

## WYMAGANE PARAMETRY

<b><u>Zakup i dostawa aparatów do krioterapii KRIOPOL R BRYZA II w liczbie pięciu sztuk</u></b> <b>dla Przychodni: Brackiej Wesola, Brackiej Kazimierz-Juliusz, Brackiej Sośnica,</b> <b>Brackiej Porąbka-Klimontów, Brackiej Halemba</b>		
1	Nazwa, typ, model, numer katalogowy	
2	Producent / Kraj	
3	Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe)	

L.p.	Parametry wymagane	Parametry wymagane	Parametry oferowane (należy potwierdzić spełnienie warunków wymaganych oraz podać i/lub opisać oferowane)
1	aparat do krioterapii KRIOPOL R BRYZA II ze zbiornikiem o pojemności 31,5 dm <sup>3</sup>	TAK	
2	częstotliwość 50 Hz	TAK	
3	czynnik chłodzący: ciekły azot	TAK	
4	temperatura strumienia gazu: - 160°C	TAK	
5	urządzenie mobilne	TAK	
6	możliwość regulacji parametrów	TAK	
L.p.	WARUNKI WYKONANIA ZAMÓWIENIA	Warunki wymagane	Warunki oferowane (należy potwierdzić spełnienie warunków wymaganych oraz podać i/lub opisać oferowane)
1	Gwarancja: 24 miesiące (minimum). W okresie gwarancji bezpłatna konserwacja, obsługa serwisowa, aktualizacja oprogramowania, przegląd techniczny, regulacja, kalibracja, wzorcowanie, kontrola bezpieczeństwa zgodnie z wymogami producenta wraz z dokonaniem stosownego wpisu w paszporcie technicznym wyrobu medycznego zgodnie z art. 90 ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 (Dz.U. 2017. 211 z późn. zm.). W przypadku gdy producent nie wymaga wykonanie żadnej z wyżej wymienionej czynności pisemne oświadczenie producenta/importera /dystrybutora/sprzedawcy, że dany wyrób medyczny ich nie wymaga.	TAK	
2	Czas reakcji serwisu od dnia zgłoszenia usterki: 3 dni robocze (maksymalnie)	TAK	
3	Szkolenie personelu w zakresie obsługi aparatów dla minimum 20 osób w jednostkach organizacyjnych Zamawiającego	TAK	
4	Dokumenty potwierdzające, że oferowane urządzenia są dopuszczone do obrotu i stosowania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r. (Dz.U. 2017. 211 z późn. zm.) oraz aktami wykonawczymi do niej – w szczególności certyfikat CE lub deklaracja zgodności, wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych lub oświadczenie z uzasadnieniem, że dane urządzenie nie podlega obowiązkowi wpisu do Rejestru Wyrobów Medycznych (należy dołączyć do oferty)	TAK	
5	Nazwa, adres, nr telefonu, email - podmiotu świadczącego usługi gwarancyjne	-----	

.....  
miejsce i data

.....  
(pieczętka i czytelne podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy)