Załącznik do zapytania cenowego

1. **APARAT DO LASEROTERAPII Z APLIKATOREM SKANUJĄCYM**

**Nazwa urządzenia, typ lub model ……………………………………………………………………………………**

**Producent ………………………………………………………………………………………………………………**

**Kraj pochodzenia ……………………………………………………………………………………………………....**

**Rok produkcji ………………………………………………………………………………………………………….**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych i użytkowych.** | **Wymagana wartość** | **Parametry oferowane** |
| 1 | Fabrycznie nowa. Rok produkcji 2025. Zamawiający wyklucza dostawę sprzętu powystawowego. | TAK |   |
| 2 | Aparat do terapii światłem laserowym czerwonym i podczerwonym | TAK |   |
| 3 | Zestaw zawierający aparat do laseroterapii, aplikator skanujący oraz 2 szt. okularów ochronnych | TAK |  |
| 4 | Aparat do laseroterapii:- sterowany mikroprocesorem- ekran graficzny 4,3’’ z panelem dotykowym- gotowe programy zabiegowe dla typowych schorzeń- możliwość ustawienia programów własnych- indywidualna regulacja wszystkich parametrów zabiegowych- liczniki czasu i liczby wykonanych zabiegów- funkcja powtórzeń dawki- czujnik pomiaru mocy lasera- dane techniczne:* Zasilanie ~ 230V, 50Hz, 50VA
* Wymiar 335x270x125mm +/- 5%
* Waga 2,5kg +/- 10%
* Klasa ochrony elektrycznej: I typ B
* Klasa urządzenia laserowego: 3B
* Regulowany zegar 1s-99min
 | TAK |  |
| 5 | Aplikator skanujący przeznaczony do terapii większych powierzchni:- laser światło podczerwone IR 808nm/400mW (na wyjściu)- laser światło czerwone IR 660nm/80mW (na wyjściu)- kompatybilny z oferowanym aparatem do laseroterapii- trzy tryby pomiaru głowicy od pacjenta: automatyczny, półautomatyczny i manualny- 5 wbudowanych kształtów pola zabiegowego: elipsa, linia, 2 x prostokąt (klasyczne i równomierne naświetlanie), ręczny  | TAK |  |
| 6 | Okulary ochronne do laseroterapii z wysoką ochroną wzroku w zakresie 630-660nm i 800-1100nm | TAK |  |
| 7 | Mobilny stolik pod aparat  | TAK |  |
| **INNE** |
| 12 | W pełni przygotowane i wyposażone do pracy z chorym. | TAK |  |
| 13 | Instrukcja obsługi w języku polskim (dostawa z urządzeniem). | TAK |  |
| 14 | Deklaracja zgodności lub certyfikat CE . | TAK |  |
| 15 | Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania protokołu zdawczo odbiorczego przez obie strony. | TAK |  |
| 16 | Obowiązujące przepisami prawa przeglądy techniczne, serwis, naprawy, itp. czynności, które należy realizować dla prawidłowego funkcjonowania przedmiotu zamówienia, z punktu widzenia celu, któremu ma służyć w okresie gwarancji leży po stronie Wykonawcy. | TAK |  |
| 17 | Koszty części eksploatacyjnych, części zużywalnych itp. leżą po stronie Zamawiającego. | TAK |  |
| 18 | Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 48 godz. | TAK |  |
| 19 | Czas skutecznej naprawy max. 7 dni licząc od dnia zgłoszenia.W przypadku naprawy dłuższej, Wykonawca zapewni element zastępczy (lub urządzenie) na czas trwania naprawy celem zapewnienia niezakłóconej pracy Zamawiającego (dot. okresu gwarancyjnego). | TAK |  |
| 20 | Wykonawca dostarczy, zainstaluje i uruchomi, a także przeprowadzi szkolenie z zakresu obsługi w cenie oferty. | TAK |  |
| 21 | Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wypełnionych paszportów technicznych sprzętu. | TAK |  |
| 22 | Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 8 lat od daty sprzedaży. | TAK |  |

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, nie powystawowe, kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

**Wartość w PLN 1szt. :**

1) kwota netto: zł

słownie:

2) stawka podatku VAT:

3) kwota brutto:

słownie:

Termin realizacji: maj 2025r.

Podać jakie są koszty każdego następnego roku gwarancji ………………………………(podać)

1. **APARAT DO ULTRADŹWIĘKÓW**

**Nazwa urządzenia, typ lub model ……………………………………………………………………………………**

**Producent ………………………………………………………………………………………………………………**

**Kraj pochodzenia ……………………………………………………………………………………………………....**

**Rok produkcji ………………………………………………………………………………………………………….**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych i użytkowych.** | **Wymagana wartość** | **Parametry oferowane** |
| 1 | Fabrycznie nowa. Rok produkcji 2025. Zamawiający wyklucza dostawę sprzętu powystawowego. | TAK |   |
| 2 | Aparat do ultradźwięków stacjonarnych StatUs, bez konieczności przemieszczania głowicy leczniczej | TAK |   |
| 3 | Min. 52 gotowe programy | TAK |  |
| 4 | Częstotliwość 1 i 3 MHz | TAK |  |
| 5 | Moc szczytowa w trybie ciągłym 0-2W/cm2, moc szczytowa w trybie impulsowym 0-3W/cm2 | TAK |  |
| 6 | Cykl pracy 100Hz/5,10,20,33,50,80% | TAK |  |
| **INNE** |
| 12 | W pełni przygotowane i wyposażone do pracy z chorym. | TAK |  |
| 13 | Instrukcja obsługi w języku polskim (dostawa z urządzeniem). | TAK |  |
| 14 | Deklaracja zgodności lub certyfikat CE . | TAK |  |
| 15 | Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania protokołu zdawczo odbiorczego przez obie strony. | TAK |  |
| 16 | Obowiązujące przepisami prawa przeglądy techniczne, serwis, naprawy, itp. czynności, które należy realizować dla prawidłowego funkcjonowania przedmiotu zamówienia, z punktu widzenia celu, któremu ma służyć w okresie gwarancji leży po stronie Wykonawcy. | TAK |  |
| 17 | Koszty części eksploatacyjnych, części zużywalnych itp. leżą po stronie Zamawiającego. | TAK |  |
| 18 | Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 48 godz. | TAK |  |
| 19 | Czas skutecznej naprawy max. 7 dni licząc od dnia zgłoszenia.W przypadku naprawy dłuższej, Wykonawca zapewni element zastępczy (lub urządzenie) na czas trwania naprawy celem zapewnienia niezakłóconej pracy Zamawiającego (dot. okresu gwarancyjnego). | TAK |  |
| 20 | Wykonawca dostarczy, zainstaluje i uruchomi, a także przeprowadzi szkolenie z zakresu obsługi w cenie oferty. | TAK |  |
| 21 | Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wypełnionych paszportów technicznych sprzętu. | TAK |  |
| 22 | Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 8 lat od daty sprzedaży. | TAK |  |

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, nie powystawowe, kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

**Wartość w PLN 1szt. :**

1. kwota netto:

słownie:

2) stawka podatku VAT:

3) kwota brutto:

słownie:

Termin realizacji: maj 2025r.

Podać jakie są koszty każdego następnego roku gwarancji ………………………………(podać) -

Miejscowość, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty*