**Znak sprawy:** **ZP/BZLR/0010/2024** Jaworze, 24.04.2024 r.

**ODPOWIEDŹ NA ZAPYTANIA NR 1**

**PYTANIE NR 1:**

Czy Zamawiający zrezygnuje z konieczności montażu i szkolenia z obsługi lampy do terapii światłem? Obsługa i montaż jest bardzo prosty, nie wymaga specjalistycznej wiedzy.

**ODPOWIEDŹ:**

Zgodnie z Zapytaniem Ofertowym.

**PYTANIE NR 2:**

Czy Zamawiający wymaga lampy o średnicy filtra ok. 11 cm? Lampa do terapii światłem ma trzy rozmiary filtra -ok. 5 cm, 11 cm oraz 15 cm.

**ODPOWIEDŹ:**

Zamawiający dookreśla, iż wymaga lampy do terapii światłem o średnicy filtra ok. 11 cm.

**ODPOWIEDŹ NA ZAPYTANIA NR 2**

**PYTANIE NR 1:**

**Dotyczy: Część I zamówienia: Zakup i dostawa lampy do terapii światłem.**

Czy Zamawiający, może doprecyzować, jaką średnicę ma mieć filtr lampy ok 5 cm, czy ok 11 cm?

**ODPOWIEDŹ:**

Zamawiający dookreśla, iż wymaga lampy do terapii światłem o średnicy filtra ok. 11 cm.

**PYTANIE NR 2:**

**Dotyczy: Część IV zamówienia: Zakup i dostawa kabiny do ćwiczeń i zawieszeń UGUL.**

Czy Zamawiający, dopuści kabinę Ugul posiadającą 8 segmentów, której wymiary całkowite wynoszą 200x203x200 cm?

Wysokość 203 cm wynika z konstrukcji kabiny i stopek, na których kabina stoi.

**ODPOWIEDŹ:**

Zamawiający informuje, iż dopuszcza kabinę Ugul posiadającą 8 segmentów, której wymiary całkowite wynoszą 200x203x200 cm.

**ODPOWIEDŹ NA ZAPYTANIA NR 3**

**PYTANIE NR 1:**

W części IV zamówienia proszę o doprecyzowanie – poza wyposażeniem wymienionym w opisie czy Zamawiający oczekuje dołączenia esików do odwieszania linek, pasów i podwieszek, oraz bloczków i karabińczyków do mocowania osprzętu? Jeśli tak, to proszę o podanie ilości.

**ODPOWIEDŹ:**

Zamawiający dookreśla, iż wymaga również aby w skład wyposażenia kabiny do ćwiczeń i zawieszeń UGUL wchodziły esiki do odwieszania linek, pasów i podwieszek, oraz bloczków i karabińczyków do mocowania osprzętu w ilości 20 szt. W związku z powyższym Zamawiający dokonuje modyfikacji nr 1 załacznika nr 3D do ZO stanowiącego załącznik nr … do umowy nr ZP/…/2024.

**ODPOWIEDŹ NA ZAPYTANIA NR 4**

**PYTANIE NR 1:**

**Dotyczy: Części II zamówienia –** **zakup i dostawa aparatu wielofunkcyjnego**

Czy Zamawiający dopuści do postępowania i uzna spełniający SWZ aparat o poniższych parametrach technicznych?

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Kolorowy ekran dotykowy 5.7” |
| 2. | Gotowe programy terapeutyczne i encyklopedia terapii  |
| 3. | Baza danych pacjentów |
| 4 | Wymiary 230 x 390 x 260 mm |
| 5. | Waga urządzenia: 5kg |
| 6. | Zasilanie: 230 V/50–60 Hz, 115 V/50–60 Hz |
| 7. | Laseroterapia:- tryb pracy – ciągły i impulsowy - dawka – 0.1-100 J/cm2- częstotliwość – 0-10 000 Hz- powierzchnia zabiegowa – 0.1 -100 cm2- współczynnik wypełnienia 5-100%- klasa lasera 3B |
| 8. | Magnetoterapia: - zakres częstotliwości – 0-166 Hz- maksymalna indukcja impulsowa – 128 mT- Technologia Skoncentrowanego Pola Magnetycznego - FMFTM (Focused Magnetic FieldTM)- Technologia Impulsowego Pola Magnetycznego (PMF - Pulsed Magnetic Field): impulsy prostokątne, trójkątne, sinusoidalne, eksponencjalne i ciągłe |
| 9.  | Elektroterapia: - pełna gama prądów o niskich i średnich częstotliwościach z możliwością modyfikacji- programowalne sekwencje- tryb prądu stałego i stałego napięcia- aparat 1-kanałowy- generowane prądy: * Galwaniczny
* Diadynamiczne
* Träberta
* Faradyczny
* Neofaradyczny
* Rosyjska stymulacja
* Impulsy ze wzrostem
* Eksponencjalnym
* Impulsy prostokątne
* Impulsy ze wzrostem

