

SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345
fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365

Świnoujście, 21/04/2017 r.

Znak sprawy: ZP/04/2017

Szpital Miejski im. Jana Garduły
w Świnoujściu sp. z o.o.
ul. Mieszka I 7
72 – 600 Świnoujście
(zampub@szpital-swinoujscie.pl)

DO WSZYSTKICH UCZESTNIKÓW POSTĘPOWANIA PRZETRAGOWEGO PN.:

Dostawa i instalacja urządzenia wielofunkcyjnego do leczenia prądami dla spółki Szpitala Miejskiego im. J. Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.

Na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 2164 ze zm.) zawiadamia się, że w dniu **21-042017 r.** w przedmiotowym postępowaniu w specyfikacji istotnych warunków zwana dalej „siwz” zamówienia dokonano zmiany treści:

Załącznik nr 1 do SIWZ ZP/04/2017

Było:

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA NA REALIZACJĘ:

**Dostawy i instalacji urządzenia wielofunkcyjnego do leczenia prądami wraz z wózkiem jezdnym dla
spółki Szpitala Miejskiego im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.**

Wykaz minimalnych parametrów technicznych sprzętu dla:

NAZWA (typ, model):.....

Rok produkcji (min. 2016 r.):.....

Producent:.....

Kraj pochodzenia:

Nr katalogowy:

Sprzęt nowy, nieużywany nie demonstracyjny

I APARAT DO ELEKTROTHERAPII

Uniwersalny 2-kanalowy aparat do elektroterapii, który umożliwia wykonywanie zabiegów:

1. prądami interferencyjnymi: statycznym (klasycznym), dynamicznym (izoplanarnym), 2-przewodowym (premodulowanym) oraz przerywanym;
2. prądami diadynamicznymi wg Bernarda typu DF, MF, RS, MM, CP, LP, CPiso, LPiso (z ustawianiem sekwencji);
3. stymulacji porażen (prądy średniej częstotliwości, modulowane w kształcie trójkąta, prostokąta, trapezu i sinusoidy – każdy unipolarny i bipolarny);
4. stymulacji porażen spastycznych (tonoliza) w systemie dwukanałowym;
5. stymulacji TENS, również tzw. modulacja drażniąca;
6. stymulacji TENS BURST (wybuchowy);
7. stymulacji HV (wysokonapięciowa);
8. stymulacji wg Kotz'a (rosyjska stymulacja);
9. prądem Träberta (UR) (2-5);
10. prądem faradycznym i neofaradycznym;
11. elektrogimnastyki z regulacją;
12. jonoforezy;
13. galwanizacji.

Charakterystyka aparatu

1. funkcjonalne złącza typu Lemo;
2. gotowe parametry zabiegów dla typowych schorzeń (min. 100 pozycji);

- indywidualna regulacja parametrów zabiegu;
- własne ustawienia parametrów zabiegu wybranych przez obsługę (50 pozycji);
- niezależna regulacja natężenia prądu w każdym kanale;
- ustawianie sekwencji prądów diadynamicznych;
- funkcja elektrogimnastyki z możliwością regulacji;
- dwa obwody zabiegowe (*niezależna regulacja amplitudy*);
- przyjazna dla obsługi funkcja półautomatycznej elektrodiagnostyki (*wyznaczanie krzywej i/t, automatyczne wyliczanie wartości współczynników*), wyniki ostatniego badania pozostają w pamięci aparatu;
- dużych rozmiarów ekran ciekłokrystaliczny – ułatwiający odczyt parametrów;
- wykrywanie przerwy w obwodzie zabiegowym;
- liczniki czasu i liczby zabiegów;
- możliwość wyboru kolorystyki przez klienta z zaproponowanych aparatów.

Wyposażenie

- zestaw elektrod i przewodów konieczny do pracy aparatu i wykonywania zabiegów;
- podkłady wiskozowe 7x7cm- 4 sztuki;
- opaski mocujące 5x50cm-2 sztuki i 5x80 cm-2 sztuki;
- taśma aluminiowa 0,5x100x14 cm;
- instrukcja obsługi.

Dane techniczne:

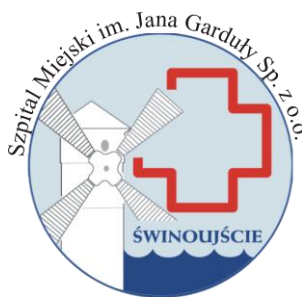
Częstotliwość interferencyjna	1 – 200 HZ
Natężenie prądu interferencyjnego RMS	0-60 mA
Natężenie prądu galwanicznego:	0-50 mA
Natężenie prądu diadynamicznego:	
- prąd średni dla DF	0 - 30 mA
- prąd średni dla MF	0-15 mA
Częstotliwość TENS, HV	1 – 200 Hz
Czas impulsu TENS, HV	50 - 200 μ s
Amplituda prądu TENS, HV, KOTZ, UR, faradycznego i neofaradycznego	0-100 mA
Szerokość impulsu modulowanego	5-990 ms
Czas przerwy	100-4000 ms
Czas opóźnienia	5-150 ms
Amplituda prądów impulsowych (stymulacji porażień) i tonolizy	0-100 mA
Zasilanie	230V / 50Hz / 70VA
Masa aparatu	3kg

II WÓZEK JEZDNY (STOLIK)

Charakterystyka

- wysokość 95 – 100 cm;
- półka połączona z podstawą jezdnią chromowaną kolumną (*rurą*) i zabezpieczona na krawędziach przed możliwością przypadkowego zrzucenia aparatu;
- z przodu ergonomiczny uchwyt ułatwiający przemieszczanie aparatu;
- przy uchwycie wyprofilowane haczyki pozwalające na poręczne odkładanie przewodów pacjenta;
- cztery kółka z czego dwa wyposażone w hamulce.

WARUNKI GWARANCJI		
1.	Bezpłatny serwis gwarancyjny przez okres minimum 36 miesięcy w tym: coroczny bezpłatny przegląd aparatu z wpisem do paszportu urządzenia. Terminu przeglądu pilnuje Wykonawca i ustala jego dokonanie z Zamawiającym	
2	Czas reakcji serwisu max. 2 dni roboczych (<i>przyjazd</i>) W przypadku konieczności wykonania naprawy aparatu w siedzibie serwisu w czasie powyżej 7 dni kalendarzowych, Wykonawca na czas naprawy zagwarantuje aparat zastępczy o równoważnych parametrach.	
3.	Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej (<i>na CD/DVD/PenDrive</i>) min. 2 egz.	
4.	Autoryzacja na serwis zaoferowanego sprzętu na terenie Polski (<i>adres, tel., fax, e-mail</i>)	
5.	Wyrób musi spełniać wymagania zawarte w ustawie z dnia 20 maj 2010 r. o wyrobach medycznych (<i>tekst jedn.: Dz. U. z 2017 r., poz. 211</i>), potwierdzone stosownymi dokumentami, deklaracjami zgodności w zakresie znaku CE oraz certyfikatów jakości i bezpieczeństwa przewidzianych dla	



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345
fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365

	wyrobów medycznych (np.: ISO).	
6	Osoba upoważniona do kontaktów ze Zamawiającym w okresie gwarancji:	

Miejscowość: dn.:

.....
Podpis osoby upoważnionej

Zmienia się na:

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA NA REALIZACJĘ:

**Dostawy i instalacji urządzenia wielofunkcyjnego do leczenia prądami wraz z wózkiem jezdnym dla
spółki Szpitala Miejskiego im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.**

Wykaz minimalnych parametrów technicznych sprzętu dla:

NAZWA (typ, model):

Rok produkcji (min. 2016 r.):

Producent:

Kraj pochodzenia:

Nr katalogowy:

Sprzęt nowy, nieużywany nie demonstracyjny

I APARAT DO ELEKTROTHERAPII

Uniwersalny 2-kanalowy aparat do elektroterapii, który umożliwia wykonywanie zabiegów:

1. prądami interferencyjnymi: statycznym (klasycznym), dynamicznym (izoplanarnym), 2-przewodowym (premodulowanym) oraz przerywanym;
2. prądami diadynamicznymi wg Bernarda typu DF, MF, RS, MM, CP, LP, CPiso, LPiso (z ustawianiem sekwencji);
3. stymulacji porażen (prądy średniej częstotliwości, modulowane w kształcie trójkąta, prostokąta, trapezu i sinusoidy – każdy unipolarny i bipolarny);
4. stymulacji porażen spastycznych (tonoliza) w systemie dwukanałowym;
5. stymulacji TENS, również tzw. modulacja drażniąca;
6. stymulacji TENS BURST (wybuchowy);
7. stymulacji HV (wysokonapięciowa);
8. stymulacji wg Kotz'a (rosyjska stymulacja);
9. prądem Träberta (UR) (2-5);
10. prądem faradycznym i neofaradycznym;
11. elektrogimnastyki z regulacją;
12. jonoforezy;
13. galwanizacji.

