|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje** **(wartości minimalne wymagane)** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Aparat do masażu limfatycznego z osprzętem (kurtka, rękaw, spodnie, nogawka) – 1 zestaw**Oferowany model: …………………………………………………………Producent: …………………………………………………………Rok produkcji ………………………………………………………… |
|  | Aparat nowy, nieużywany, wyklucza się aparaty demonstracyjne. Rok produkcji min.2022. | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie do presoterapii i sekwencyjnego masażu limfatycznego. | TAK, podać |  |
|  | Regulowane ciśnienie w komorach mankietu min. 20 mmHg - 140 mmHg. | TAK, podać |  |
|  | Elektroniczna regulacja i stały pomiar ciśnienia. | TAK, podać |  |
|  | Masaż wykonywany na kończynach górnych, dolnych. Masaż klasyczny wstępujący i zstępujący oraz dwa rodzaje masażu limfatycznego prowadzonego techniką E.Voddera. | TAK, podać |  |
|  | Mankiet do masażu limfatycznego minimum: 2x12-komorowe mankiety uciskowe na kończyny dolne, 2x 12-komorowe mankiety uciskowe na kończynę górną, 24-komorowa kurtka na tłów i kończyny górne, 24-komorowe spodnie z pasem biodrowym. | TAK, podać |  |
|  | Niezależna regulacja ciśnienia, tempa masażu oraz korekcja ciśnienia dla każdej komory w każdym algorytmie osobno. | TAK, podać |  |
|  | Wydajność pompy min. 28 l / minutę  | >28 l/min – 5 pkt28 l/min – 0 pkt |  |
|  | Standardowy czas dopompowania komory max. 3 s (±1s.). | TAK, podać |  |
|  | Awaryjne odsysanie ze wszystkich komór jednocześnie. | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie sterowane mikroprocesorowo. | TAK, podać |  |
|  | Algorytmy zabiegowe z możliwością wszystkich masażu min. 15. | TAK, podać |  |
|  | Panel LCD, kolorowy min 5″. | TAK, podać |  |
|  | Pulpit sterowniczy | TAK, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje** **(wartości minimalne wymagane)** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | Wymagania techniczne – dotyczy wszystkich powyższych urządzeń |  |  |
|  | Paszport techniczny oraz instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z urządzeniem. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące od dnia instalacji potwierdzonej protokołem uruchomienia i przekazania urządzenia w terminie uwzględniającym godziny pracy Zamawiającego. | 24 m-ce – 0 pkt30 m-cy – 5 pkt 36 m-cy – 10 pkt42 m-ce – 15 pkt48 m-cy – 20 pkt |  |
|  | Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 24 godz. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Czas oczekiwania na skuteczne usunięcie uszkodzenia /dotyczy sprzętu medycznego/:a. niewymagającej importu części nie dłużej niż 2 dni robocze /dotyczy sprzętu medycznego/b. wymagającej importu części nie dłużej niż 10 dni roboczych. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Wykonawca dostarczy, urządzenie oraz przeprowadzi instruktarz obsługi i konserwacji w cenie oferty. | TAK, podać |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wraz z urządzeniem uzupełnionego paszportu technicznego o dane identyfikujące urządzenie (m.in. numer seryjny, rok produkcji, model, producent). | TAK, podać |  |
|  | Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 10 lat od daty sprzedaży /dotyczy sprzętu medycznego | TAK, podać |  |

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie nawet jednego z  w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w  oferowanej konfiguracji.

 …………………………………..

 Podpis osoby uprawnionej do

 reprezentowania Wykonawcy