|  | Aparat wyposażony w aplikator szpulowy na leżance 60 cm, aplikator szpulowy na stoliku 31,5 cm, oraz półkę pod aparat montowaną do leżanki | **TAK** |  |
|  | Leżanka do aplikatora 60cm, umożliwiająca swobodne przemieszczanie aplikatora w płaszczyźnie poziomej | **TAK** |  |
|  | Zegar zabiegowy wbudowany w aparat | **TAK** |  |
|  | Gwarancja – minimum 24 miesiące | **TAK****podać****parametr dodatkowo oceniany:****24 miesiące – 0 pkt****36 miesięcy – 10 pkt** |  |
|  | Czas realizacji serwisu gwarancyjnego max. 14 dni robocze.*Przez czas realizacji serwisu gwarancyjnego należy rozumieć czas od dnia zgłoszenia usterki/awarii do dnia zrealizowania naprawy* | **TAK****podać****parametr dodatkowo oceniany****14 dni – 0 pkt****10 dni – 5 pkt****7 dni – 10 pkt** |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna trwająca dłużej niż 14 dni roboczych powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji | **TAK** |  |
|  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 14 dni robocze – Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć urządzenie zastępcze na czas naprawy (o parametrach określonych w niniejszym postępowaniu lub wyższych) | **TAK** |  |
|  | Dostawa, montaż i szkolenie personelu po instalacji | **TAK** |  |
|  | Dostarczenie przy odbiorze następujących dokumentów:-karta gwarancyjna stołu do rehabilitacji-paszporty techniczne- instrukcje obsługiw języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej | **TAK** |  |
|  | Przeglądy urządzenia w okresie gwarancji zgodnie z zaleceniami producenta (podać ile). Ostatni przegląd bezpośrednio przed zakończeniem okresu gwarancji. | **TAK****podać** |  |
| **LAMPA DO NAŚWIETLAŃ IR/UV (4 SZT.)** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wyprodukowany w roku minimum 2021: nazwa, typ, model, producent | **TAK****podać** |  |
|  | Lampa do naświetleń typu Sollux na statywie regulowanym  | **TAK** |  |
|  | Deklaracja zgodności UE/WE oferowanego sprzętu.Oznakowanie oferowanego sprzętu znakiem CE. | **TAK** |  |
|  | Zgłoszenie oferowanego urządzenia do rejestru wyrobów medycznych. | **TAK** |  |
|  | 1 promiennik podczerwieni o mocy 375W. | **TAK** |  |
|  | Programowanie sekwencji zabiegowej różna mocw 5-minutowych odcinkach czasu | **TAK** |  |
|  | Regulacja mocy promiennika | **TAK** |  |
|  | Regulacja długości trwania zabiegu max. 30 minut | **TAK** |  |
|  | Pobór mocy: max. 395 W | **TAK** |  |
|  | Moc ustawiana: (10 - 100) % | **TAK** |  |
|  | Okulary ochronne dla terapeuty i pacjenta – 2 szt. | **TAK** |  |
|  | Dwa wymienne filtry do każdej z lamp:- filtr czerwony-1 szt.- filtr niebieski-1 szt. | **TAK** |  |
|  | Gwarancja – minimum 24 miesiące | **TAK****podać****parametr dodatkowo oceniany:****24 miesiące – 0 pkt****36 miesięcy – 10 pkt** |  |
|  | Czas realizacji serwisu gwarancyjnego max. 14 dni robocze.*Przez czas realizacji serwisu gwarancyjnego należy rozumieć czas od dnia zgłoszenia usterki/awarii do dnia zrealizowania naprawy* | **TAK****podać****parametr dodatkowo oceniany****14 dni – 0 pkt****10 dni – 5 pkt****7 dni – 10 pkt** |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna trwająca dłużej niż 14 dni roboczych powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji | **TAK** |  |
|  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 14 dni robocze – Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć urządzenie zastępcze na czas naprawy (o parametrach określonych w niniejszym postępowaniu lub wyższych) | **TAK** |  |
|  | Dostawa, montaż i szkolenie personelu po instalacji | **TAK** |  |
|  | Dostarczenie przy odbiorze następujących dokumentów:-karta gwarancyjna stołu do rehabilitacji-paszporty techniczne- instrukcje obsługiw języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej | **TAK** |  |