eksponencjalnym* Impulsy stymulujące
* Impulsy trapezoidalne
* Impulsy trójkątne
* Impulsy łączone
* TENS
* NPHV
* Sekwencje
* 2–polowa interferencja
 |
| 10.  | Akcesoria: lewy i prawy uchwyt do sond laserowych, aplikator płaski, 2 kableprzedłużeniowe do aplikatorów do magnetoterapii, pen-pointer do obsługiekranu dotykowego, przewód |

**ODPOWIEDŹ:**

Zamawiający dopuszcza następujące parametry w części II zamówienia – zakup i dostawa aparatu wielofunkcyjnego, wskazane w ww. zapytaniu nr 1:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP. | **PARAMETR OFEROWANY PRZEZ** **WYKONAWCĘ** | **PARAMETR DOPUSZCZANY PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO** |
| 1. | Kolorowy ekran dotykowy 5.7” | **TAK,** z zastrzeżeniem parametru “min. 7 kolorowy wyświetlacz z panelem dotykowym”, określonego w załączniku nr 3B do ZO stanowiący załacznik nr … do umowy nr ZP/…/2024 |
| 2. | Gotowe programy terapeutyczne i encyklopedia terapii  | **TAK** |
| 3. | Baza danych pacjentów | **TAK** |
| 4 | Wymiary 230 x 390 x 260 mm | **TAK** |
| 5. | Waga urządzenia: 5kg | **TAK** |
| 6. | Zasilanie: 230 V/50–60 Hz, 115 V/50–60 Hz | **TAK** |
| 7. | **Laseroterapia:**- tryb pracy – ciągły i impulsowy - dawka – 0.1-100 J/cm2- częstotliwość – 0-10 000 Hz- powierzchnia zabiegowa – 0.1 -100 cm2- współczynnik wypełnienia 5-100%- klasa lasera 3B | **TAK** |
| 8. | **Magnetoterapia:** - zakres częstotliwości – 0-166 Hz- maksymalna indukcja impulsowa – 128 mT- Technologia Skoncentrowanego Pola Magnetycznego - FMFTM (Focused Magnetic FieldTM)- Technologia Impulsowego Pola Magnetycznego (PMF - Pulsed Magnetic Field): impulsy prostokątne, trójkątne, sinusoidalne, eksponencjalne i ciągłe | **TAK** |
| 9.  | **Elektroterapia:**  |
| - pełna gama prądów o niskich i średnich częstotliwościach z możliwością modyfikacji | **TAK** |
| - programowalne sekwencje | **TAK** |
| - tryb prądu stałego i stałego napięcia | **TAK** |
| - aparat 1-kanałowy | **NIE**, zgodnie z treścią ZO oraz załącznika nr 3B do ZOstanowiącego załacznik nr … do umowy nr ZP/…/2024 |
| - generowane prądy: * Galwaniczny
* Diadynamiczne
* Träberta
* Faradyczny
* Neofaradyczny
* Rosyjska stymulacja
* Impulsy ze wzrostem
* Eksponencjalnym
* Impulsy prostokątne
* Impulsy ze wzrostem

eksponencjalnym* Impulsy stymulujące
* Impulsy trapezoidalne
* Impulsy trójkątne
* Impulsy łączone
* TENS
* NPHV
* Sekwencje
* 2–polowa interferencja
 | **TAK** |
| 10.  | Akcesoria: lewy i prawy uchwyt do sond laserowych, aplikator płaski, 2 kableprzedłużeniowe do aplikatorów do magnetoterapii, pen-pointer do obsługiekranu dotykowego, przewód | **TAK** |

