**Объявление № 45 от 10 октября 2024 года о проведении закупа физиотерапевтического оборудованя (Дарсонваль) способом запроса ценовых предложений**

**Начало подачи ценовых предложений с 11 октября с 8.30 часов по 17 октября до 15 часов, вскрытие конвертов начнется в 16 ч 00 мин в материальном отделе, секретарь комиссии специалист по ГосЗакупкам Фунт Л.А. (87756644338).**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ лота** | **Наименование** | **Кол-во** | **Ед-ца изм** | **Цена за ед.измер, тг** |
| **1** | **Дарсонваль**  **Аппарат дарсонвализации и ультратональной терапии.Ультрадар (режим дарсонвализации)** | **1** | **шт** | **546150,00** |

Перечисленные ниже документы необходимые при приемке товара:

1) копия договора или иные документы, представляемые Поставщиком и подтверждающие его статус производителя, официального дистрибьютора либо официального представителя производителя;

2) счет-фактура, накладная.

3) Регистрационное удостоверение в РК, действующее, не просроченное.

4) Руководство по эксплуатации,

5) Дату выпуска, фирму и страну производителя, серийный и заводской номер на аппарате.

6) Сертификат соответствия продукции

8) Сертификат о происхождении товара

9) Первичную поверку (не ранее июня 2024 года, если поверяется)

10) График гарантийного сервисного обслуживания (не реже 1 раза в квартал)

1) настоящий Договор (в 3 экземплярах);

2) перечень закупаемых товаров;

3) техническая спецификация;

4) акт приема-передачи, акт ввода в эксплуатацию, акт об обучении, акт выполненных работ.

Поставщик должен обучить сотрудников и ввести оборудование в эксплуатацию.

При поставке товара и при передаче пакета документов присутствие представителя фирмы (Поставщика) обязательно.

**Техническая спецификация**

| № | Наименование параметра | | Требуемое значение | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Общие сведения | | | | |
| 1.1. | Наименование оборудования: **Аппарат дарсонвализации и ультратональной терапии** | | 1 комплект | |
| 2. Технические характеристики | | | | |
| 2.1. | Аппарат предназначен для лечебного воздействия импульсным переменным током средней частоты высокого напряжения и переменным током низкой частоты высокого напряжения | |  | |
| 2.2. | Цифровые индикаторы, отражающие управление, индикацию и режим работы аппарата | | Наличие | |
| 2.3. | Амплитудное напряжение на выходе аппарата, кВ  -в режиме дарсонвализации  -в режиме ультратональной терапии | | В диапазоне (8-25)  В диапазоне (1-3) | |
| 2.4. | Частота следования пачек импульсов в режиме дарсонвализации | | Не более 100 Гц | |
| 2.5. | Частота заполнения импульсов в режиме дарсонвализации | | Не более 110 кГц | |
| 2.6. | Частота синусоидального выходного напряжения в режиме ультратональной терапии | | Не более 22 кГц | |
| 2.7. | Время работы аппарата в повторно- кратковременном режиме  - время работы  - время паузы | | не менее 6 ч  не менее 30мин  не менее 10 мин | |
| 2.8. | Диапазон установки таймера | | От 1 до 99 мин | |
| 2.9. | Напряжение питания аппарата, | | Не более 220 В | |
| 2.10. | Потребляемая мощность | | Не более 50 В·А | |
| 2.11. | Габаритные размеры электронного блока | | не более (110х210х260) мм | |
| 2.12. | Масса | | не более 2,5 кг | |
| 2.13. | Регистрационное удостоверение | | Наличие | |
| 3. Комплект поставки | | | | |
| 3.1 | Электронный блок | | 1шт | |
| 3.2 | Сменные электроды:  - грибовидный;  - гребешковый;  - точечный;  - ушной;  - шейный;  - десенный;  - вагинальный;  - ректальный | | Не менее 1 шт  Не менее 1 шт  Не менее 1 шт  Не менее 1 шт  Не менее 1 шт  Не менее 1 шт  Опция  Опция | |
| 3.3 | Паспорт | | 1шт | |
| 4. Требования к упаковке и маркировке | | | | |
| 4.1. | | Упаковка должна быть пригодна для манипуляций при погрузке и разгрузке, гарантировать абсолютную защищенность Оборудования от повреждений или порчи при транспортировке. | | Наличие |
| 5. Дополнительные требования | | | | |
| Срок предоставления гарантии производителя | | | не менее 12 месяцев | |
| Срок предоставления гарантии поставщика | | | не менее 12 месяцев | |
| Объем предоставления гарантии качества: | | |  | |
| -устранение неисправностей, связанных с дефектами производства | | | Наличие | |
| -устранение неисправностей посредством замены запасных частей | | | Наличие | |
| Срок поставки-Не более 30календарных дней с момента подписания договора, адрес: 100101 Карагандинская область,город Абай, ул.Промышленная, 77, физиокабинет. | | |  | |
| Гарантийное сервисное обслуживание медицинской техники не менее 37 месяцев. Плановое техническое обслуживание должно проводиться не реже чем 1 раз в квартал. Работы по техническому обслуживанию выполняются в соответствии с требованиями эксплуатационной документации и включают в себя:  замену отработавших ресурс составных частей;  замене или восстановлении отдельных частей медицинской техники;  настройку и регулировку медицинской техники;  специфические для данной медицинской техники работы;  чистку, смазку и при необходимости переборку основных механизмов и узлов;  удаление пыли, грязи, следов коррозии и окисления с наружных и внутренних поверхностей корпуса медицинской техники его составных частей (с частичной блочно-узловой разборкой);  иные указанные в эксплуатационной документации операции, специфические для конкретного типа медицинской техники.  Каждый комплект товара снабжается комплектом технической и эксплуатационной документации с переводом содержания на казахский или русский языки. Реализация товаров осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан. Комплект поставки описывается с указанием точных технических характеристик товара и всей комплектации отдельно для каждого пункта (комплекта или единицы оборудования) данной таблицы.  Товар, относящийся к измерительным средствам, должен быть внесен в реестр средств измерений Республики Казахстан.  Потенциальный поставщик, не являющийся производителем должен предоставить авторизационное письмо на поставку от завода производителя или официального представителя завода производителя, имеющего сервисные центры на территории Республики Казахстан.  Потенциальный поставщик должен предоставить индустриальный сертификат отечественного производителя.  Потенциальный поставщик должен предоставить копию Регистрационного удостоверения «Национального центра экспертизы лекарственных средств и медицинских изделий» МЗ РК.  Потенциальный поставщик должен предоставить сертификат об утверждении типа средств измерений.  Товар должен быть зарегистрирован в реестре государственной системы обеспечения единства измерений Республики Казахстан и допущен к выпуску в обращение в Республике Казахстан.  Потенциальный поставщик должен предоставить сертификат о поверке средства измерения.  Потенциальный поставщик должен предоставить сертификат соответствия продукции требованиям безопасности и качества. | | |  | |