ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

3 Ultradźwięki

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR / WARUNEK WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY – PODAĆ** |
| 1. | Jeden kanał do terapii ultradźwiękowej |  |
| 2. | Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej min. 7 cali ułatwiający sterowanie aparatem |  |
| 3. | Kolorowa encyklopedia terapeutyczna z rysunkami anatomicznymi |  |
| 4. | Klasyfikacja protokołów według efektów terapeutycznych |  |
| 5. | Możliwość wyboru protokołu w zależności od miejsca aplikacji – klasyfikacja  protokołów w grupach anatomicznych |  |
| 6. | Funkcja ulubione – umożliwiająca szybkie uruchomienie programu  terapeutycznego |  |
| 7. | Możliwość zdefiniowania minimum 8 programów terapeutycznych dostępnych jednocześnie na ekranie ulubione |  |
| 8. | Pokrętło nawigacyjne umożliwiające szybkie poruszanie się po menu aparatu |  |
| 9. | Wieloczęstotliwościowa (1MHz i 3MHz) i wodoodporna głowica ultradźwiękowa  5cm2 |  |
| 10. | Podgrzewane głowice ultradźwiękowe |  |
| 11. | Możliwość jednoczesnego podłączenia dwóch głowic do aparatu |  |
| 12. | Wizualna kontrola kontaktu głowicy ze skórą pacjenta zarówno w samej głowicy  jak i na aparacie |  |
| 13. | Praca ciągła i impulsowa (10-150Hz) |  |
| 14. | Możliwość ustawienia automatycznego przełączania częstotliwości przez aparat  (1MHz i 3MHz) w trakcie jednego zabiegu |  |
| 15. | Współczynnik wypełnienia regulowany w zakresie minimum 5-95 % |  |
| 16. | Natężenie od 0,1 do 3W/cm2 przy pracy impulsowej i do 2W/cm2 przy pracy  ciągłej |  |
| 17. | Możliwość współpracy z głowicami ultradźwiękowymi montowanymi na ciele pacjenta za pomocą pasów, umożliwiającymi prowadzenie terapii bez obecności terapeuty |  |
| 18. | Możliwość podłączenia wieloczęstotliwościowej (1MHz i 3MHz) i wodoodpornej  głowicy ultradźwiękowej 1cm2 |  |
| 19. | Płynna modyfikacja parametrów ultradźwięku |  |
| 20. | Sekwencje zapisywane przez użytkownika minimum 150 |  |
| 21. | Bank programów terapeutycznych zapisanych w pamięci aparatu (gotowe diagnozy) |  |
| 22. | Możliwość tworzenia i zapisywania własnych programów terapeutycznych  (minimum 500) |  |
| 23. | Kolorowa encyklopedia terapeutyczna z rysunkami anatomicznymi z opisem  prawidłowego wykonania zabiegu, ich odstępów i ilości w zależności od jednostki  chorobowej. |  |
| 24. | Klasyfikacja protokołów według efektów terapeutycznych |  |
| 25. | Sygnały dźwiękowe |  |
| 26. | Wizualna identyfikacja aktywnych akcesoriów. |  |
| 27. | Obsługa aparatu oraz instrukcja w języku polskim |  |
| 28. | Klasa bezpieczeństwa II ( wg IEC 536 ) |  |
| 29. | Zasilanie 100-240 V, 50-60 Hz |  |
| 30. | Waga aparatu max 3 kg. |  |
| 31. | Wymiary 380 x 190 x 260 mm |  |
| 32. | Gwarancja 24 miesiące |  |
| 33. | Autoryzacja od producenta na sprzedaż i serwis urządzenia na terenie Polski |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 34. | Certyfikat CE, Deklaracja zgodności z CE |  |
| 35. | Możliwość podłączenia głowicy bezobsługowej. |  |
| 36. | W zestawie wieloczęstotliwościowa (1MHz i 3MHz) i wodoodporna głowica ultradźwiękowa o powierzchni minimum 5cm2 |  |
| 37. | W zestawie bezobsługowa głowica o powierzchni 18cm2 z wyraźnie wydzielonymi  polami zabiegowymi |  |
| 38. | Nakładka dystansowa do powierzchni obłych mocowana na magnes |  |
| 39. | Uchwyt mocowany do aparatu do bezobsługowej głowicy ultradźwiękowej |  |
| 40. | Oryginalny stolik producenta aparatu, posiadający minimum 6 otwieranych  uchylnie schowków oraz 4 kółka jezdne, 2 kółka wyposażone w hamulce |  |
| 41. | Autoryzacja serwisowa producenta |  |
| 42. | Certyfikat CE, Deklaracja zgodności z CE dołączony do oferty |  |

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