Jednocześnie, Zamawiający zastrzega, że ww. urządzenie ma spełniać wszystkie wymogi zawarte w Zapytaniu Ofertowym, co oznacza, że ma spełniać **wszystkie parametry i wymagania** określone w załączniku nr 3B do ZO stanowiący załącznik nr … do umowy nr ZP/…/2024, z uwzględnieniem dopuszczenia określonych parametrów i wymagań w odpowiedzi na niniejsze pytanie. Nie spełnienie wszystkich parametrów i wymagań określonych w załączniku nr 3B do ZO stanowiący załącznik nr … do umowy nr ZP/…/2024 skutkuje odrzuceniem oferty zgodnie z Rozdziałem XV ZO. W przypadku dopuszczenia przez Zamawiającego parametru/ów zgodnie z powyższą tabelą, należy wskazać w pozycji/ach załącznika nr 3B do ZO stanowiącego załącznik nr … do umowy nr ZP/…/2024, kolumna „Potwierdzenie spełnienia parametru” informację *„zgodnie z odpowiedzią nr 4 z dnia 25.04.2024 r.”*.

**PYTANIE NR 2:**

**Dotyczy: Części III zamówienia – zakup i dostawa aparatu do krioterapii**

Czy Zamawiający dopuści do postępowania i uzna spełniający SWZ aparat o poniższych parametrach technicznych?

|  |  |
| --- | --- |
| 1.
 | Rodzaj krioterapii - schłodzone powietrze |
|  | Ekran dotykowy z podświetleniem TFT LED 7” |
|  | 9 programów dla rehabilitacji i ortopedii oraz medycyny sportowej  |
|  | Protokoły użytkownika  |
|  | Temperatura chłodzenia: -35°C |
|  | Maksymalny przepływ powietrza: 1000 l/min |
|  | Rodzaje terapii: dynamiczna, Bezobsługowa za pomocą rękawów |
|  | Dostępne rękawy: płaski, pierścieniowy, stożkowy L, stożkowy M, rękaw na kostkę, łokieć, nogę |
|  | Dysze: 5, 10, 15 mm, dysza kątowa |
|  | Dysza płasko-strumieniowa |
|  | Adapter do krioterapii obu kończyn dolnych |
|  | Ciśnienie powietrza na dyszy wylotowej: 50 mm Hg  |
|  | Tryby pracy: ciągły, długi impulsowy, średni impulsowy, krótki impulsowy |
|  | Intensywność przepływu powietrza: 9 poziomów |
|  | Rodzaj terapii: sekwencja |
|  | Regulowany czas terapii: 1-99 min |
|  | Pojemnik na skroploną wodę |
|  | Wbudowana funkcja rozmrażania |
|  | Faza wstępnego  chłodzenia  |
|  | Wymiary: 600 x 700 x 950 mm |
|  | Waga: 75 kg |
|  | Akcesoria standardowe: wąż zabiegowy z końcówkami  Ø5, Ø10, Ø15 mm, dysza kątowa,  uchwyt na akcesoria, zbiornik na wodę, przewód zasilający |
|  | Akcesoria opcjonalne: Zestaw rękawów handsfree (rękaw na kostkę, rękaw łokciowy, rękaw płaski, rękaw stożkowy (L, M), rękaw pierścieniowy, pojedynczy adapter do rękawa);Zestaw rękawów na kończyny dolne (2x rękaw na nogę, podwójny adapter do rękawa) |