Charakterystyka aparatu

14. funkcjonalne złącza typu Lemo;
15. gotowe parametry zabiegów dla typowych schorzeń (min. 100 pozycji);
16. indywidualna regulacja parametrów zabiegu;
17. własne ustawienia parametrów zabiegu wybranych przez obsługę (50 pozycji);
18. niezależna regulacja natężenia prądu w każdym kanale;
19. ustawianie sekwencji prądów diadynamicznych;
20. funkcja elektrogimnastyki z możliwością regulacji;
21. dwa obwody zabiegowe (niezależna regulacja amplitudy);
22. przyjazna dla obsługi funkcja półautomatycznej elektrodiagnostyki (wyznaczanie krzywej i/t, automatyczne wyliczanie wartości współczynników), wyniki ostatniego badania pozostają w pamięci aparatu;
23. dużych rozmiarów ekran ciekłokrystaliczny – ułatwiający odczyt parametrów;
24. wykrywanie przerwy w obwodzie zabiegowym;
25. liczniki czasu i liczby zabiegów;
26. możliwość wyboru kolorystyki przez klienta z zaproponowanych aparatów.

Wypożyczenie

- zestaw elektrod i przewodów konieczny do pracy aparatu i wykonywania zabiegów w tym:
 - elektrody aluminiowe 4 szt – 7 x 7 cm oraz 4 szt. – 7 x 10,5 cm;
 - elektrody silikonowe 4 szt – 7 x 7 cm oraz 4 szt – 7 x 10,5 cm;
 - przewód z wtykiem typu Lemo do podłączenia 2 elektrod do aparatu (jeden obwód); końcówka czerwona na przewodzie czerwonym oznacza wyjście "+" a czarna końcówka na przewodzie czarnym wyjście "-", 2 szt;
- podkłady wiskozowe 7 x 7cm- 4 sztuki oraz 4 szt. 7 x 10,5 cm;
- opaski mocujące 5x50cm-2 sztuki i 5x80 cm-2 sztuki;
- taśma aluminiowa 1 szt - 0,5 x 100 x 14 cm;
- instrukcja obsługi w języku polskim

Dane techniczne:

Częstotliwość interferencyjna	1 – 200 Hz
Natężenie prądu interferencyjnego RMS	0-60 mA
Natężenie prądu galwanicznego:	0-50 mA
Natężenie prądu diadynamicznego: - prąd średni dla DF - prąd średni dla MF	0 - 30 mA 0-15 mA
Częstotliwość TENS, HV	1 – 200 Hz
Czas impulsu TENS, HV	50 - 200 µs
Amplituda prądu TENS, HV, KOTZ, UR, faradycznego i neofaradycznego	0-100 mA
Szerokość impulsu modulowanego	5-990 ms
Czas przerwy	100-4000 ms
Czas opóźnienia	5-150 ms
Amplituda prądów impulsowych (stymulacji porażek) i tonolizy	0-100 mA
Zasilanie (przewód)	230V / 50Hz / 70VA
Masa aparatu	3kg

II WÓZEK JEZDNY (STOLIK)

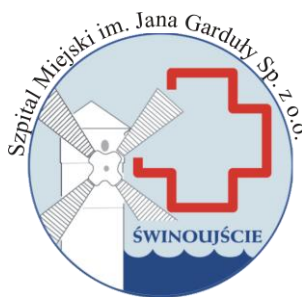
Charakterystyka

- wysokość 95 – 100 cm;
- półka połączona z podstawą jezdnią chromowaną kolumną (*rurą*) i zabezpieczona na krawędziach przed możliwością przypadkowego zrzucenia aparatu;
- z przodu ergonomiczny uchwyt ułatwiający przemieszczanie aparatu;
- przy uchwycie wyprofilowane haczyki pozwalające na poręczne odkładanie przewodów pacjenta;
- cztery kółka z czego dwa wyposażone w hamulce.

