 

##### Część nr 8 Załącznik nr 3 do SIWZ

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW WYMAGANYCH ORAZ WARUNKÓW GWARANCJI I SERWISU**

1. **APARAT DO MASAŻU UCISKOWEGO – 2 szt.**

Nazwa producenta/Kraj:……………………………………………

Typ/model: ……………………………………………………………

Rok produkcji: Sprzęt fabrycznie nowy – nieużywany/ min. 2019 r.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNO-UŻYTKOWE  Minimalne wymagania** | **PARAMETRY OFEROWANE – Tak/Nie**  **opisać, wypełnić** | **PUNKTACJA** |
| **Aparat do masażu uciskowego – 2 szt.** | | | |
| 1 | Urządzenie do wykonywania drenażu limfatycznego z mankietami |  |  |
| 2 | Urządzenie posiada możliwość regulacji ciśnienia i czasu trwania zabiegu |  |  |
| 3 | Regulacja parametrów ciśnienia i czasu, trwania zabiegu regulowana przy pomocy panelu dotykowego lub pilota (znajdującego się w komplecie z urządzeniem) |  |  |
| 4 | Min. 3 programy/tryby masażu |  |  |
| 5 | Aparat posiadający możliwość wyłączenia poszczególnych komór powietrznych na czas trwania masażu |  |  |
| 6 | Możliwość wykluczenia obszarów wrażliwych na ból z zabiegu |  |  |
| 7 | Aparat wyposażony w:   * mankiety na kończyny dolne (2 szt) * mankiet na brzuch (1 szt.) * komplet przewodów powietrznych * pilot - 1 szt. * kabel zasilający – 1szt. |  |  |
| 8 | Mankiety (zarówno na brzuch jak i na nogi) posiadające po 4 komory powietrzne zachodzącymi na siebie |  |  |
| 9 | Pilot ułatwiający obsługę i regulację parametrów w trakcie trwania zabiegu |  |  |
| 10 | Sekwencyjny masaż uciskowy wykonywany w kierunku od stopy do uda |  |  |
| 11 | Wymiar główne mankietu (dł./szer) 86x35 cm |  |  |
| 12 | Szczegółowe wymiary mankietu na nogę:   * Udo-pięta: 86 cm (+/-3 cm) * Palce-pięta: 35 cm (+/-3 cm) * Obwód nad kolanem: 60 cm (+/-3 cm) * Obwód nad kostką: 54 cm (+/-3 cm) * Obwód uda: 70 cm (+/-3 cm) * Obwód śródstopia: 46 cm (+/-3 cm) |  |  |
| 13 | Podać zasilanie: | Zasilanie:  ………V, ………… Hz. |  |
| 14 | Parametry ciśnienia w zakresie: 30-240 mm Hg |  |  |
| 15 | Podać wagę urządzenia: | Waga: ………………. kg. |  |
| 16 | Zabiegi wykonywane na urządzeniu wspomagają przepływ krwi i limfy, przyśpieszają regeneracje organizmu |  |  |
| **WARUNKI GWARANCJI I SERWISU** | | |  |  |  |
| 17 | Okres gwarancji min. 24 miesiące (podać okres gwarancji). Gwarancja liczona od daty uruchomienia potwierdzonego podpisaniem „Protokołu odbioru” |  | 24 m-ce – 0 pkt. 36 m-cy – 5 pkt.  > 36 m-cy – 10 pkt. |
| 18 | Dostawca gwarantuje sprawne działanie urządzenia oraz osprzętu przez okres gwarancji, a w przypadku trwałego uszkodzenia sprzętu lub któregoś z akcesoriów gwarantuje wymianę na nowy lub regeneracje |  |  |
| 19 | Transport, wnoszenie, instalacja, szkolenie w cenie oferty |  |  |
| 20 | Serwis gwarancyjny w cenie oferty |  |  |
| 21 | Dokument dopuszczający do użytkowania na terenie Polski CE, deklaracja zgodności |  |  |
| 22 | Bezpłatny przegląd techniczny urządzenia – raz w roku przez cały okres gwarancji |  |  |
| 23 | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie drukowanej i elektronicznej (pendrive lub płyta CD), przekazana wraz z dostawą urządzenia |  |  |
| 24 | Wykonawca przy dostawie urządzenia: dołączy kartę gwarancyjną |  |  |

**UWAGA:**

Podane wartości stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie (brak żądanej opcji) spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu lub potwierdzenia wymaganego parametru/warunku traktowany będzie jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i skutkować będzie odrzuceniem oferty.