|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje** **(wartości minimalne wymagane)** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Zestaw magnoterapii z możliwością poruszania cewki w pionie, z możliwością dwóch niezależnych kanałów – 1 zestaw**Oferowany model: …………………………………………………………Producent: …………………………………………………………Rok produkcji ………………………………………………………… |
|  | Aparat nowy, nieużywany, wyklucza się aparaty demonstracyjne. Rok produkcji min.2022. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wykonywania min. 4 zabiegów jednocześnie. | 4> zabiegi- 5 pkt4 zabiegi – 0 pkt |  |
|  | Minimum dwa niezależne kanały magnetoterapii z osobnymi ustawieniami parametrów w każdym podłączenie na dwa aplikatory.  | TAK, podać |  |
|  | Niezależny kanał do laseroterapii - możliwość wykonywania zabiegów sondą laserową. | TAK, podać  |  |
|  | Aparat wyposażony w aplikator o średnicy 60 cm przesuwany na leżance oraz aplikator średnicy 60 cm przesuwany na podnośniku (±5%). | TAK, podać  |  |
|  | Dedykowana leżanka do aplikatora w zestawie. | TAK, podać |  |
|  | Częstotliwość zmian pola magnetycznego min. 1 – 100 [Hz]. | TAK, podać  |  |
|  | Zmiana indukcji pola magnetycznego min. 0 – 20 [mT]. |  TAK, podać  |  |
|  | Czas impuls / przerwa min. 0,5 – 6 [s]. | TAK, podać |  |
|  | Zasilanie: 230V / min. 50Hz / min. 200W.  | TAK, podać |  |
|  | Waga aparatu max 8 kg.  | TAK, podać |  |
|  | Kształty zmian pola magnetycznego:* sinusoida, prostokąt, trójkąt – unipolarne i bipolarne
* MX1 - kolejna zmiana kształtów, przy stałej częstotliwości
* MX2 - kolejna zmiana kształtów, z jednoczesną zmianą częstotliwości.
 | TAK, podać  |  |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje** **(wartości minimalne wymagane)** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Laser wysokoenergetyczny wraz z okularami do każdego aparatu – 2 sztuki**Oferowany model: …………………………………………………………Producent: …………………………………………………………Rok produkcji ………………………………………………………… |
|  | Urządzenie nowe nieużywane, wyklucza się aparaty demonstracyjne. Rok produkcji min. 2022. | TAK, podać |  |
|  | Laser wysokoenergetyczny generujący zsynchronizowane fale minimum:- ciągłą o długości 808 nm- impulsową o długości 905 nmza pomocą jednej sondy w tym samym momencie. | TAK, podać |  |
|  | Moc średnia min. 3,3 W. | TAK, podać |  |
|  | Zakres częstotliwość nie mniejszy niż 1-2000 Hz ( regulacja co 1 Hz) oraz emisja ciągła. | TAK, podać |  |
|  | Sonda ręczna pole zabiegowe minimum 3,0 cm2 | TAK, podać |  |
|  | Głowica automatycznie poruszająca się w kilku ustawionych kierunkach min. 5. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość rozbudowy o sondę mocowana na ramieniu, pole zabiegowe minimum 18 cm2. | TAK, podać |  |
|  | Bank gotowych programów terapeutycznych minimum 65. | TAK, podać |  |
|  | Minimum dwa niezależne kanały. | 2> niezależne kanały – 5 pkt2 niezależne kanały – 0 pkt |  |
|  | Aparat sterowany poprzez kolorowy wyświetlacz dotykowy. | TAK, podać |  |
|  | Wbudowany atlas anatomiczny. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość modyfikacji parametrów takich jak tryb pracy (praca ciągła oraz modulowana), częstotliwośćmodulacji, czas, poziom mocy, cykl pracy. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wprowadzenia własnych kanałów terapeutycznych (co najmniej 1) na 10 -18 użytkowników. | TAK, podać |  |
|  | Automatyczna kalkulacja wyemitowanej energii zgodnie z ustawionymi parametrami. | TAK, podać |  |
|  | Lista programów terapeutycznych z opisem procedur leczenia, zdjęciami obszaru zabiegowego oraz sposobem aplikacji. | TAK, podać |  |
|  | Laser przenośny z wózkiem, wbudowany akumulator umożliwiający pracę bez zasilania sieciowego. | TAK, podać |  |
|  | Podstawa jezdna z hamulcami i miejscem na sondę ręczną. | TAK, podać |  |
|  | Menu w języku polskim.  | TAK, podać |  |
|  | Waga aparatu nie większa niż 45kg, | TAK, podać |  |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje** **(wartości minimalne wymagane)** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Aparat do elektroterapii i laseroterapii przenośny – 3 sztuki**Oferowany model: …………………………………………………………Producent: …………………………………………………………Rok produkcji ………………………………………………………… |
|  | Aparat nowy, nieużywany, wyklucza się aparaty demonstracyjne. Rok produkcji min. 2022. | TAK, podać |  |
|  | Aparat wyposażony w niezbędne akcesorium do prawidłowej pracy:min. 6 kabli do elektrodmin. 36 elektrod węglowychoraz sonda punktowa o mocy min 400 mW/800 nm, praca ciągła i impulsowa.  | TAK, podać |  |
|  | Kolorowy ekran graficzny z panelem dotykowym. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość stosowania jako aparat przenośny. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość jednoczesnego wykonywania zabiegów laseroterapii i elektroterapii. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość jednoczesnego wykonywania dwóch zabiegów. | TAK, podać |  |
|  | Wbudowane programy gotowe minimum: 80 pozycji do elektroterapii i 100 do laseroterapii. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość zapisania przez obsługę własnych parametrów zabiegu. | TAK, podać |  |
|  | Licznik czasu i liczby wykonanych zabiegów. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość indywidualnej regulacji parametrów zabiegów przy pomocy klawiatury ekranowej.  | TAK, podać |  |
|  | Ekran ciekłokrystaliczny (LCD) min. 4 cale. | TAK, podać |  |
|  | Funkcja sterowania pracą wentylatora.  | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wykonywania zabiegów prądami interferencyjnymi 2 i 4 elektrodowymi (minimum dynamiczne, statyczne, przerywane, izoplanarne i wektorem dipolowy). | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wykonywania zabiegów prądami diadynamicznymi minimum typu MF, DF, CP, LP, CPiso, LPiso, RS, MM z możliwością ustawiania sekwencji. | TAK, podać |  |
|  | Prądy średniej częstotliwości modulowane w kształcie trójkąta, sinusoidy, trapezu i prostokąta – każdy unipolarny i bipolarny. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wykonywania zabiegów dwukanałowej stymulacji porażeń spastycznych (tonoliza). | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wykonywania zabiegów prądami TENS. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wykonywania zabiegów prądami TENS BURST. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wykonywania zabiegów prądem HV (wysokonapięciowym). | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wykonywania zabiegów prądem Träberta (Ultra Reiz). | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wykonywania zabiegów prądem Kotza. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wykonywania zabiegów prądem faradycznym i neofaradycznym. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wykonywania zabiegów prądem jonoforezy. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wykonywania zabiegów prądem galwanizacji. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wykonywania zabiegów mikroprądami. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wykonywania zabiegów w trybie stałego prądu lub stałego napięcia (CC i CV). | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wykonywania zabiegów elektrogimnastyki. | TAK, podać |  |
|  | Ustawienie sekwencji prądów DD. | TAK, podać |  |
|  | Funkcja ochrony pacjenta przy zaniku zasilania. | TAK, podać |  |
|  | Funkcja testowania elektrod. | TAK, podać |  |
|  | Funkcja wykrywająca przerwy w obwodzie elektrycznym. | TAK, podać |  |
|  | Tryb pracy lasera ciągły lub impulsowy. | TAK, podać |  |
|  | Funkcja pomiaru mocy lasera. | TAK, podać |  |
|  | Funkcja powtórzeń emisji dawki lasera. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość pracy z sondą lasera o świetle czerwonym lub podczerwonym. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość pracy z sondą impulsową.  | TAK, podać |  |
|  | Możliwość pracy z sondą wielodiodową. | TAK, podać |  |
|  | Masa urządzenia maksymalnie 3,5 kg. | TAK, podać |  |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje** **(wartości minimalne wymagane)** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Lampa do naświetlań z podczerwienią 4 sztuki + dodatkowe żarówki** Oferowany model: …………………………………………………………Producent: …………………………………………………………Rok produkcji ………………………………………………………… |
|  | Urządzenie nowe, nieużywane, wyklucza się urządzenia demonstracyjne. Rok produkcji min. 2022. | TAK, podać |  |
|  | Lampa do naświetleń z podczerwienią na statywie regulowanym za pomocą sprężyny gazowej. | TAK, podać |  |
|  | Tubus wyposażony w wentylator chłodzący oraz system mocowania filtrów. | TAK, podać |  |
|  | Promiennik (żarówka) podczerwieni o mocy max 375W. | TAK, podać |  |
|  | Dodatkowe żarówki podczerwieni (promienniki) – 2 szt do każdej lampy | TAK, podać |  |
|  | Pulpit sterujący z przyciskami. | TAK, podać |  |
|  | Programy i sekwencje zabiegowe: min. 10 programów użytkownika.  | TAK, podać |  |
|  | Regulacja mocy promiennika | TAK, podać |  |
|  | Regulacja długości trwania zabiegu max. 30 minut. | TAK, podać |  |
|  | Regulacja mocy promieniowania: (10 - 100) %. | TAK, podać |  |
|  | Ustawienie czasu zabiegu max 30 min. | TAK, podać |  |
|  | Wymiary: długość max 740 x szerokość max 480 x wysokość min 1180 mm – max.1760 mm. | TAK, podać |  |
|  | Masa urządzenia: 23 kg. (±5 kg). | TAK, podać |  |
|  | W zestawie okulary ochronne dla pacjenta i terapeuty. | TAK, podać |  |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje** **(wartości minimalne wymagane)** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Głowice do ultradźwięków do aparatów kompatybilnych ze sprzętem posiadanym przez Zamawiającego (Solatronic SLE) – 3 sztuki**Oferowany model: …………………………………………………………Producent: …………………………………………………………Rok produkcji ………………………………………………………… |
|  | Urządzenie nowe, nieużywane, wyklucza się urządzenia demonstracyjne. Rok produkcji min. 2022. | TAK, podać |  |
|  | Głowica ultradźwiękowa  | TAK, podać |  |
|  | Automatyczna głowica do zabiegów ultradźwiękowych min. 5 cm2. | TAK, podać |  |
|  | Powierzchnia terapeutyczna max 5 cm2.  | TAK, podać |  |
|  | Maks. moc średnia min, 12,5W. | TAK, podać |  |
|  | Szczytowa moc impulsu max15W. | TAK, podać |  |
|  | Częstotliwość ultradźwięków 1MHz lub 3,3MHz . | TAK, podać |  |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje** **(wartości minimalne wymagane)** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Głowica do ultradźwięków do aparatów kompatybilnych ze sprzętem posiadanym przez Zamawiającego (Solatronic SLE) – 1 sztuka**Oferowany model: …………………………………………………………Producent: …………………………………………………………Rok produkcji ………………………………………………………… |
|  | Urządzenie nowe, nieużywane, wyklucza się urządzenia demonstracyjne. Rok produkcji min. 2022. | TAK, podać |  |
|  | Głowica ultradźwiękowa  | TAK, podać |  |
|  | Głowica do zabiegów ultradźwiękowych min.1 cm2. | TAK, podać |  |
|  | Powierzchnia terapeutyczna min. 1,33 cm2. | TAK, podać |  |
|  | Maks. Moc średnia minimum 3,3 W.  | TAK, podać |  |
|  | Szczytowa moc impulsu max 4 W. | TAK, podać |  |
|  | Częstotliwość ultradźwięków 1 MHz lub 3,3 MHz. | TAK, podać |  |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje** **(wartości minimalne wymagane)** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Urządzenie do laseroterapii wysokoenergetycznej ze skanerem automatycznym – 1 sztuka**Oferowany model: …………………………………………………………Producent: …………………………………………………………Rok produkcji ………………………………………………………… |
|  | Urządzenie nowe, nieużywane, wyklucza się urządzenia demonstracyjne, Rok produkcji min. 2022. | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie generujące zsynchronizowane ze sobą fale w tej samej jednostce czasu minimum :-ciągłą o długości 808 nm-impulsową o długości 905 nm  | TAK, podać |  |
|  | Moc średnia min. 3,3 W, moc szczytowa min. 3 x 25 W. | TAK, podać |  |
|  | Powierzchnia zabiegowa min. 18 cm2  | TAK, podać |  |
|  | Głowica automatycznie poruszająca się w kilku ustawionych kierunkach min. 5. | >5 kierunków – 5 pkt.5 kierunków – 0 pkt. |  |
|  | Regulowany kąt nachylenia ramienia i wysokości kolumny, | TAK, podać |  |
|  | Minimum dwa w pełni niezależne kanały. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość zapisania min. 10 kont dla personelu medycznego. | TAK, podać |  |
|  | Sonda ręczna o mocy średniej 1,1 W. | TAK, podać |  |
|  | Szerokość wiązki sondy ręcznej o średnicy min. 2cm. | TAK, podać |  |
|  | Zakres częstotliwość od 1 do 2 kHz. | TAK, podać |  |
|  | Laser na podstawie jezdnej z hamulcami i miejscem na sondę ręczną. | TAK, podać |  |
|  | Przycisk bezpieczeństwa. | TAK, podać |  |
|  | Hasło dostępu. | TAK, podać |  |
|  | Automatyczna kalkulacja wyemitowanej energii. | TAK, podać |  |
|  | Waga max 45 kg. | TAK, podać |  |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje** **(wartości minimalne wymagane)** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | Wymagania techniczne – dotyczy wszystkich powyższych urządzeń |  |  |
|  | Paszport techniczny oraz instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z urządzeniem. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące od dnia instalacji potwierdzonej protokołem uruchomienia i przekazania urządzenia w terminie uwzględniającym godziny pracy Zamawiającego. | 24 m-ce – 0 pkt30 m-cy – 5 pkt 36 m-cy – 10 pkt42 m-ce – 15 pkt48 m-cy – 20 pkt |  |
|  | Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 24 godz. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Czas oczekiwania na skuteczne usunięcie uszkodzenia /dotyczy sprzętu medycznego/:a. niewymagającej importu części nie dłużej niż 2 dni robocze /dotyczy sprzętu medycznego/b. wymagającej importu części nie dłużej niż 10 dni roboczych. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Wykonawca dostarczy, urządzenie oraz przeprowadzi instruktarz obsługi i konserwacji w cenie oferty. | TAK, podać |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wraz z urządzeniem uzupełnionego paszportu technicznego o dane identyfikujące urządzenie (m.in. numer seryjny, rok produkcji, model, producent). | TAK, podać |  |
|  | Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 10 lat od daty sprzedaży /dotyczy sprzętu medycznego. | TAK, podać |  |

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie nawet jednego z  w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w  oferowanej konfiguracji.

 …………………………………..

 Podpis osoby uprawnionej do

 reprezentowania Wykonawcy