ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

7 Terapia radiofalowa ukierunkowana

Nazwa producenta: .......................................................

Nazwa i typ: .......................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR / WARUNEK WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY – PODAĆ** |
| 1. | Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej min. 8 cali ułatwiający sterowanie  aparatem |  |
| 2. | Kolorowa encyklopedia terapeutyczna z rysunkami anatomicznymi |  |
| 3. | Klasyfikacja protokołów według efektów terapeutycznych |  |
| 4. | Możliwość wyboru protokołu w zależności od miejsca aplikacji – klasyfikacja  protokołów w grupach anatomicznych |  |
| 5. | Funkcja ulubione – umożliwiająca szybkie uruchomienie programu  terapeutycznego |  |
| 6. | Możliwość zdefiniowania minimum 8 programów terapeutycznych dostępnych jednocześnie na ekranie ulubione |  |
| 7. | Pokrętło nawigacyjne umożliwiające szybkie poruszanie się po menu aparatu |  |
| 8. | Gotowe programy terapeutyczne |  |
| 9. | Programy użytkownika |  |
| 10. | Baza danych pacjentów |  |
| 11. | Moc maksymalna 320 W |  |
| 12. | Częstotliwość pracy 480 – 520 kHz |  |
| 13. | Tryb pracy ciągły/impulsowy |  |
| 14. | Wyjścia elektrod dla elektrod: pojemnościowej / rezystywnej / neutralnej |  |
| 15. | aplikator pojemnościowy z funkcją audiowizualnej kontroli kontaktu |  |
| 16. | aplikator rezystywny z funkcją audiowizualnej kontroli kontaktu |  |
| 17. | Elektrody pojemnościowe izolowane 4 rozmiary (20, 30, 50, 70 mm) |  |
| 18. | Elektrody rezystywne izolowane 4 rozmiary (20, 30, 50, 70 mm) |  |
| 19. | Elektroda samoprzylepna do aplikacji statycznej 37 cm2 (50 szt.) |  |
| 20. | Elektroda neutralna metalowa (160 × 240 mm) |  |
| 21. | Wymiary 320 × 190 × 280 mm |  |
| 22. | Waga 5 kg |  |
| 23. | Funkcja wygaszacza ekranu i wyłączania aparatu |  |
| 24. | Oryginalny stolik producenta aparatu wyposażony w kabel zasilający, posiadający  minimum 5 otwieranych uchylnie schowków oraz 4 kółka jezdne, 2 kółka wyposażone w hamulce. |  |
| 25. | Specjalny uchwyt na krem sprzęgający montowany do stolika |  |
| 26. | Uchwyt na elektrodę neutralną do stolika |  |
| 27. | Autoryzacja producenta na serwis i sprzedaż |  |
| 28. | Firmowe materiały informacyjne producenta lub autoryzowanego dystrybutora w języku polskim potwierdzające spełnienie wymaganych parametrów oferowanego wyrobu – dołączyć do oferty  W przypadku wątpliwości co do zaoferowanych parametrów, Zamawiający zastrzega sobie możliwość wezwania oferenta do prezentacji  oferowanego wyrobu |  |

UWAGI:

1. **Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.**
2. **Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego**

parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.

1. **Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.**

…………………………….

Podpis Wykonawcy