**MCM/WSM/ZP3/2014**

**Załącznik Nr 2. 11 do SIWZ**

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

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

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

**Wymagane Parametry Techniczne**

**Aparat do terapii ultradźwiękowej**

Producent : ………………………….. ( podać )

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PARAMETR/WARUNEK** | **Parametr wymagany** |
|  | co najmniej 8 calowy kolorowy ekran dotykowy | TAK  |
| 2 | głowica wieloczęstotliwościowa o wielkości 5 cm² z systemem typu „SonoSwing” do jednoczesnego i procentowego dawkowania częstotliwości zabiegowych, z zakresu 0.8 MHz i 2,4 MHz, (możliwość ustawienia głębokości wnikania pola ultradźwięków, co 5%)  | TAK |
| 3 | moc wyjściowa: 3W/cm² dla głowicy 5 cm² | TAK  |
| 4 | informacja o sprzężeniu: 2 kolory (zmiana koloru głowicy) i dźwiękowa (sygnał dźwiękowy) | TAK  |
| 5 | minimum 9 programów zdefiniowanych | TAK  |
| 6 | możliwość modyfikacji programów i zapisanie na karcie pamięci oraz minimalnie 120 miejsc wolnych + 120 miejsc na programy „ulubione” | TAK  |
| 7 | minimum 50 wskazań terapeutycznych | TAK  |
| 8 | tryby pracy 20Hz, 50 Hz, 100 Hz | TAK  |
| 9 | wypełnienie 1/2, 1/3, 1/5, 1/10 | TAK  |
| 10 | aparat lekki, możliwość przenoszenia: waga 2 kg | TAK  |
| 11 | przybliżone wymiary: szerokość 33 cm, wysokość 13 cm, głębokość 22 cm.  | TAK  |
| 12 | instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |
| 13 | dostawa, montaż i szkolenie personelu po instalacji  | TAK |
| 14 | 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 |
| 15 | 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)