**Załącznik nr 2.2 do SWZ – Kosztorys ofertowy wraz ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Asortyment** | **NAZWA ASORTYMENTU NA FAKTURZE\*** | **Jedn. miary** | **IloŚĆ**  **(A)** | **Cena jedn.**  **brutto\***  **(B)** | **STAWKA VAT** | **Wartość brutto\***  **(A)x(B)** | **Producent/ Numer katalogowy\*** |
| 1 | Łóżko wodne do masażu na sucho |  | szt. | 1 |  |  |  |  |
| Razem | | | | | | |  |  |

\* wypełnia Wykonawca

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia - *Łóżko wodne do masażu na sucho – 1 szt.***

| ***L.p.*** | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** / | **Punktacja dodatkowa** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. ***Łóżko wodne do masażu na sucho – 1 szt.*** | | | | |
| 1. ***WYMAGANIA OGÓLNE*** | | | | |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia / | Podać |  | Bez punktacji |
|  | Wyrób fabrycznie nowy z 2024 roku | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Łóżko do suchego hydromasażu | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Co najmniej cztery, ruchome dysze wodne | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Praca dysz naśladująca techniki masażu, co najmniej 6 technik masażu | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Łączenie 4 lub więcej technik masażu w ramach 1 zabiegu, automatycznie – bez konieczności przełączania parametrów przez obsługę lub pacjenta. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Minimum 5 gotowych programów terapeutycznych | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Minimum 5 programów użytkownika | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Program wolny | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Automatyczny pomiar wzrostu pacjenta i dostosowanie obszaru pracy dysz do wybranych stref bez konieczności dokonywania ustawień przez personel lub pacjenta. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Obrotowy panel sterowania, umieszczony poza zasięgiem pacjenta | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość indywidualnego programowania rodzaju i ilości zabiegów, w tym minimum: technik masażu, obszaru masażu, prędkości przesuwania dysz, liczby aktywnych dysz | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Zmiennociśnieniowe poduszki powietrzne, masujące i stabilizujące stopy, minimum trzystopniowa regulacja ciśnienia | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Otwierana pokrywa umożliwiająca izolację od bodźców z otoczenia | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Automatyczne przygotowywanie urządzenia do pracy na zadaną godzinę, programowanie na każdy dzień tygodnia | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Brak zużycia prądu do podtrzymywania temperatury wody poza godzinami pracy ośrodka | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Woda w obiegu zamkniętym | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Chłodzenie wody w obiegu zamkniętym poprzez zintegrowany układ chłodzący, bez zużycia bieżącej wody do chłodzenia i bez konieczności wykonywania przyłączy hydraulicznych w pomieszczeniu instalacji urządzenia. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Siatka pod matą, podtrzymująca pacjenta | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Regulacja temperatury wody w urządzeniu w zakresie minimum od 25°C do 40°C. | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Wysokość łóżka w miejscu wejścia pacjenta nie więcej niż: 50 cm. | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Zasilanie jednofazowe 230 V, 50/60 Hz | TAK |  | Bez punktacji |
| **Inne** | | | | |
|  | Autoryzowany Serwis Producenta (podać nazwę i adres serwisu) | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Deklaracje zgodności lub Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowane urządzenie medyczne jest dopuszczone do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022. (Dz. U z 2022 r. poz. 974). W przypadku, gdy urządzenie nie jest urządzeniem medycznym inne dokumenty wymagane prawem dla danego typu urządzeń. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim. Instrukcja w formie wydrukowanej  i w wersji elektronicznej. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem w raporcie serwisowym. Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę. Należy podać zalecaną przez producenta częstość przeglądów w okresie gwarancji i po gwarancji. | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Wsparcie serwisowe oraz dostępność części zamiennych co najmniej przez 7 lat po zakupie urządzenia. | TAK, podać |  | Bez punktacji |
|  | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia, przeprowadzone  w miejscu instalacji produktu, poświadczone certyfikatem lub protokołem szkolenia. | TAK |  | Bez punktacji |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta nie spełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

* oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;
* oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)
* zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia
* zobowiązujemy się do przeszkolenia personelu w obsłudze urządzenia
* przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy
* ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji
* inne: w ostatnim miesiącu gwarancji aktualizacja oprogramowania (jeśli dotyczy)

*(podpis kwalifikowany)*