|  | Przeglądy urządzenia w okresie gwarancji zgodnie z zaleceniami producenta (podać ile). Ostatni przegląd bezpośrednio przed zakończeniem okresu gwarancji. | **TAK****podać** |  |
| **ZESTAW DO ELEKTROTERAPII STACJONARNY (1 SZT.)** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wyprodukowany w roku minimum 2021: nazwa, typ, model, producent | **TAK****podać** |  |
|  | Aparat dwukanałowy - 2 niezależne kanały elektroterapii | **TAK** |  |
|  | Deklaracja zgodności UE/WE oferowanego sprzętu.Oznakowanie oferowanego sprzętu znakiem CE. | **TAK** |  |
|  | Zgłoszenie oferowanego urządzenia do rejestru wyrobów medycznych. | **TAK** |  |
|  | Dwa oddzielne regulatory natężenia | **TAK** |  |
|  | Tryb pracy CC (stałe natężenie) oraz CV (stałe napięcie) | **TAK** |  |
|  | Pamięć zabiegowa z wbudowanymi protokołami leczniczymi | **TAK** |  |
|  | Programy diagnostyczne min.6 (krzywa I/t, reobaza, chronaksja) | **TAK** |  |
|  | 7-calowy ekran dotykowy o wysokiej rozdzielczości | **TAK** |  |
|  | Obrazy 3D ułatwiające prawidłowe umieszczanie elektrod | **TAK** |  |
|  | Automatyczne określanie reobazy, chronaksji, krzywej I/t, pomiar współczynnika akomodacji | **TAK** |  |
|  | Osprzęt do aparatu: Elektrody węglowe 4 szt. Elektrody samoprzylepne, Przewody Stim, Opaski do mocowania elektrod, Kabel zasilania, Dysk zewnętrzny USB, Przewodnik szybkiego startu. | **TAK** |  |
|  | Wbudowany program biblioteki anatomicznej | **TAK** |  |
|  | Ekrany informacyjne | **TAK** |  |
|  | Możliwość indywidualizacji interfejsu użytkownika | **TAK** |  |
|  | Zintegrowana lista przeciwskazań | **TAK** |  |
|  | Baza danych pacjentów | **TAK** |  |
|  | Dostępne prądy: • IFC-4p • IFC-2p • VMS • Wys. napięcie • Asym. dwufaz. TENS • Symetr. dwufaz. TENS • Interferencyjny izopolarny • Interferencyjny z wekt. dipolowym • VMS Burst • VMS FR • Jednof. trójkątny impuls• Jednof. prostok. impuls • Galwaniczny • Galwaniczny przerywany • Galwaniczny o niskim natężeniu • Stymulacja rosyjska • Prądy Träberta • Stymulacja HAN • Mikroprądy • Dynamiczny • Okres. z. trójk. prąd pulsujący • Okres. zm. prost. prąc pulsujący | **TAK** |  |
|  | Gwarancja – minimum 24 miesiące | **TAK****podać****parametr dodatkowo oceniany:****24 miesiące – 0 pkt****36 miesięcy – 10 pkt** |  |
|  | Czas realizacji serwisu gwarancyjnego max. 14 dni robocze.*Przez czas realizacji serwisu gwarancyjnego należy rozumieć czas od dnia zgłoszenia usterki/awarii do dnia zrealizowania naprawy* | **TAK****podać****parametr dodatkowo oceniany****14 dni – 0 pkt****10 dni – 5 pkt****7 dni – 10 pkt** |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna trwająca dłużej niż 14 dni roboczych powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji | **TAK** |  |
|  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 14 dni robocze – Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć urządzenie zastępcze na czas naprawy (o parametrach określonych w niniejszym postępowaniu lub wyższych) | **TAK** |  |
|  | Dostawa, montaż i szkolenie personelu po instalacji | **TAK** |  |
|  | Dostarczenie przy odbiorze następujących dokumentów:-karta gwarancyjna stołu do rehabilitacji-paszporty techniczne- instrukcje obsługiw języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej | **TAK** |  |
|  | Przeglądy urządzenia w okresie gwarancji zgodnie z zaleceniami producenta (podać ile). Ostatni przegląd bezpośrednio przed zakończeniem okresu gwarancji. | **TAK****podać** |  |
| **PRZENOŚNY ZESTAW DO ELEKTROTERAPII (2 SZT.)** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wyprodukowany w roku minimum 2021: nazwa, typ, model, producent | **TAK****podać** |  |
|  | Deklaracja zgodności UE/WE oferowanego sprzętu.Oznakowanie oferowanego sprzętu znakiem CE. | **TAK** |  |
|  | Zgłoszenie oferowanego urządzenia do rejestru wyrobów medycznych. | **TAK** |  |
| 1.
