|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LP. | Parametry techniczne | Wymagania graniczne | Potwierdzenie spełnienia parametruwymaganego w zakresie przedmiotuzamówienia oferowanego przezWykonawcę (**należy wskazać TAK/NIE) Wypełnia Wykonawca** |  |
|  | Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej minimum 8” | TAK |  |  |
|  | Indukcja magnetyczna do 2,5 tesli włącznie | TAK |  |  |
|  | Częstotliwość magnetyczna 1-150 Hz | TAK |  |  |
|  | Maksymalna intensywność stymulacji 28 kT/s | TAK |  |  |
|  | Czas trwania impulsu 0,01-60 [s] | TAK |  |  |
|  | Programowany czas zabiegu 1-60 min | TAK |  |  |
|  | Opcja wyboru zabiegu : z bazy lub poprzez ustawienie manualne parametrów zabiegowych. | TAK |  |  |
|  | Baza wbudowanych programów zabiegowych (minimum 50) | TAK |  |  |
|  | Możliwość precyzyjnego ustalania kształtu impulsu np. długości narastania trapezu, długości sinusoidy, przerwy, itp. | TAK |  |  |
|  | Możliwość swobodnej modyfikacji gotowych protokołów zabiegowych i ich zapisywania. | TAK |  |  |
|  | Możliwość tworzenia i zapamiętywania własnych protokołów zabiegowych. | TAK |  |  |
|  | Nawigacyjny schemat anatomiczny dla wyboru rodzaju oddziaływania w zależności od rodzaju dolegliwości | TAK |  |  |
|  | Możliwość tworzenia bazy danych pacjentów | TAK |  |  |
|  | Wyposażenie: jednostka główna, wieloprzegubowe (min.3 przeguby) ramię aplikatora z możliwością zablokowania ustawienia w poszczególnych przegubach, aplikator koncentrujący dołączany lub odłączany od ramienia. | TAK |  |  |
|  | Wskaźnik intensywności pola magnetycznego | TAK |  |  |
|  | Wskaźnik czasu trwania zabiegu | TAK |  |  |
|  | Wskaźnik przegrzania przetwornika | TAK |  |  |
|  | Przycisk bezpieczeństwa | TAK |  |  |
|  | Długość ramienia z aplikatorem min. 1000 mm  | TAK |  |  |
|  | Wysokość jednostki głównej zapewniająca łatwy dostęp do panelu sterowania: min. 950-1000 mm  | TAK |  |  |
|  | Powierzchnia zajmowana przez urządzenie max. 600x600 mm | TAK |  |  |
|  | Waga max. 35 kg | TAK |  |  |
|  | Zasilanie 240 V , 50-60 Hz | TAK |  |  |
|  | Wyrób medyczny | TAK |  |  |
|  | Gwarancja min. 24 m-ce  | TAK |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |  |

Arkusz parametrowy należy złożyć wraz z ofertą

Załącznik nr 1.1. do SWZ

**„Dostawa urządzenia do terapii polem elektromagnetycznym ”**

**SPECYFIKACJA TECHNICZNA**

**Producent:……………………………………….**

**Typ/model:…………………………………………**

**Rok produkcji:………………………………….**

UWAGA:

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

2. Potwierdzenia spełnienia parametru wymaganego w zakresie przedmiotu zamówienia oferowanego przez Wykonawcę jest konieczne (zaznaczone TAK) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

3. W celu sprawdzenia wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, nie powystawowe, kompletne, będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 *(kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty)*