**Dotyczy:** postępowania o udzielenie zamówienia publicznego o wartości szacunkowej nie przekraczającej kwoty 130 000,00 zł, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt. 1 tj. bez stosowania przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 roku Prawo zamówień publicznych **na zakup wanny do masażu kończyn dolnych i kręgosłupa**

**Uwaga:**

Wymogiem jest, aby wartości podane w kolumnie „Parametr oferowany” 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.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Warunek** | **Parametr oferowany**  **Podać / opisać** |
| 1 | Nazwa – Model/typ/numer katalogowy | Podać |  |
| 2 | Producent | Podać |  |
| 3 | Rok produkcji 2021 | Podać |  |
| ***A. PARAMETRY TECHNICZNE*** | | | |
| **1** | Zasilanie sieciowe 230V, 50/60 Hz, | TAK |  |
| **2** | Pobór mocy max. 1800W | TAK |  |
| **3** | Niecka wanny wzmacniana matami z włókna szklanego | TAK |  |
| **4** | Niecka wanny w kolorze białym lub calypso | TAK |  |
| **5** | Zużycie wody w czasie zabiegu w zakresie od 75 litrów do 210 litrów | TAK |  |
| **6** | Wydajność pompy min. 240 litrów/min. | TAK, podać |  |
| **7** | Możliwość pracy na dwóch poziomach:  - strefa 1 kończyny dolne max. 75 litrów  - strefa 2 kończyny dolne + kręgosłup max. 150 litrów | TAK |  |
| **8** | Regulacja intensywności masażu poprzez napowietrzanie dysz niezależnie dla stref | TAK |  |
| **9** | Czujnik poziomu wody | TAK |  |
| **10** | Liczba dysz: strefa kończyn dolnych + strefa masażu kręgosłupa – 6 +6 szt. | TAK |  |
| **11** | Czujnik temperatury wody | TAK |  |
| **12** | Zabezpieczenie pompy przed pracą na sucho | TAK |  |
| **13** | System odkamieniania sterowany elektronicznie | TAK |  |
| **14** | System automatycznego napełniania | TAK |  |
| **15** | Czas napełniania niecki (do przelewu) max. 3 minuty | TAK, podać |  |
| **16** | Czas opróżniania niecki po zabiegu max. 4 minuty | TAK, podać |  |
| **17** | Półautomatyczny system opróżniania wanny | TAK |  |
| **18** | Elektroniczny system sterowania | TAK |  |
| **19** | Klasa ochronności I, typ B | TAK |  |
| **20** | Stopień ochrony IP – IPX5 | TAK |  |
| **21** | Regulowane stopki umożliwiające wypoziomowanie wanny | TAK |  |
| ***B. WYPOSAŻENIE DODATKOWE*** | | | |
| 1 | Prysznic | TAK |  |
| 2 | Stopień ułatwiający wejście do wanny | TAK |  |
| ***c. Gwarancja –serwis gwarancyjny – serwis pogwarancyjny*** | | | |
| 1 | Gwarancja min. 24 miesiące obejmująca cały system z wykonaniem co najmniej dwóch przeglądów okresowych (jeden na rok lub częściej wg zaleceń producenta) w czasie jej trwania, ostatni przegląd miesiąc przed upływem gwarancji | TAK, podać |  |
| 2 | Wykonawca będzie bez odrębnej płatności sprawował autoryzowany serwis gwarancyjny w okresie trwania gwarancji | TAK |  |
| 3 | Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) w dni robocze max. 48 godzin | TAK |  |
| 4 | Wykonawca zabezpieczy autoryzowany serwis pogwarancyjny na terenie Polski przez okres min. 8 lat: nazwa serwisu, adres, nr telefonu | TAK |  |
| ***d. Szkolenie*** | | | |
| 1 | Przeszkolenie personelu medycznego z zakresu obsługi i konserwacji w miejscu użytkowania wanny do masażu kończyn dolnych i kręgosłupa | TAK |  |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | TAK |  |

**Data: ……………………… *Podpis osoby uprawnionej: …………………..…………………………………***