**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH**

Przedmiot zamówienia: **Aparat 2-kanałowy do magnetoterapii**

Producent:…………………….

Oferowany model: ………………

Rok produkcji:…………………….

Ilość – 2 kpl

Wartość 2 kpl. x ……………… zł brutto = ……………………zł brutto

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETRY OFEROWANE |
|  | Aparat 2 – kanałowy do niezależnej terapii dwóch pacjentów | TAK |  |
|  | Impulsowe pole magnetyczne - impusly: prostokatne, trójkątne, sinusoidalne, eksponencjalne | TAK |  |
|  | Możliwość modulacji impulsów: częstotliwość losowa, seria impulsów, fala sinusoidalna, fala trapezoidalna, fale symetryczne | TAK |  |
|  | Kolorowy ekran dotykowy min. 4,3 cala | TAK, PODAĆ |  |
|  | Maksymalna indukcja impulsowa 128 mT | TAK |  |
|  | Zakres częstotliwość : 0-166 Hz | TAK, PODAĆ |  |
|  | Bank programów terapeutycznych zapisanych w pamięci aparatu (gotowe diagnozy) | TAK |  |
|  | Kolorowa encyklopedia terapeutyczna z rysunkami anatomicznymi | TAK |  |
|  | Aplikatory z technologią FMF (skoncentrowane pole magnetyczne) | TAK |  |
|  | Wyposażenie: stół z przesuwanym aplikatorem min. fi 70 cm oraz aplikatorem min. fi 30 cm | TAK, PODAĆ |  |
|  | Stolik z możliwością zintegrowania z aparatem, 4 kółka jezdne oraz 6 zamykanych schowków | TAK, PODAĆ |  |
|  | 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 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)