**Załącznik nr 2 do SWZ**

***Zmiana nr 1 z dnia 30.11.2021 r.***

**Zestawienie parametrów technicznych, warunków gwarancji oraz szkoleń**

**Dotyczy: Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym bez przeprowadzenia negocjacji o wartości do 214 000 euro na dostawę sprzętu medycznego dla Samorządowej Przychodni Zdrowia w Tuszynie.**

**Uwaga:**

**Zamawiający dopuszcza modyfikację przedmiotowego załącznika tylko w zakresie usunięcia Pakietów na które Wykonawca nie składa oferty.**

Wymogiem jest, aby wartości podane w kolumnie „odpowiedź wykonawcy” były zgodne ze stanem faktycznym oraz danymi zawartymi w oficjalnym dokumencie przedstawiającym dane techniczne (np. katalog). Zamawiający ma prawo wystąpić do wykonawców o udzielenie dalszych wyjaśnień niezbędnych dla weryfikacji udzielonych odpowiedzi.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Opis minimalnych parametrów technicznych*** | | | | ***Parametry i wartości wymagane/oceniane*** | | | | ***PARAMETRY OFEROWANE: Potwierdzenie Wykonawcy***  ***TAK lub opis parametrów oferowanych/ podać zakresy/ opisać*** | |
| **Pakiet nr 3** | | | | | | | | | |
|  | Nazwa – Model/typ/numer katalogowy | | PODAĆ | | |  | | | |
|  | Producent | | PODAĆ | | |  | | | |
|  | Kraj pochodzenia | | PODAĆ | | |  | | | |
|  | Rok produkcji min. 2021 | | PODAĆ | | |  | | | |
|  | Klasa wyrobu medycznego | | PODAĆ | | |  | | | |
| **Aparat do terapii falami uderzeniowymi – 1 sztuka** | | | | | | | | | |
|  | Ciśnienie do 1-5 barów | | TAK, podać | |  | | | | |
|  | *Częstotliwość do 25 Hz* | | TAK, podać | |  | | | | |
|  | Wyświetlacz LED | | TAK | |  | | | | |
|  | Regulacja parametrów w trakcie terapii | | TAK | |  | | | | |
|  | Aplikator, uchwyt do aplikatora, przekaźniki fali uderzeniowej, zasilacz, stolik. | | TAK | |  | | | | |
| **Aparat do terapii ultradźwiękami – 1 sztuka** | | | | | | | | | |
|  | Kolorowy ekran dotykowy min. 4.3″ | | TAK, podać | | | |  | | |
|  | Gotowe protokoły i encyklopedia terapeutyczna | | TAK, podać | | | |  | | |
|  | Głowica z wizualną kontrolą kontaktu | | TAK | | | |  | | |
|  | Głowica do ultradźwięków 5 cm2 (1 MHz, 3 MHz) | | TAK, podać | | | |  | | |
|  | Możliwość równoczesnej terapii częstotliwościami 1 MHz i 3 MHz (zmienne - auto 1/3 MHz) | | TAK, podać | | | |  | | |
| **Warunki gwarancji, serwisu oraz szkoleń** | | | | | | | | | |
| 1. | | Okres gwarancji min. 24 miesiące, licząc od daty podpisania protokołu odbioru (podać liczbę miesięcy). | | TAK/PODAĆ  *24 miesiące – 0 pkt.*  *30 miesięcy – 20 pkt.*  *36 miesięcy i więcej  – 40 pkt.* | | | | |  |
| 2. | | Szczegółowe warunki gwarancji zostaną określone w książkach gwarancyjnych urządzenia i winny uwzględniać postanowienia warunków gwarancji, określone w niniejszym załączniku. Książki gwarancyjne zostaną przekazane przez Wykonawcę Zamawiającemu w dniu podpisania protokołu odbioru przedmiotu zamówienia. | | TAK | | | | |  |
| 2. | | Koszty przeglądów, napraw gwarancyjnych i części podlegających wymianie, dojazdów do Zamawiającego oraz robocizny mające związek z wykonywaniem tych czynności w okresie gwarancyjnym ponosi Wykonawca. | | TAK | | | | |  |
| 3. | | W okresie gwarancji wszystkie przeglądy techniczne będą wykonywane w ramach zawartej umowy ( min. 2 ), gdzie pierwszy przegląd nie wcześniej niż po roku od instalacji, chyba, że producent wymaga wykonywania przeglądów w innych interwałach czasowych. | | TAK | | | | |  |