|  |
| --- |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** |
| **Producent / Firma** | **Podać** |  |
| **Nazwa / typ urządzenia** | **Podać** |  |
| **Kraj pochodzenia** | **Podać** |  |
| **Rok produkcji 2023 r** | **Podać** |  |
| **Urządzenia fabrycznie nowe** | **Podać** |  |
| **lp.** | **Parametr wymagany** | **Ilość** | **Warunek granicznyTAK** | **Parametr oferowany** |
|  | **Aparat do elektroterapii** | **1 szt.** |  |
|  | Wyświetlacz min. 5” z panelem dotykowym |  | Tak |   |
|  | Dwa niezależne kanały zabiegowe |  | Tak |   |
|  | Regulacja natężenia w obwodzie pacjenta |  | Tak |  |
|  | Test elektrod |  | Tak |  |
|  | Tryb manualny |  | Tak |  |
|  | Baza jednostek chorobowych, wybieranych po nazwie lub dziedzinie |  | Tak |  |
|  | Baza wbudowanych programów zabiegowych |  | Tak |  |
|  | Baza programów użytkownika |  | Tak |  |
|  | Baza programów ulubionych |  | Tak |  |
|  | Encyklopedia z metodyką zabiegów |  | Tak |  |
|  | Statystyki przeprowadzonych zabiegów |  | Tak |  |
|  | Akumulator |  | Tak |  |
|  | Autotest |  | Tak |  |
|  | Komunikaty o błędach i uszkodzeniach |  | Tak |  |
|  | Zegar zabiegowy (1-60 minut) |  | Tak |  |
|  | Rysik do ekranu LCD | 1 | Tak |  |
|  | Elektrody do elektroterapii | 6 | Tak |  |
|  | Kable pacjenta | 2 | Tak |  |