 | Niezależne 4 wyjścia | **TAK** |  |
|  | Jednoczesna rehabilitacja 2 osób w tym samym czasie | **TAK** |  |
|  | Zasilanie na baterie | **TAK** |  |
|  | Przewody do elektrostymulacji – 4 sztuki | **TAK** |  |
|  | 2x4 żelowane elektrody kwadratowe (48x48mm) | **TAK** |  |
|  | 2x4 żelowane elektrody owalne (50x90mm) | **TAK** |  |
|  | 1x4 okrągłe elektrody (śr. Min 30mm) | **TAK** |  |
|  | Elektrody silikonowe- 2 szt. wraz z woreczkami wiskozowymi | **TAK** |  |
|  | Torba przenośna | **TAK** |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim wraz z instrukcją pozycjonowania elektrod | **TAK** |  |
|  | Szerokość impulsu: 20µs-300 µs | **TAK** |  |
|  | Częstotliwość 0,2-1200 | **TAK** |  |
|  | Możliwe terapie :TENS, REHA  | **TAK** |  |
|  | Gwarancja – minimum 24 miesiące | **TAK****podać****parametr dodatkowo oceniany:****24 miesiące – 0 pkt****36 miesięcy – 10 pkt** |  |
|  | Czas realizacji serwisu gwarancyjnego max. 14 dni robocze.*Przez czas realizacji serwisu gwarancyjnego należy rozumieć czas od dnia zgłoszenia usterki/awarii do dnia zrealizowania naprawy* | **TAK****podać****parametr dodatkowo oceniany****14 dni – 0 pkt****10 dni – 5 pkt****7 dni – 10 pkt** |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna trwająca dłużej niż 14 dni roboczych powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji | **TAK** |  |
|  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 14 dni robocze – Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć urządzenie zastępcze na czas naprawy (o parametrach określonych w niniejszym postępowaniu lub wyższych) | **TAK** |  |
|  | Dostawa, montaż i szkolenie personelu po instalacji | **TAK** |  |
|  | Dostarczenie przy odbiorze następujących dokumentów:-karta gwarancyjna stołu do rehabilitacji-paszporty techniczne- instrukcje obsługiw języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej | **TAK** |  |
|  | Przeglądy urządzenia w okresie gwarancji zgodnie z zaleceniami producenta (podać ile). Ostatni przegląd bezpośrednio przed zakończeniem okresu gwarancji. | **TAK****podać** |  |
| **ZESTAW DO LASEROTERAPII (1 SZT.)** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wyprodukowany w roku minimum 2021: nazwa, typ, model, producent | **TAK****podać** |  |
|  | Deklaracja zgodności UE/WE oferowanego sprzętu.Oznakowanie oferowanego sprzętu znakiem CE. | **TAK** |  |
|  | Zgłoszenie oferowanego urządzenia do rejestru wyrobów medycznych. | **TAK** |  |
| 1.
