**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH**

Przedmiot zamówienia: **Urządzenie do głębokiej stymulacji elektromagnetycznej**

Producent: ……………………….

Oferowany model: ……………………..

Rok produkcji: …………………………..

Ilość 1

Wartość ……………………… zł brutto

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETRY OFEROWANE | |
| 1 | Indukcja magnetyczna max. 2,5 tesli | TAK, Podać |  | |
| 2 | Częstotliwość magnetyczna min. 1-150 Hz | TAK, Podać |  | |
| 3 | Maksymalna intensywność stymulacji min. 28 kT/s | TAK, Podać |  | |
| 4 | Czas trwania impulsu 0,01-60 [s] | TAK |  | |
| 5 | Czas zabiegu 1-60 min | TAK |  | |
| 6 | Wybór kształtu impulsu | TAK |  | |
| 7 | Możliwość precyzyjnego ustalania kształtu impulsu np. długości narastania trapezu, długości sinusoidy, przerwy między półsinusoidami | TAK |  | |
| 8 | Wyposażenie: jednostka główna, ramię z trzema hamulcami i dwoma zawiasami obrotowymi zamocowane bezpośrednio do urządzenia, aplikator koncentrujący. | TAK |  | |
| 10 | Gotowe programy terapeutyczne min. 55 | TAK, podać |  | |
| 11 | Możliwość swobodnej modyfikacji gotowych protokołów zabiegowych i ich zapisywania | TAK |  | |
| 12 | Programy użytkownika z możliwością ustawienia parametrów i ich zapisywania | TAK |  | |
| 13 | Tryb automatyczny i ręczny | TAK |  | |
| 14 | Wszystkie elementy obudowy są trwałymi, solidnymi odlewami, żaden element nie jest drukowany na drukarce 3D | TAK |  | |
| 15 | Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej 8,4” | TAK |  | |
| 16 | Nawigacyjny atlas anatomiczny | TAK |  | |
| 17 | Baza danych pacjentów | TAK |  | |
| 18 | Program POPRAWA ODDYCHANIA wpisany na trwało w liście jednostek chorobowych urządzenia | TAK |  | |
| 19 | Program POPRAWA KRĄŻENIA KRWI I TROFIKI wpisany na trwało w liście jednostek chorobowych urządzenia | TAK |  | |
| 20 | Wskaźnik intensywności pola magnetycznego | TAK |  | |
| 21 | Wskaźnik czasu trwania zabiegu | TAK |  | |
| 22 | Wskaźnik przegrzania przetwornika | TAK |  | |
| 23 | Przycisk bezpieczeństwa | TAK |  | |
| 24 | Długość ramienia max. 103 cm ( z aplikatorem) | TAK |  | |
| 25 | Wymiary 500 x 970 x 580 mm +/-5 mm | TAK |  | |
| 26 | Waga max. 35 kg | TAK , podać | |  |
| 27 | Zasilanie 100 V - 240 V , 50-60 Hz | TAK | |  |
| 28 | Gwarancja min. 24 miesiące. W okresie gwarancji serwis i przeglądy techniczne na koszt Wykonawcy | TAK |  | |
| 29 | Deklaracja Zgodności, Certyfikat CE | TAK |  | |

Wszystkie ww. parametry i wymogi są parametrami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

............................................................................

(podpis osoby uprawnionej do składania

oświadczeń woli w imieniu wykonawcy)