ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

6 Aparat do masażu uciskowego

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR / WARUNEK WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY – PODAĆ** |
| 1. | Aparat do masażu uciskowego |  |
| 2. | Kolorowy ekran dotykowy minimum 5.7“ ułatwiający sterowanie aparatem |  |
| 3. | Zakres ciśnienia min. 20 -160 mmHg |  |
| 4. | Gradient 0 -100% płynna regulacja |  |
| 5. | Encyklopedia z gotowymi protokołami zabiegowymi - minimum 20 |  |
| 6. | Dokładnie opisane programy do rehabilitacji i do medycyny estetycznej |  |
| 7. | Gotowe sekwencje programów zabiegowych |  |
| 8. | Możliwość tworzenia i zapisywania minimum 100 własnych programów użytkownika |  |
| 9. | Niezależna regulacja ciśnienia dla każdej komory |  |
| 10. | Regulacja prędkości nadmuchiwania aplikatora |  |
| 11. | Parametry aktywności komór aplikatora widoczne na ekranie |  |
| 12. | Aplikatory (mankiety):  Mankiet na nogę – 10 komór,- 2 sztuki Mankiet na rękę – 8 komór – 1 sztuka Spodnie 24 komór  Złącze do dwóch mankietów |  |
| 13. | Waga Max 7,5 kg |  |
| 14. | Czas trwania terapii do 99 minut |  |
| 15. | Złącze umożliwiające łatwą i szybką wymianę aplikatorów |  |
| 16. | Automatyczna identyfikacja aplikatora przez aparat |  |
| 17. | Możliwość wyłączenia poszczególnych komór w aplikatorze |  |
| 18. | Komory łuskowo zachodzące na siebie |  |
| 19. | Elektroniczny system kontroli ucisku |  |
| 20. | Automatyczne opróżnianie aplikatorów po zakończonym zabiegu |  |
| 21. | Oryginalny stolik producenta aparatu wyposażony w kabel zasilający, posiadający  minimum 5 otwieranych uchylnie schowków oraz 4 kółka jezdne, 2 kółka wyposażone w hamulce. |  |
| 22. | Autoryzacja od producenta aparatu na sprzedaż i serwis na terenie Polski |  |

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