***Realizacja projektu pn. „Podniesienie jakości usług zdrowotnych oraz zwiększenie dostępu do usług medycznych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku-zakup sprzętu i wyposażenia.”***

Załącznik nr 3 do zaproszenia składania ofert

 **DZP/109/2023**

**Formularz parametrów techniczno-użytkowych przedmiotu zamówienia**

Pełna nazwa urządzenia: **- System do naświetlania stóp, dłoni i podudzi - 1 zestaw**

Typ/Model (podać): ………………………………………………………………………..

Producent (podać): …………………………………………………………………………

Dostawca (podać): …………………………………………………………………………

Rok produkcji: **2023**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymaganych parametrów technicznych** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane Tak/Nie** **Podać/opisać** |
| **I** | **PARAMETRY OGÓLNE** |
| **1** | Sprzęt fabrycznie nowy, niepodemonstracyjny, wyprodukowany nie później niż w 2023 roku | TAK |  |
| **2** | Ukierunkowane leczenie rąk i stóp w tym samym czasie promieniami UV | TAK  |  |
| **3** | 4 moduły UVB (2 na dłonie, 2 na stopy), łącznie min. 36 lamp | TAK |  |
| **4** | Niezależne programowanie limitów dawek dla modułów górnych i dolnych | TAK |  |
| **5** | Automatyczne wyłączenie po zakończeniu ekspozycji | TAK |  |
| **6** | Sterowanie ekranem dotykowym lub elektronicznym kontrolerem | TAK |  |
| **7** | Regulacja dawki w jednostkach J/cm2 | TAK |  |
| **8** | System czujników UV do monitorowania natężenia promieniowania w trakcie naświetlania | TAK |  |
| **9** | Licznik czasu pracy promienników | TAK |  |
| **10** | Akrylowe panele ochronne | TAK |  |
| **11** | Solidna metalowa obudowa z powłoką z tworzywa sztucznego | TAK |  |
| **12** | Urządzenie mobilne wyposażone w kółka z hamulcem | TAK |  |
| **13** | Okulary ochronne UV dla pacjenta min. 2 pary | TAK |  |
| **II** | **POZOSTAŁE WYMAGANIA** |
| **1** | Okres gwarancji min. 36 m-cy; obejmuje również akumulatory (jeśli dotyczy). | TAK (podać) |  |
| **2** | Czas reakcji od przyjęcia zgłoszenia – podjęta naprawa nie dłużej jak:- 24 h (dni pracujące) dla zgłoszenia w czasie trwania gwarancji;- 48 h (dni pracujące) dla zgłoszenia pogwarancyjnego.  | TAK |  |
| **3** | W okresie gwarancji bezpłatne przeglądy (min. 1 x w roku chyba, że producent urządzeń lub/i ich podzespołów lub/i elementów wymaga częstszych niż 1 x w roku przeglądów - wówczas ilość tych przeglądów winna być zgodna z wytycznymi producenta) łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta (w ilości, zakresie – zgodnie z wymaganiami producenta); dotyczy również akumulatorów. | TAK (podać) |  |
| **4** | Dostępność części zamiennych po okresie gwarancji oraz serwisu pogwarancyjnego min. 8 lat | TAK (podać) |  |
| **5** | Szkolenie z obsługi aparatu/urządzenia w, tym sposobu mycia i dezynfekcji, dla personelu medycznego oraz technicznego wskazanego przez Zamawiającego jest bezpłatne, ilość osób do przeszkolenia określa Zamawiający  | TAK |  |
| **6** | Dostawa, montaż i uruchomienie w wyznaczonym przez Zamawiającego miejscu funkcjonowania urządzenia i w obecności osoby/osób wyznaczonych przez Zamawiającego – bezpłatne  | TAK |  |
| **7** | Wypełniony paszport techniczny | TAK |  |
| **8** | Instrukcje obsługi, w tym sposobu mycia i dezynfekcji, w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej  | TAK |  |
| **9** | Dane teleadresowe i kontaktowe do najbliższych dla siedziby Zamawiającego autoryzowanych punktów serwisowych na terenie Polski | TAK (podać) |  |
| **10** | Przewidywany roczny koszt brutto okresowego przeglądu aparatu/urządzenia wykonywanego zgodnie z zaleceniem producenta po upływie okresu gwarancji jakości udzielonej przez Wykonawcę zgodnie z postanowieniami SWZ. (szacunkowa kalkulacja sporządzona w dniu składania oferty, uwzględniająca wymianę części zużywalnych lub zamiennych w trakcie przeglądu wraz z opisem) | TAK (podać) |  |
| **11** | Wszystkie oferowane w ramach zestawu produkty tworzą w pełni kompatybilny zestaw | TAK |  |

 *Kwalifikowany podpis elektroniczny lub postać elektroniczna opatrzona podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym*