**MCM/WSM/ZP3/2014**

**Załącznik Nr 2. 9 do SIWZ**

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

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

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

**Wymagane Parametry Techniczne**

**ZESTAW DO LASEROTERAPII - LASER BIOSTYMULACYJNY Z SONDĄ PRYSZNICOWĄ**

Producent : ………………………….. ( podać )

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PARAMETR/WARUNEK** | **WARUNEK** | **Parametr wymagany** |
| 1. | Sterownik umożliwiający pracę z różnymi sondami zabiegowymi | sondy punktowe, sonda powierzchniowa (prysznicowa) | TAK  |
| 2. | możliwość ustawienia poszczególnych parametrów zabiegu  | czas, dawka, dawka/cm2,pole zabiegu, częstotliwośćmoc sondy | TAK |
| 3. | uniwersalne gniazda umożliwiające dowolne podłączenie sond zabiegowych | 3 gniazda | TAK  |
| 4. | zabezpieczenie przed uruchomieniem przez osoby niepożądane | blokada elektroniczna | TAK  |
| 5. | zabezpieczenie przed wejściem do gabinetu, w trakcie zabiegu, przez osoby niepożądane | blokada drzwiowa elektroniczna(wyposażenie dodatkowe) | TAK  |
| 6. | wyłącznik bezpieczeństwa | pilot dla pacjenta(wyposażenie dodatkowe) | TAK  |
| 7. | wyświetlacz typu LED podświetlany | min 5 cali | TAK  |
| 8. | zakres częstotliwości | 1-10000 Hz | TAK  |
| 9. | regulacja mocy sond | 25-100% | TAK  |
| 10. | kartoteka zaprogramowanych procedur terapeutycznych (dla sond punktowych) | Min. 60 | TAK  |
| 11. | kartoteka zaprogramowanych procedur terapeutycznych (dla sondy skanującej) | Min. 30 | TAK  |
| 12. | Programy Nogiera, Volla, Bahra, Reiningera | TAK |
| 13. | Programy własne użytkownika | Min. 30 | TAK |
| 14. | Możliwość podłączenia innych sond, w tym: punktowych, sond prysznicowych IR, R/IR oraz sondy skanującej | TAK |
| 15 | Gwarancja min. 36 miesięcy | TAK |
| 16 | instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |
| 17 | dostawa, montaż i szkolenie personelu po instalacji  | TAK |
| 18 | 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 |

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)