

**Pakiet nr I. APARAT DO MASAŻU WIBRACYJNEGO Z ZAMKNIĘTYM OBIEGIEM WODY – 1 sztuka**

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

Nazwa/ typ urządzenia fabrycznie nowego:.....

Kraj pochodzenia:.....

Producent:.....

Siedziba Producenta:.....

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
<b>Aparat do masażu wibracyjnego</b>			
1.	Nazwa oferowanego urządzenia: Producent: Typ:	TAK	
2.	Prosta obsługa	TAK	
3.	Możliwość zabiegu w wodzie: wanna, brodzik, łaźnia	TAK	
4.	Masaż suchy: na krześle, łóżku	TAK	
6.	Wyposażenie: 2 węże, głowica wibracyjna, tuleja z rozdzielaczem, uszczelniacze ( 6 sztuk on różnych średnicach) do zakładania na krany, metalowy kruciec, gumowa rurka odprowadzająca wodę, sitko mogące służyć jako prysznic, 10 różnych membran do zabiegów leczniczych	TAK	
7.	Waga max. 0,4kg	TAK	
8.	Długość węży nie mniej niż 1,5m	TAK	
9.	Bezpłatne szkolenie personelu Zamawiającego	TAK	
10.	Instrukcja w języku polskim	TAK	
11.	Model z 2011 roku, fabrycznie nowy	TAK	
12.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
13.	Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE,	TAK	
14.	WPIS do Rejestru Wyrobów Medycznych	TAK	
15.	W czasie gwarancji 2 darmowe okresowe przeglądy techniczne, jeżeli są wymagane	TAK	
16.	W przypadku 3 naprawy głównej wymiana wadliwego egzemplarza na nowy, wolny od wad	TAK	
17.	Gwarancja dostępności usług serwisowych w tygodniu	TAK/PODAĆ ILOŚĆ DNI	
18.	W okresie gwarancji dostarczenie sprzętu zastępczego w przypadku naprawy trwającej dłużej niż 5 dni	TAK	
19.	Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat	TAK	

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
20.	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
21.	Czas reakcji serwisu max. 5 dni.	TAK	
<b>Zamknięty system obiegu wody ( ekopompa):</b>			
1.	Stanowisko do zasilania wodą w obiegu zamkniętym przeznaczone do współpracy z uniwersalnym aparatem do masażu wibracyjnego	TAK	
2.	Małe zużycie wody, brak ścieków	TAK	
3.	Wbudowane zabezpieczenie przed porażeniem elektrycznym w postaci wyłącznika różnicowo- prądowego	TAK	
4.	Regulator siły masażu umożliwiający terapeutę ustawianie mniejszej intensywności masowania w miejscach bardziej wrażliwych	TAK	
5.	2 stopki + 2 kółka	TAK	
6.	Pojemność robocza zbiornika: 7-10l	TAK	
7.	Łatwa obsługa i funkcjonalność	TAK	
8.	Pobór mocy: max. 0,6kW	TAK PODAĆ	
9.	Wymiary: 490x510x855mm ( długość x szerokość x wysokość)	TAK	
10.	Zasilanie: 230V/ 50Hz	TAK	
11.	Masa max. 48kg	TAK PODAĆ	
12.	Bezpieczeństwo elektryczne: klasa I, typ B	TAK	
13.	Kolor: biały	TAK	
14.	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	
15.	Czas reakcji serwisu max. 5 dni.	TAK	
16.	Gwarancja 24 m-ce	TAK	
17.	Bezpłatne szkolenie personelu Zamawiającego	TAK	
18.	Instrukcja w języku polskim	TAK	
19.	Model z 2011 roku, fabrycznie nowy	TAK	
20.	Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE,	TAK	
21.	WPIS do Rejestru Wyrobów Medycznych	TAK	
22.	W czasie gwarancji 2 darmowe okresowe przeglądy techniczne, jeżeli są wymagane	TAK	
23.	W przypadku 3 naprawy głównej wymiana wadliwego egzemplarza na nowy, wolny od wad	TAK	
24.	Gwarancja dostępności usług serwisowych w tygodniu	TAK/PODAĆ ILOŚĆ DNI	
25.	W okresie gwarancji dostarczenie sprzętu zastępczego w przypadku naprawy trwającej dłużej niż 5 dni	TAK	

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
26	Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat	TAK	
27	Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat	TAK	

**UWAGA! Niespełnienie któregokolwiek z wyżej wymienionych parametrów, lub brak dowodu na jego istnienie skutkować będzie odrzuceniem oferty.**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia mebli medycznych spełniających wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza typowymi, znormalizowanymi materiałami eksploatacyjnymi i przygotowaniem adaptacyjnym pomieszczenia).

....., dn. ....

miejsowość

.....

pieczęć i podpis osoby(osób) uprawnionej(nych)  
do reprezentowania Wykonawcy