ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

8 Super Indukcyjna Stymulacja

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR / WARUNEK WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY – PODAĆ** |
| 1. | Indukcja magnetyczna 2,5 tesli |  |
| 2. | Częstotliwość magnetyczna 1-150 Hz |  |
| 3. | Maksymalna intensywność stymulacji 28 kT/s |  |
| 4. | Czas trwania impulsu 0,01-60 [s] |  |
| 5. | Czas zabiegu 1-60 min |  |
| 6. | Wybór kształtu impulsu |  |
| 7. | Edycja gotowych programów terapeutycznych |  |
| 8. | Gotowe programy terapeutyczne min. 55 programów |  |
| 9. | Tryb automatyczny i ręczny |  |
| 10. | Wyposażenie standardowe: jednostka główna, ramię, aplikator |  |
| 11. | Ekran LCD 8,4” kolorowy ekran dotykowy |  |
| 12. | Nawigacyjny atlas anatomiczny |  |
| 13. | Baza danych pacjentów |  |
| 14. | Programy użytkownika |  |
| 15. | Wskaźnik intensywności pola magnetycznego |  |
| 16. | Możliwość precyzyjnego ustalania kształtu impulsu np. długości narastania natężenia, długości sinusoidy, przerwy między półsinusoidami |  |
| 17. | Aparat bezolejowy, chłodzony powietrzem |  |
| 18. | Możliwość precyzyjnego ustalania kształtu impulsu np. długości narastania natężenia, długości sinusoidy, przerwy między półsinusoidami |  |
| 19. | Uchwyt terapeuty w formie klamkowej umieszczony na rewersie aplikatora celem  zmaksymalizowania bezpieczeństwa personelu w trakcie terapii ręcznej |  |
| 20. | Wskaźnik czasu trwania zabiegu |  |
| 21. | Wskaźnik przegrzania przetwornika |  |
| 22. | Przycisk bezpieczeństwa |  |
| 23. | Długość ramienia 103 cm ( z aplikatorem) |  |
| 24. | Wymiary 500 x 970 x 580 mm (20 x 38 x 23 in) |  |
| 25. | Waga 33 kg |  |
| 26. | Zasilanie 100 V - 240 V , 50-60 Hz |  |
| 27. | Temperatura pracy -10do +55 °C |  |
| 28. | Wilgotność dopuszczalna <85 % |  |
| 29. | Autoryzacja producenta |  |
| 30. | Instrukcja obsługi w języku polskim |  |
| 31. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. |  |
| 32. | 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.**
3. **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