|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROGRAM_REGIONALNY** | herbWOJEWÓDZTWO PODKARPACKIE |  |  |

**ZP/UR/11/2015 Załącznik nr 1.1 do siwz –modyfikacja z dn. 25.03.2015**

**Opis przedmiotu zamówienia - oferowany przedmiot zamówienia**

**Zadanie 11: Dostawa urządzenia do głębokiej stymulacji elektromagnetycznej**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa przedmiotu zamówienia**  | **Oferowany przedmiot zamówienia (podać np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta)** |
|  |  |
| **Urządzenie do głębokiej stymulacji elektromagnetycznej** |  |
| **Lp.** | **Wymagane funkcje oraz parametry techniczne przedmiotu zamówienia** | **Funkcje i parametry oferowanego przedmiotu zamówienia** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
|  |  | *opisać* |
| 1. | Możliwość bezdotykowej metody stymulacji mięśni Nieinwazyjna metoda stymulacji głębokich tkanekPrzydatność do terapii stawówEkran dotykowy Możliwość stabilnego mocowania aplikatora na ciele pacjenta (przy pomocy stabilnego ramienia) jak też utrzymywania aplikatora przez terapeutęMożliwość lokalizacji punktów motorycznych jednostki ruchowej w celu wykonania efektywnej stymulacji mięśni Minimum dwa aplikatory o różnych średnicach do terapii na różnych partiach ciała.System chłodzący aplikatorów zapewniający ciągłą pracę urządzenia bez konieczności przerywania pracy urządzeniaChłodzenie przy pomocy powietrza bez dodatkowego chłodziwa np. olejuMożliwość modulacji amplitudy pola magnetycznego.Mobilny stolik z możliwością przymocowania aparatu na stałeCzęstotliwość pola magnetycznego w zakresie minimum od 1 do 80 Hz lub w szerszym zakresieSiła pola magnetycznego: min. 1,5 Tesli (opcjonalnie do 2,5 Tesli)Opracowane przez producenta programy gotoweMożliwość wprowadzania dużej liczby programów własnych (min. 50) Automatyczny wyłącznik czasu Dokładny pomiar czasu zabieguNapięcie: 100 ~ 240V AC, 50~60 Hz |  |
| 3 | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji zarówno papierowej jak i elektronicznej na płycie CD (format PDF) | TAK/NIE | XXXX |
| 4 | W okresie gwarancyjnym przeglądy techniczne urządzenia w liczbie i zakresie zalecanym przez producenta dokonywane w siedzibie zamawiającego pokrywaWykonawca Przeglądy nie rzadziej, niż co roku. | TAK/NIE | XXXX |
| 5 | -Czas reakcji serwisowej max. 24 h | TAK/NIE | XXXX |
| 6 | -Czas naprawy max. 21 dni; w przypadku dłuższego czasu naprawy zapewnienie sprzętu zastępczego o parametrach nie gorszych niż zamawiane urządzenie | TAK/NIE | XXXX |
| 7 | Min. 10 - letni okres gwarantowania dostępności części do urządzenia | TAK/NIE | XXXX |
| 8 | -Szkolenie, dostawę i instalację w siedzibie Zamawiającego  | TAK/NIE | XXXX |
| 9 | Przy dostawie Wykonawca przedstawi wykaz autoryzowanych serwisów urządzenia | TAK/NIE | XXXX |

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna gwarancja na urządzenie nie krótsza niż 24 miesiące\*Gwarancja stanowi kryterium oceny ofert | Oferujemy gwarancję: |

 **UWAGA !!**

1. **W rubryce obok nazwy przedmiotu zamówienia podanej przez Zamawiającego, Wykonawca obowiązkowo wpisuje typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta oferowanego przedmiotu zamówienia.**
2. **W poz. 3-9 należy przekreślić odpowiedni znacznik TAK lub NIE zostawiając właściwy, odpowiadający prawidłowej odpowiedzi.**
3. **W poz. 1 należy wpisać wszystkie parametry oferowanego przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem z kolumny 2.**
4. **Niespełnienie choćby jednego z parametrów lub funkcji wymaganych w opisie (kolumna 2) spowoduje odrzucenie oferty.**
5. **Zamawiający prosi o dołączenie do oferty np. prospektów, folderów, katalogów oferowanych przedmiotów.**

**Opis kryteriów wyboru oferty.**

**Kryteria wyboru oferty i ich znaczenie (w %):**

A. Cena brutto oferty : 80%

B. Gwarancja (w miesiącach): 20%

Minimalny czas gwarancji na przedmiot zamówienia: 24 miesiące.

oferty uzyskują maksymalną ilość punktów, gdy czas gwarancji wynosi 48 miesięcy lub więcej.

Oferty z okresem gwarancji krótszym od wymaganego zostaną odrzucone.