Zał. Nr 1.6 do SIWZ

|  |
| --- |
| Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia / **Oświadczenie Wykonawcy o parametrach / funkcjach posiadanych przez oferowany przedmiot zamówienia** |

Wykonawca zobowiązany jest uzupełnić wszystkie tabele o dane wymagane przez Zamawiającego!!!

**\*UWAGA:** W przypadku, gdy wykonawca nie poda pełnego katalogu wymaganych informacji złożona oferta będzie podlegać odrzuceniu na podstawie art. 89 ust. 1 pkt. 2 ustawy pzp.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Część nr 6:**  **STYMULATOR NERWÓW OBWODOWYCH** | | | |
| **ILOŚĆ: 1 KPL** | | | |
| **Wypełnia wykonawca:** | | | |
| TYP | MODEL | PRODUCENT | KRAJ POCHODZENIA |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Obligatoryjne minimalne (wymagane) parametry lub funkcje** | **j.m.** | **Ilość** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **TAK/NIE\*** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **I** | **STYMULATOR NERWÓW OBWODOWYCH** |  | | |
| 1 | ergonomiczny kształt obudowy |  | | TAK / NIE \* |
| 2 | charakterystyczny duży wyświetlacz ciekłokrystaliczny,wyświetlane informacje tekstowe w języku polskim, poręczne pokrętło zapadkowe do precyzyjnej i wyczuwalnej regulacji natężenia prądu, zapewniające dokładność ustawień | TAK / NIE \* |
| 3 | czytelne wizualne i akustyczne komunikaty, informujące o odchyleniach od ustawień | TAK / NIE \* |
| 4 | klawiatura bezpośrednich ustawień: | TAK / NIE \* |
| a) | - amplituda natężenia prądu (mA) | TAK / NIE \* |
| b) | - czas trwania bodźca (ms) | TAK / NIE \* |
| c) | - częstotliwość bodźca | TAK / NIE \* |
| 5 | klawiatura menu funkcyjnego pozwala na wprowadzenie zaawansowanych ustawień w poręcznej walizce, wraz z baterią 9V oraz kablami do elektrod. W zestawie znajduje się również opornik do pomiarów zgodności pracy stymulatora | TAK / NIE \* |
| **II** | **DANE TECHNICZNE** |  | | |
| 1 | Kontrola baterii na ekranie |  | | TAK / NIE \* |
| 2 | Kabel do elektrod dołączony | TAK / NIE \* |
| 3 | Bateria 9 volt, type 6LR-61 lub 6 F 22 | TAK / NIE \* |
| 4 | Szerokość impulsu: 0,05 ms (opcja); 0,1 ms; 0,3ms; 0,5 ms (opcja); 1,00 ms | TAK / NIE \* |
| 5 | Częstotliwość impulsu: ustawiane 1Hz, 2Hz lub 3Hz | TAK / NIE \* |
| 6 | Zakres impuls: 0,00 - 1,00 mA | TAK / NIE \* |
| 7 | Wraz z urządzeniem dostarczenie 10szt. igieł do znieczuleń w rozmiarze 22Gx50 oraz 10szt. 22Gx80 | TAK / NIE \* |
|  | **POZOSTAŁE WYMAGANIA:** |  | |  |
| **1** | Produkt fabrycznie nowy, nie demonstracyjny, nie powystawowy. Rok produkcji 2019 |  | | TAK / NIE \* |
| **2** | Okres gwarancji: zgodnie z przedłożoną ofertą |  | | TAK / NIE \* |
| **3** | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim dostarczona z chwilą oddania do eksploatacji. |  | | TAK / NIE \* |
| **4** | Gwarancja liczona od dnia oddania sprzętu do eksploatacji |  | | TAK / NIE \* |
| **5** | Karta gwarancyjna oraz paszport techniczny dostarczone wraz z urządzeniem. |  | | TAK / NIE \* |
| **6** | Oryginalne materiały techniczne producenta, potwierdzające parametry wpisane w tabeli. |  | | TAK / NIE \* |
| **7** | Wyrób oznaczony znakiem CE potwierdzony deklaracją Zgodności lub Certyfikatem CE |  | | TAK / NIE \* |
| **8** | Czas reakcji serwisu: do 48 h (przyjazd serwisanta do Zamawiającego od momentu zgłoszenia). |  | | TAK / NIE \* |
| **9** | W przypadku braku możliwości naprawy sprzętu w siedzibie Zamawiającego, oferent gwarantuje wstawienie sprzętu zastępczego. |  | | TAK / NIE \* |
| **10** | Uruchomienie i szkolenie w siedzibie Zamawiającego. Szkolenie może być przeprowadzone w dniu dostawy lub w innym terminie uzgodnionym z Zamawiającym. Szkolenie rozumiane jest jako instruktaż z podstawowej obsługi i konserwacji sprzętu medycznego. |  | | TAK / NIE \* |
| **11** | Dodatkowo min 1 szkolenie w terminie ustalonym z Zamawiającym, na Jego życzenie. |  | | TAK / NIE \* |
| **12** | W okresie gwarancyjnym wymaga się dokonywania przeglądów okresowych i części używanych do przeglądów zgodnie z zaleceniem warunków eksploatacji producenta urządzenia bez dodatkowych opłat. Ostatni przegląd nie później niż 1 m-c przed upływem okresu gwarancyjnego. |  | | TAK / NIE \* |
| **13** | Produkt posiada wszelkie dopuszczenia do obrotu na terenie RP | TAK / NIE \* |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**UWAGA 1:**

\*W kolumnie nr 5 tabeli Wykonawca winien zaznaczyć (skreślić) TAK lub NIE. Nie zaznaczenie żadnego z tych słów traktowane będzie jako niespełnienie danego parametru lub funkcji. NIESPEŁNIENIE CHOĆBY JEDNEGO Z PARAMATERÓW LUB FUNKCJI SPOWODUJE ODRZUCENIE OFERTY.

**UWAGA 2:**

W przypadku, gdy wykonawca oferuje rozwiązanie równoważne dla wskazanego w tabeli parametru/funkcji, należy wyraźnie zaznaczyć takie rozwiązanie oraz załączyć dokumenty uwiarygodniające zastosowanie rozwiązań równoważnych

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miejscowość

…………………………………………….

pieczęć(cie) Wykonawcy(ów)

.................................................................

*imię, nazwisko (pieczęć) i podpis osoby*

*upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*