

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**