**MCM/WSM/ZP3/2014**

**Załącznik Nr 2. 1 do SIWZ**

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

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

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

**Wymagane Parametry Techniczne**

**Aparat do terapii Falą uderzeniową**

Producent : ………………………….. ( podać )

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PARAMETR/WARUNEK** | **Parametr wymagany** |
| 1  | balistyczna, radialna fala uderzeniowa z wykorzystaniem impulsów wytworzonych przez generator elektromagnetyczny | TAK  |
| 2  | bez użycia kompresora | TAK |
|  3  | poziomy mocy w przedziale: 60 - 185 mJ  | TAK  |
| 4 | płynna regulacja częstotliwości od 1 do 22 Hz (co 1Hz) | TAK  |
| 5 | 3 wiązki impulsów: 4, 8 i 12 impulsów z częstotliwością 22 Hz | TAK  |
| 6 | minimum 7 programów terapii z możliwością indywidualnej regulacji parametrów | TAK  |
| 7 | minimum 25 zobrazowanych programów terapii według wskazań | TAK  |
| 8 | wbudowany atlas anatomiczny  | TAK  |
| 9 | co najmnniej 8 calowy kolorowy ekran dotykowy | TAK  |
| 10 | osobne pokrętła do regulacji mocy i częstotliwości  | TAK  |
| 11 | aplikator uruchamiany za pomocą włącznika nożnego | TAK  |
| 12 | możliwość indywidualnej modyfikacji wybranych parametrów zabiegu i zapisanie na karcie pamięci | TAK  |
| 13 | co najmniej 120 wolnych miejsc do zapisania programów | TAK  |
| 14 | żywotność aplikatora – minimum 2 000 000 uderzeń | TAK |
| 15 | wymienne głowice do aplikatora: 6mm,15mm (min. 2szt.), 25mm | TAK |
| 16 | co najmniej 10 silikonowych nakładek ochronnych | TAK  |
| 17 | aplikator w anodyzowanej obudowie aluminiowej, chłodzony wentylatorem | TAK  |
| 18 | aparat przenośny wyposażony w aluminiową walizkę  | TAK |
| 19 | wymiary urządzenia około: 322 x 235 x 130 mm ( szer. x głęb. x wys.) – tolerancja 10% | TAK  |
| 20 | maksymalna waga całkowita - 15 kg  | TAK  |
| 21 | instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |
| 22 | dostawa, montaż i szkolenie personelu po instalacji  | TAK |
| 23 | 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 |
| 24 | 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)