**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH**

Przedmiot zamówienia:  **Diatermia krótkofalowa**

Producent: ……………..

Oferowany model:…………….

Rok produkcji: …………………

Ilość: 1 kpl

Wartość: ……………………….. zł brutto

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETRY OFEROWANE |
|  | Kolorowy ekran dotykowy 5,7” | TAK |  |
|  | 1 kanał kondensatorowy | TAK |  |
|  | 2 kanały indukcyjne – możliwość podłączenia dwóch aplikatorów indukcyjnych jednocześnie | TAK |  |
|  | Moc Impulsowa 400 W / Ciągła 200 W | TAK |  |
|  | Min. 60 gotowe programy terapeutyczne | TAK |  |
|  | Możliwość tworzenia własnych programów użytkownika min. 100 | TAK |  |
|  | Częstotliwość pracy 27,12 MHz | TAK, PODAĆ |  |
|  | Częstotliwość impulsu 50–1500 Hz | TAK, PODAĆ |  |
|  | Czas trwania impulsu 50–2000 μs | TAK |  |
|  | Aplikatory kondensatorowe średnica 13 cm szt.2 z kablami | TAK, PODAĆ |  |
|  | 2 ramiona do aplika torów kondensatorowych | TAK |  |
|  | Encyklopedia z opisem oraz kolorowymi ilustracjami przedstawiającymi umiejscowienie aplikatorów w aparacie | TAK |  |
|  | Baza danych pacjentów | TAK |  |
|  | Przycisk bezpieczeństwa pacjenta | TAK |  |
|  | Obsługa aparatu w języku polskim | TAK |  |
|  | Ramiona 6 przegubowe z pełną rotacją 360° | 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 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)