**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH**

Przedmiot zamówienia:  **Aparat do terapii skupioną falą uderzeniową**

Producent: ……………………..

Oferowany model:……………………..

Rok produkcji: …………………………..

Ilość – 1 szt

Wartość …………………………… zł brutto

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETRY OFEROWANE |
|  | Kolorowy ekran dotykowy 8,4’’ zintegrowany na stałe z urządzeniem | TAK, podać |  |
|  | Dodatnia gęstość strumienia energii 0,01 – 0,65mJ/mm2 | TAK |  |
|  | Szczytowe dodatnie ciśnienie akustyczne w punkcie ogniskowym 65 MPa | TAK |  |
|  | Promień strefy ogniskowej min. 2,9 mm | TAK |  |
|  | Zasięg strefy ogniskowej min. 35 mm | TAK |  |
|  | Regulacja intensywności 5-100% (płynnie co 1%) | TAK |  |
|  | Częstotliwość w zakresie 1-25 Hz | TAK |  |
|  | Tryb pracy pojedyńcza, sekwencja | TAK |  |
|  | Programy Quick | TAK |  |
|  | Liczba uderzeń 0-9999 | TAK |  |
|  | Programy użytkownika | TAK |  |
|  | Możliwość modyfikacji poszczególnych sekcji w sekwencji terapii | TAK |  |
|  | Możliwość tworzenia i zapisywania własnych sekwencji terapeutycznych | TAK |  |
|  | Licznik uderzeń | TAK |  |
|  | Aplikator bez obiegu wody, przycisk wyświetlania i uruchamiania | TAK, PODAĆ |  |
|  | Aplikator z regulacją parametrów na ekranie dotykowym | TAK |  |
|  | Test jakości uderzeń | TAK |  |
|  | Nakładki sprzęgające max. 3 szt. (S, M, L) | TAK, podać |  |
|  | Głębokość penetracji 0-65 mm | TAK |  |
|  | Waga urządzenia max. 30 kg | TAK |  |
|  | Wymiary 580x980x550 mm +/-5 cm | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące. W okresie gwarancji serwis i przeglądy techniczne na koszt wykonawcy | TAK |  |
|  | 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)