**ODPOWIEDŹ:**

Zamawiający dopuszcza następujące parametry w części III zamówienia – zakup i dostawa aparatu krioterapii, wskazane w ww. zapytaniu nr 2:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  LP. | **PARAMETR OFEROWANY PRZEZ WYKONAWCĘ** | **PARAMETR DOPUSZCZANY PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO** |
|  | Rodzaj krioterapii - schłodzone powietrze | **NIE**, zgodnie z treścią ZO oraz załącznika nr 3C do ZOstanowiącego załacznik nr … do umowy nr ZP/…/2024 |
|  | Ekran dotykowy z podświetleniem TFT LED 7” | **TAK** |
|  | 9 programów dla rehabilitacji i ortopedii oraz medycyny sportowej  | **TAK** |
|  | Protokoły użytkownika  | **TAK** |
|  | Temperatura chłodzenia: -35°C | **NIE**, zgodnie z treścią ZO oraz załącznika nr 3C do ZOstanowiącego załacznik nr … do umowy nr ZP/…/2024 |
|  | Maksymalny przepływ powietrza: 1000 l/min | **NIE**, Zamawiający dookreśla, iż wymaga czynnika chłodzącego – ciekły azot |
|  | Rodzaje terapii: dynamiczna, Bezobsługowa za pomocą rękawów | **TAK** |
|  | Dostępne rękawy: płaski, pierścieniowy, stożkowy L, stożkowy M, rękaw na kostkę, łokieć, nogę | **TAK** |
|  | Dysze: 5, 10, 15 mm, dysza kątowa | **TAK** |
|  | Dysza płasko-strumieniowa | **TAK** |
|  | Adapter do krioterapii obu kończyn dolnych | **TAK** |
|  | Ciśnienie powietrza na dyszy wylotowej: 50 mm Hg  | **NIE** Zamawiający dookreśla, iż wymaga czynnika chłodzącego – ciekły azot |
|  | Tryby pracy: ciągły, długi impulsowy, średni impulsowy, krótki impulsowy | **TAK** |
|  | Intensywność przepływu powietrza: 9 poziomów | **NIE** Zamawiający dookreśla, iż wymaga czynnika chłodzącego – ciekły azot |
|  | Rodzaj terapii: sekwencja | **TAK** |
|  | Regulowany czas terapii: 1-99 min | **TAK** |
|  | Pojemnik na skroploną wodę | **NIE Zamawiający dookreśla, iż akcesorium jest niekompatybilne do pracy z ciekłym azotem** |
|  | Wbudowana funkcja rozmrażania | **NIE Zamawiający dookreśla, iż akcesorium jest niekompatybilne do pracy z ciekłym azotem** |
|  | Faza wstępnego  chłodzenia  | **TAK** |
|  | Wymiary: 600 x 700 x 950 mm | **TAK** |
|  | Waga: 75 kg | **TAK** |
|  | Akcesoria standardowe:  |  |
| * wąż zabiegowy z końcówkami  Ø5, Ø10, Ø15 mm,
 | **TAK** |
| * dysza kątowa,
 | **TAK** |
| * uchwyt na akcesoria,
 | **TAK** |
| * zbiornik na wodę,
 | **NIE Zamawiający dookreśla, iż akcesorium jest niekompatybilne do pracy z ciekłym azotem** |
| * przewód zasilający
 | **TAK** |
|  | Akcesoria opcjonalne: Zestaw rękawów handsfree (rękaw na kostkę, rękaw łokciowy, rękaw płaski, rękaw stożkowy (L, M), rękaw pierścieniowy, pojedynczy adapter do rękawa);Zestaw rękawów na kończyny dolne (2x rękaw na nogę, podwójny adapter do rękawa) | **NIE, Zamawiający dookreśla, iż akcesoria są niekompatybilne do pracy z ciekłym azotem** |

Jednocześnie, Zamawiający zastrzega, że ww. urządzenie ma spełniać wszystkie wymogi zawarte w Zapytaniu Ofertowym, co oznacza, że ma spełniać **wszystkie parametry i wymagania** określone w załączniku nr 3C do ZO stanowiący załącznik nr … do umowy nr ZP/…/2024, z uwzględnieniem dopuszczenia określonych parametrów i wymagań w odpowiedzi na niniejsze pytanie. Nie spełnienie wszystkich parametrów i wymagań określonych w załączniku nr 3C do ZO stanowiący załącznik nr … do umowy nr ZP/…/2024 skutkuje odrzuceniem oferty zgodnie z Rozdziałem XV ZO. W przypadku dopuszczenia przez Zamawiającego parametru/ów zgodnie z powyższą tabelą, należy wskazać w pozycji/ach załącznika nr 3C do ZO stanowiącego załącznik nr … do umowy nr ZP/…/2024, kolumna „Potwierdzenie spełnienia parametru” informację *„zgodnie z odpowiedzią nr 4 z dnia 25.04.2024 r.”*.

Zamawiający,