**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH**

Przedmiot zamówienia: **Dwukanałowy aparat do terapii energotonowej**

Producent:

Oferowany model:

Rok produkcji:

Ilość: 1 kpl

Wartość: ………………….. zł brutto

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETRY OFEROWANE |
|  | Dwukanałowy aparat (kanały w pełni niezależne), do TERAPII ENERGOTONOWEJ (high tone power therapy), działającej na przyczyny powstania bólu, dzięki działaniu na organizm na poziomie struktur komórkowych. Praca w oparciu o efekt niestymulacyjny – SimulFAM *i* lub stymulacyjny – SimulFAM X. Zastosowanie: neurologia, ortopedia, ginekologia, urologia, leczenie bólu, witalizacja sił życiowych organizmu, leczenie stresu, medycyna sportowa. | TAK |  |
|  | Ilość kanałów terapeutycznych - 2 | TAK |  |
|  | Formy prądu - Sinusoidalne 4 096 - 32 768Hz | TAK |  |
|  | Częstotliwość skanowania 0,1 - 200Hz | TAK |  |
|  | Prąd wyjściowy (na kanał) max. 310mA/kanał | TAK |  |
|  | Napięcie wyjściowe na kanał max. 76V/kanał | TAK |  |
|  | Maksymalna moc wyjściowa 5000mW/kanał | TAK |  |
|  | Wyświetlacz LCD kolor 15'' z panelem dotykowym | TAK |  |
|  | Zegar zabiegowy maksymalnie 90min. | TAK |  |
|  | Zasilanie 100 - 240V, 50 - 60Hz | TAK |  |
|  | Pobór mocy maksymalnie 200VA | TAK |  |
|  | Masa 11 kg (bez wyposażenia) | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące. W okresie gwarancji serwis i przeglądy techniczne ponosi Wykonawca | TAK |  |
|  | Deklaracja Zgodności, Certyfikat CE | TAK |  |

Wszystkie ww. parametry i wymogi są parametrami granicznymi, których niespełnieni 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)