**Załącznik nr 7.1 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Część 1 – Głowica liniowo – matrycowa – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane** **/podać zakres lub opisać/**  |
| 1 | 2 | 3 |  |
| 1. 1.
 | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia  | Podać |  |
|  | Głowica (sonda) fabrycznie nowa | Rok produkcji: 2023 |  |
|  | Głowica kompatybilna z aparatem USG LogiQ S8 firmy GE rok produkcji 2016 nr fabryczny 324157SU 7 | TAK |  |
|  | Głowica do badania: naczyń, małych narządów, neonatologii, pediatrii, stawów | TAK |  |
|  | Pasmo 4-15 MHz | TAK |  |
|  | Częstotliwość pracy dla trybu B-mode 9,11,13,15 MHz, harmoniczna 8, 9, 12, 15 MHz | TAK |  |
|  | Ilość elementów: 1006 | TAK |  |
|  | Szerokość pola skanowania: 50 mm | TAK |  |
|  9. | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 miesiące) | TAK, podać: |  |
| 10. | Montaż sprzętu w siedzibie Zamawiającego | TAK |  |
| 11. | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia przeprowadzone w miejscu instalacji urządzenia. | TAK |  |
| 12. | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2022 poz. 974) - dostarczyć wraz z dostawą aparatu | TAK |  |
| 13. | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 14. | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
| 15. | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany/ zaufany/ elektroniczny podpis osobisty

**Załącznik nr 7.2 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Część 2 – Urządzenie do światłolecznictwa – 2 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane** **/podać zakres lub opisać/**  |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia  | Podać |  |
|  | Aparat fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2023 |  |
|  | Światło podczerwone IR-A | TAK |  |
|  | Regulacja jasności świecenia | TAK |  |
|  | Wyświetlacz czas/jasność | TAK |  |
|  | Intensywność promieniowania promiennika regulowana w zakresie minimum 10 – 99% | TAK, podać |  |
|  | Zegar zabiegowy regulowany w zakresie minimum 1 do 30minut | TAK, podać |  |
|  | Regulacja kąta nachylenia tubusa lampy | TAK |  |
|  | Panel sterujący umieszczony na tubusie lampy | TAK |  |
|  | Uchwyty do ustawiania pozycji tubusa po bokach filtra lampy | TAK |  |
|  | Filtry: niebieski i czerwony | TAK |  |
|  | Stabilna konstrukcja mechaniczna na statywie jezdnym | TAK |  |
|  | Mikroprocesorowe sterowanie pracą lampy | TAK |  |
|  | Wymuszone chłodzenie tubusa | TAK |  |
|  | Siatka zabezpieczająca przed skutkami pęknięcia promiennika i filtra | TAK |  |
|  | Trwała i niezawodna klawiatura | TAK |  |
|  | Moc promiennika: 375W  | TAK |  |
|  | Zegar zabiegowy w zakresie min. 1-30min | TAK, podać |  |
|  | Zasilanie: 230V, 50Hz, 450W | TAK |  |
|  | Wysokość urządzenia regulowana w zakresie minimum 1,2 m - 1,9 m | TAK, podać |  |
|  | Wymiar podstawy lampy 0,5 x 0,6 m +/-10% | TAK, podać |  |
|  | Masa urządzenia do 14 kg (z żarówką i filtrem)  | TAK, podać |  |
|  | Na wyposażeniu okulary ochronne dla terapeuty 1 sztuka, okulary dla pacjenta 1 szt., podstawa stołowa, statyw z podstawą na kołach | TAK |  |
|  | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 miesiące) | TAK, podać: |  |
|  | Montaż sprzętu w siedzibie Zamawiającego | TAK |  |
|  | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia przeprowadzone w miejscu instalacji urządzenia. | TAK |  |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2022 poz. 974) - dostarczyć wraz z dostawą aparatu | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany/ zaufany/ elektroniczny podpis osobisty

**Załącznik nr 7.3 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Część 3 – Aparat do terapii podciśnieniowej – 2 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane****/podać zakres lub opisać/**  |
| 1 | 2 | 3 |  |
| 1. 1.
 | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia  | Podać |  |
|  | Aparat fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2023 |  |
|  | Kompatybilny z aparatami do elektroterapii typu ASTAR | TAK |  |
|  | Samouszczelniające się ssawki | TAK |  |
|  | Możliwość stosowania ssawek 60 i 90 mm | TAK |  |
|  | Dwa obwody wyjściowe | TAK |  |
|  | Częstość pulsacji fali podciśnieniowej w zakresach minimum 6, 12, 20, 40, 60 imp/min | TAK, podać |  |
|  | Możliwość regulacji podciśnienia w zakresie minimalnym 100 – 500 mbar | TAK, podać |  |
|  | Tryb pracy synchronizowanej z generowanym prądem | TAK |  |
|  | Niezależne gniazda do aplikacji elektrod do elektroterapii | TAK |  |
|  | Kontrola parametrów pracy podczas wykonywania zabiegu | TAK |  |
|  | Sygnalizacja napełniania zbiornika | TAK |  |
|  | **TRYBY PRACY:** • ciągły, pulsacyjny• pulsacyjny zmienny• synchronizowany z prądem• pulsacyjny ze zwiększonym podciśnieniem dolnym | TAK |  |
|  | Autotest – bieżąca kontrola sprawności aparatu | TAK |  |
|  | Waga maksymalna 3,5 kg | TAK, podać |  |
|  | WYPOSAŻENIE:• kable do podłączenia elektrostymulatora (2 szt.) • przewody podciśnieniowe (4 szt.)• ssawki 60 mm (4 szt.)• wkładki wiskozowe 60 mm (8 szt.)• łącznik przewodów podciśnieniowych (2 szt.) | TAK |  |
|  | Zasilanie aparatu z sieci 230V/50 Hz z maksymalnym poborem mocy do 40VA | TAK, podać |  |
| 1. 1.
 | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 miesiące) | TAK, podać |  |
| 1. .
 | Montaż sprzętu w siedzibie Zamawiającego | TAK |  |
| 1. 18.
 | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia przeprowadzone w miejscu instalacji urządzenia. | TAK |  |
| 1. 19.
 | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2022 poz. 974) - dostarczyć wraz z dostawą aparatu | TAK |  |
| 1. 2.
 | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 1. 21.
 | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
| 1. 22.
 | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany/ zaufany/ elektroniczny podpis osobisty