WARUNKI GWARANCJI		
1.	Bezpłatny serwis gwarancyjny przez okres minimum 36 miesięcy w tym: coroczny bezpłatny przegląd aparatu z wpisem do paszportu urządzenia. Terminu przeglądu pilnuje Wykonawca i ustala jego dokonanie z Zamawiającym	
2	Czas reakcji serwisu max. 2 dni roboczych (<i>przyjazd</i>) W przypadku konieczności wykonania naprawy aparatu w siedzibie serwisu w czasie powyżej 7 dni kalendarzowych, Wykonawca na czas naprawy zagwarantuje aparat zastępczy o równoważnych parametrach.	
3.	Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej (<i>na CD/DVD/PenDrive</i>) min. 2 egz.	
4.	Autoryzacja na serwis zaoferowanego sprzętu na terenie Polski (<i>adres, tel., fax, e-mail</i>)	
5.	Wyrób musi spełniać wymagania zawarte w ustawie z dnia 20 maj 2010 r. o wyrobach medycznych (<i>tekst jedn.: Dz. U. z 2017 r., poz. 211</i>), potwierdzone stosownymi dokumentami, deklaracjami zgodności w zakresie znaku CE oraz certyfikatów jakości i bezpieczeństwa przewidzianych dla wyrobów medycznych (<i>np.: ISO</i>).	
6	Osoba upoważniona do kontaktów ze Zamawiającym w okresie gwarancji:	

Miejscowość: dn.:

.....
Podpis osoby upoważnionej



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345
fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365

Załącznik nr 3 do SIWZ ZP/04/2017:

Było:

(pieczęć wykonawcy)

FORMULARZ CENOWY

Ja (My), niżej podpisany (ni)
działając w imieniu i na rzecz :

(pełna nazwa wykonawcy)

(adres siedziby wykonawcy)

w odpowiedzi na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym na:

Dostawę i instalację urządzenia wielofunkcyjnego do leczenia prądami dla spółki Szpitala Miejskiego im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.

składamy niniejszy formularz cenowy:

Lp	Nazwa asortymentu	Nr katalogowy	j.m.	Ilość	Cena jedn. netto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość VAT	Wartość brutto
1	Urządzenie wielofunkcyjne do leczenia prądami wraz z wózkiem jezdnym		kpl	1					
Razem							X		

1) cenę umowną netto:

2) podatek VAT:

3) cenę brutto:

....., dn.

(podpis(y) osób uprawnionych do reprezentacji wykonawcy,
w przypadku oferty wspólnej- podpis pełnomocnika
wykonawców)

Zmienia się na:

(pieczęć wykonawcy)

FORMULARZ CENOWY

Ja (My), niżej podpisany (ni)
działając w imieniu i na rzecz :

(pełna nazwa wykonawcy)

(adres siedziby wykonawcy)

w odpowiedzi na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym na:

Dostawę i instalację urządzenia wielofunkcyjnego do leczenia prądami dla spółki Szpitala Miejskiego im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.

składamy niniejszy formularz cenowy:

Lp	Nazwa asortymentu	Nr katalogowy	j.m.	Ilość	Cena jedn. netto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość VAT	Wartość brutto
1	Urządzenie wielofunkcyjne do leczenia prądami wraz z wózkiem jezdny w tym:		kpl.	1			X		
1.1	Urządzenie wielofunkcyjne (z wyposażeniem)		kpl.						
1.2	Wózek jezdny		szt.						
Razem poz. 1							X		

1) cenę umowną netto:

2) podatek VAT:

3) cenę brutto:

....., dn.

(podpis(y) osób uprawnionych do reprezentacji wykonawcy,
w przypadku oferty wspólnej- podpis pełnomocnika
wykonawców)

Pozostałe zapisy SIWZ nie ulegają zmianie.

Prezes Zarządu
Szpitala Miejskiego im. Jan Garduły
w Świnoujściu sp. z o. o.
oryginał podpisu w dokumentacji postępowania
Dorota Konkolewska