 | Sterownik: praca z różnymi sondami zabiegowymi: sondy punktowe, sondy powierzchniowe (prysznicowe), sondy skanujące  |  **TAK** |  |
|  | Uniwersalne gniazda umożliwiające dowolne podłączenie sond zabiegowych: min 3 szt. | **TAK** |  |
|  | Parametry wyświetlane w trakcie zabiegu: czas (malejąco), dawka (narastająco), moc sondy, numer procedury | **TAK** |  |
|  | Zabezpieczenie przed uruchomieniem przez osoby niepożądane: blokada elektroniczna (kod) | **TAK** |  |
|  | Licznik czasu pracy sond zabiegowych | **TAK** |  |
|  | Pomiar mocy sond punktowych: okienko pomiarowe | **TAK** |  |
|  | Pomiar mocy sond prysznicowych i skanujących: zewnętrzny miernik mocy | **TAK** |  |
|  | Tryb pracy sond: ciągły i impulsowy | **TAK** |  |
|  | Zakres częstotliwości: 1 – 10 000 Hz (± 10%) | **TAK** |  |
|  | Regulacja mocy sond: 20 – 100% (± 10%) | **TAK** |  |
|  | Zaprogramowane procedury terapeutyczne:dla sond punktowych (podać ilość) dla sond skanujących (podać ilość) | **TAK** |  |
|  | Sekwencje zabiegowe: dla sond punktowych (podać ilość)Dla sond skanujących (podać ilość) | **TAK** |  |
|  | Procedury użytkownika dla sond punktowych:  | **TAK** |  |
|  | Wybieranie jednostek chorobowych: wg nazwy/wg numerów, klawisz szybkiego dostępu | **TAK** |  |
|  | Uchwyty parkujące dla sond punktowych 2 szt. | **TAK** |  |
|  | Zakończenia przewodów sond: metalowe, z nakrętką zabezpieczającą | **TAK** |  |
|  | Soczewki sond punktowych: metalowe, zdejmowane końcówki, przystosowane do dezynfekcji od wewnątrz | **TAK** |  |
|  | Wyświetlacz typu LED, podświetlany | **TAK** |  |
|  | Edycja ustawień użytkownika: zmiana kodu dostępu, i ustawień sygnału dźwiękowego | **TAK** |  |
|  | **sondy punktowe:**sonda punktowa R 660 nm / 80 mW, sonda punktowa IR 808 nm / 400 mW  | **TAK** |  |
|  | **Sonda skanująca:**źródła promieniowania laserowego niezależne, światło czerwone i podczerwone instalowane bezpośrednio w głowicy skanera.- światło czerwone R: tryb pracy: ciągły i impulsowy, - światło podczerwone IR:tryb pracy: ciągły i impulsowy, skaner R 660 nm / 80 mW i IR 808 nm / 400 mW- tryb pracy R, IR oraz R+IR-kształt naświetlanej powierzchni koło, elipsa, kwadrat, prostokąt- funkcja „pilot” dowolna regulacja pola zabiegowego- funkcja „offset” dowolne przemieszczanie zaznaczonego pola zabiegowego | **TAK** |  |
|  | Statyw skanera mobilny, łatwy w manewrowaniu, wyposażony w koła jezdne, półkę na sterownik  | **TAK** |  |
|  | Stabilne ramię statywu wspomagane mechanizmem sprężynowym, zabezpieczającym przed opadaniem | **TAK** |  |
|  | Regulacja głowicy skanującej pełna regulacja w trzech płaszczyznach specjalny uchwyt ułatwiający manipulowanie głowicą | **TAK** |  |
|  | Okulary ochronne dla terapeuty i pacjenta - 2 sztuki | **TAK** |  |
|  | Gwarancja – minimum 24 miesiące | **TAK****podać****parametr dodatkowo oceniany:****24 miesiące – 0 pkt****36 miesięcy – 10 pkt** |  |
|  | Czas realizacji serwisu gwarancyjnego max. 14 dni robocze.*Przez czas realizacji serwisu gwarancyjnego należy rozumieć czas od dnia zgłoszenia usterki/awarii do dnia zrealizowania naprawy* | **TAK****podać****parametr dodatkowo oceniany****14 dni – 0 pkt****10 dni – 5 pkt****7 dni – 10 pkt** |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna trwająca dłużej niż 14 dni roboczych powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji | **TAK** |  |
|  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 14 dni robocze – Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć urządzenie zastępcze na czas naprawy (o parametrach określonych w niniejszym postępowaniu lub wyższych) | **TAK** |  |
|  | Dostawa, montaż i szkolenie personelu po instalacji | **TAK** |  |
|  | Dostarczenie przy odbiorze następujących dokumentów:-karta gwarancyjna stołu do rehabilitacji-paszporty techniczne- instrukcje obsługiw języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej | **TAK** |  |
|  | Przeglądy urządzenia w okresie gwarancji zgodnie z zaleceniami producenta (podać ile). Ostatni przegląd bezpośrednio przed zakończeniem okresu gwarancji. | **TAK****podać** |  |

\*) W przypadku gdy Zamawiający dopuścił możliwość zaoferowania przez Wykonawców innych parametrów niż wymagane w niniejszym dokumencie – Wykonawca jest zobowiązany w kolumnie „Parametry oferowane” zaznaczyć, że oferuje parametr dopuszczony przez Zamawiającego

i opisać oferowany parametr.

Informacja dla Wykonawcy:

Wypełniona Tabela nr 4 pn. „APARATURA MEDYCZNA - WYMAGANIA” musi być opatrzona przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanych lub podpisem osobistym i przekazana Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę.