**MCM/WSM/ZP3/2014**

**Załącznik Nr 2. 10 do SIWZ**

Nazwa wykonawcy: .........................................

Miejscowość : ........................................

Adres wykonawcy : .........................................

**Wymagane Parametry Techniczne**

**Dwukanałowy aparat do elektroterapii**

Producent : ………………………….. ( podać )

Oferowany model : ………………………….. ( podać )

Rok produkcji : ………………………………………(podać)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PARAMETR/WARUNEK** | **Parametr wymagany** |
|  | Co najmniej 8 calowy kolorowy ekran dotykowy | TAK  |
| 2 | aparat wyposażony w 2 niezależne kanały, kanały z możliwością ustalenia przebiegu pracy prądów: zsynchronizowana, alternatywna, oddzielna | TAK |
| 3 | pełen przekrój prądów, ponad 100 zdefiniowanych programów z możliwością indywidualnej modyfikacji wybranych parametrów zabiegu z możliwością zapisania na karcie pamięci | TAK  |
| 4 | minimum 120 miejsc wolnych + 120 na programy „ulubione” | TAK  |
| 5 | możliwość współpracy z Vaco | TAK  |
| 6 | parametry ustawiane indywidualnie | TAK  |
| 7 | możliwość stosowania obwodu CC i CV, podstawa prądu galwanicznego 0%, 20%, 50%, zmiana polaryzacji manualna / automatyczna w zaprogramowanym cyklu | TAK  |
| 8 | trening pulsacyjny, możliwość regulacji | TAK  |
| 9 | szeroka baza programów specjalnych, diagnostyka i terapia porażeń, rehabilitacja mięśni, rehabilitacja sportowa, programy do stymulacji mięśni, poprawy ich funkcjonowania oraz wydolności | TAK  |
| 10 | programy do diagnostyki i leczenia schorzeń mięśniowych, rehabilitacja sportowa kolejność programów z automatyczną kontrolą fazy rozgrzewki, fazy treningu i fazy relaksu | TAK  |
| 11 | wybór rodzaju zabiegu według wskazań podanych alfabetycznie lub według atlasu anatomicznego ciała (min. 120 wskazań terapeutycznych) | TAK  |
| 12 | zestaw niezbędnego wyposażenia: min. elektrody - 2 pary, podkłady - 2 pary, 2 pasy do mocowań, tester, 2 kable do elektroterapii kabel zasiania… | TAK  |
| 13 | minimum 2 opakowanie elektrod jednorazowych w trzech rozmiarach min. 150 par | TAK  |
| 15 | instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |
| 16 | dostawa, montaż i szkolenie personelu po instalacji  | TAK |
| 17 | serwis gwarancyjny i pogwarancyjny zapewnią firmy wskazane przez Wykonawcę– podać w załączeniu wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania tych czynności( Dz. U. z 2010r. Nr107 poz. 679 art. 90 ust. 4) | TAK |
| 18 | Gwarancja min. 36 miesięcy | TAK |

Uwaga!

**Przedstawione dane techniczne należy potwierdzić odpowiednimi materiałami informacyjnym producenta, folder lub prospekt oferowanego przedmiotu zamówienia potwierdzający spełnienie wymaganych parametrów technicznych zgodnie z opisem w SIWZ.**

**Uwaga!**

Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do

użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji

Data……………………..………..

 …………………………………………………………………………………

 (Podpis z pieczątką imienną, lub podpis czytelny osoby

 uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)