

AG/ZP-17/2023 Załącznik nr 3H do SWZ

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**PAKIET 8 APARAT DO TERAPII USTRLADŹWIĘKAMI WRAZ Z GŁOWICĄ ZABIEGOWĄ BEZOBSŁUGOWĄ – 1 SZT.**

Producent:

Oferowany model/typ:

Rok produkcji (wymagany fabrycznie nowy):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **lp**. | **Parametry techniczne – warunki graniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  |
| **I.** | **APARAT DO TERAPII USTRLADŹWIĘKAMI WRAZ Z GŁOWICĄ ZABIEGOWĄ BEZOBSŁUGOWĄ** |  |  |
| 1 | * Duży (4,3’) kolorowy graficzny wyświetlacz z panelem dotykowym
* Przyjazna obsługa przyciskami oraz ekranem dotykowym
* Głowice dwuczęstotliwościowe:
* 1MHz i 3,3MHz o powierzchni 5cm2 lub 1cm2
* Praca ciągła i impulsowa
* Do wyboru dwie wygodne, ergonomiczne wersje głowic
* Głowice wodoodporne
* Regulacja wypełnienia impulsów płynna lub skokowa
* Sygnalizacja świetlna i dźwiękowa sprzęgania głowicy z pacjentem
* Gotowe programy zabiegowe dla typowych schorzeń
* Programy własne – wygodny panel zapisu przez terapeutę (klawiatura ekranowa)
* Liczniki czasu i liczby wykonanych zabiegów
 | Tak |  |
| 2 | * wymiary: 335 x 270 x 125 mm
 | Tak |  |
| 3 | Zabiegi terapii ultradźwiękowej stosuje się m.in. w leczeniu:* chorób zwyrodnieniowych stawów
* zespołów bólowych
* stanów pourazowych, złamań, naderwań i stłuczeń
* owrzodzeń, blizn, przykurczy
* stanów zapalnych
* chorób reumatycznych
* nerwobóli, zapaleń nerwów
* wybranych chorób wewnętrznych
 | Tak |  |
| 4 | * moc ciągła: 2,5W/cm2
* moc impulsowa w szczycie: 3W/cm2
* częstotliwość ulktradźwięków: 1MHz lub 3,3MHz
* częstotliwość impulsów: 10-150Hz
* wypełnienie impulsów płynnie: 5 – 100%, krok 5%; skokowo: 6,25%; 12,5%; 25%; 50%
* zegar sterujący czasem zabiegu: 1 sec - 30 min
* zasilanie sieć jednofazowa: ~230V 10%, 50Hz, 50VA
* klasa ochronności elektrycznej: I typ B
* temperatura otoczenia: 10°C - 40°C
* wilgotność względna: do 85%
 | Tak |  |
| 5 | Wyposażenie standardowe:żel do terapii ultradźwiękowej* instrukcja użytkowania
* bezpiecznik
 | Tak |  |
| 6. | Wyposażenie dodatkowe * stolik
 | Tak  |  |
| 7. | Zasilanie akumulatorowe  | Tak/Nie |  |
| **II.** | Głowica ultradźwiękowa | Tak – podać nazwę handlową, model oraz producenta |  |
| 1 | powierzchnia terapeutyczna 5 cm2 | Tak |  |
| 2 | maks. moc średnia: 12,5 W | Tak |  |
| 3 | szczytowa moc impulsu: 15 W | Tak |  |
| 4 | częstotliwość ultradźwiękowa 1 MHz lub 3,3 MHz | Tak |  |
| 5. | Głowica podgrzewana  | Tak/ Nie |  |
| **III.** | Głowica zabiegowa bezobsługowa | Tak – podać nazwę handlową, model oraz producenta |  |
| 1 | powierzchnia terapeutyczna 6x3 cm2 [18cm2] | Tak |  |
| 2 | maks. moc średnia: 12,5 W | Tak |  |
| 3 | szczytowa moc impulsu: 12,5 W | Tak |  |
| 4 | częstotliwość ultradźwiękowa 1 MHz lub 3,3 MHz | Tak |  |
| 5. | Głowica podgrzewana  | Tak/Nie |  |

\* wypełnia Wykonawca UWAGA!!!

**Brak wpisu w polach parametr oferowany lub nie spełnienie zapisów poszczególnych warunków parametrów wymaganych spowoduje odrzucenie oferty Wykonawcy.**

Oświadczamy, że oferowane urządzenie/sprzęt/wyposażenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.

.................................................................................

 miejscowość i data

 ...............................................................................

 podpis i pieczątka osoby uprawnionej

**Dokument elektroniczny, podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym**