**Załącznik nr 4 do Zapytania ofertowego**

 **PCPR-RPO-MSu-3610/24/19**

**Część 3: Zakup zestawu do laseroterapii: laser biostymulacyjny,
 2 sondy punktowe oraz sonda skanująca**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**(Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia)**

Nazwa urządzenia: ........................................................................................................

Producent: .....................................................................................................................

Kraj pochodzenia: ..........................................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | MINIMALNE PARAMETRY | WARUNEK | KRYTERIA | PARAMETR OFEROWANYTAK/NIE (wpisać) |
| 1. | Aparat fabrycznie nowy do terapii laserowej wyposażony w skaner, rok produkcji 2019 – 1szt. | biostymulacyjny | Bez punktacji |  |
| 2. | Sterownik umożliwiający pracę z różnymi sondami zabiegowymi | - sondy punktowe R i IR – 2 szt.,- sonda skanująca R i IR – 1 szt.- sonda prysznicowa R i IR – 1 szt. | Bez punktacji |  |
| 3. | Możliwość ustawienia poszczególnych parametrów zabiegu  | - czas, - dawka, dawka/cm2,- pole zabiegu, - częstotliwość- moc sondy | Bez punktacji |  |
| 4. | Uniwersalne gniazda umożliwiające dowolne podłączenie sond zabiegowych | 3 gniazda | Bez punktacji |  |
| 5. | Zabezpieczenie przed uruchomieniem przez osoby niepożądane | blokada elektroniczna | Bez punktacji |  |
| 6. | Wyświetlacz typu LED podświetlany | min. 5 cali | Bez punktacji |  |
| 7. | Zakres częstotliwości | 1-10000 Hz | Bez punktacji |  |
| 8. | Regulacja mocy sond | 20-100% | Bez punktacji |  |
| 9. | Kartoteka zaprogramowanych procedur terapeutycznych (**dla sond punktowych)** | min. 50 | J1:- ilość zaprogramowanych procedur terapeutycznych: 50 – 54 - 0 pkt .- ilość zaprogramowanych procedur terapeutycznych: 55 – 59 - 5 pkt .- ilość zaprogramowanych procedur terapeutycznych: 60 i więcej - 10 pkt .W przypadku ilości zaprogramowanych procedur terapeutycznych mniejszej niż 50 oferta zostanie odrzucona | (Proszę podać ilość)……………. |
| 10. | Kartoteka zaprogramowanych procedur terapeutycznych **(dla sondy skanującej)** | min. 25 | J2:- ilość zaprogramowanych procedur terapeutycznych: 25 - 29 - 0 pkt .- ilość zaprogramowanych procedur terapeutycznych: 30-34 - 5 pkt .- ilość zaprogramowanych procedur terapeutycznych: 35 i więcej - 10 pkt .W przypadku ilości zaprogramowanych procedur terapeutycznych mniejszych niż 25 oferta zostanie odrzucona | (Proszę podać ilość)…………………. |
| 11. | Programy Nogiera, Volla, Bahra, Reiningera | tak | Bez punktacji |  |
| 12. | Programy własne użytkownika | min. 30 | Bez punktacji |  |
| 13. | okulary ochronne dla terapeuty i pacjenta  | 2 szt. | Bez punktacji |  |
| **I** | **Sondy punktowe – 2 szt.** |
| 1. | Sonda punktowa, światło czerwone R (praca ciągła i impulsowa) | - moc min. 80 [mW]- długość fali 620- 660 [nm], | Bez punktacji |  |
| 2. | Sonda punktowa, światło podczerwone IR (praca ciągła i impulsowa) | - moc min. 400 [mW]- długość fali 808- 810 [nm], | Bez punktacji |  |
| **II** | **Sonda skanująca - 1 szt.** |
| 1. | Tryby pracy dla sondy skanującej: R, IR, R+IR | tak | Bez punktacji |  |
| 2. | Dowolna regulacja pola zabiegowego | funkcja „pilot” | Bez punktacji |  |
| 3. | Dowolne przemieszczenie zaznaczonego pola zabiegowego | funkcja „offset” | Bez punktacji |  |
| 4. | Sonda skanująca o mocach:* światło czerwone R: moc min. 50 [mW], długość fali 620- 660 [nm],
* światło podczerwone IR: moc min. 400 [mW], długość fali 808 - 830 [nm]
 | tak | J3:- światło podczerwone IR: moc min. 400 [mW], - 0 pkt. - światło podczerwone IR: moc 450 – 499 [mW], - 5 pkt. - światło podczerwone IR: moc 500 [mW] i więcej, - 10 pkt.W przypadku mocy światła podczerwonego IR niższej niż 400 [mW] oferta zostanie odrzucona | (Proszę podać wartość)……………. |
| 5. | Uniwersalny statyw na kółkach | statyw z półką pod aparat | Bez punktacji |  |
| 6. | Wyrób medyczny | tak | Bez punktacji |  |
| 7. | Certyfikat CE | tak | Bez punktacji |  |
| **III** | **Warunki gwarancji i serwisu:** |
| 1. | Długość udzielanej gwarancji – minimum 24 miesiące od dnia podpisania protokołu zdawczo – odbiorczego bez zastrzeżeń | tak  | G:Długość udzielanej gwarancji na przedmiot zamówienia:- 36 miesięcy i dłużej: – 10 pkt - w przedziale od 25 miesięcy do 35 miesięcy – otrzyma 5 pkt 24 miesiące – otrzyma 0 pktZamawiający zastrzega że długość udzielanej gwarancji na przedmiot zamówienia musi być liczbą całkowitą wyrażoną w miesiącach nie mniejszą niż 24. Oferta z długością udzielanej gwarancji na przedmiot zamówienia krótszą niż 24 miesiące zostanie odrzucona. | (Proszę podać wartość)…………….. |
| 2. | Autoryzowany serwis na terenie Polski | tak | Bez punktacji |  |
| 3. | W okresie gwarancji bezpłatne przeglądy techniczne zgodnie z wymogami producenta /potwierdzone protokołem sprawności i wpisem w paszporcie technicznym/ oraz w ostatnim miesiącu trwania gwarancji – min. 1 raz na rok | tak | Bez punktacji |  |
| 4. | Czas naprawy sprzętu w ramach gwarancji: do 10 dni roboczych od dnia zgłoszenia.W przypadku braku usunięcia awarii pow. 10 dni roboczych, Wykonawca ma obowiązek dostarczyć Zamawiającemu aparat zastępczy o parametrach nie gorszych niż aparat naprawiany (w przeciwnym przypadku zostanie nałożona kara przewidziana w umowie).Czas naprawy w każdym przypadku nie przekroczy 14 dni roboczych. | tak | Bez punktacji |  |

…………………….., dnia ………………… …………………………………..

 Pieczątka i podpis Oferenta