|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 3.9** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 9 – Diatermia krótkofalowa Z DWOMA RAMIONAMI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany*** | ***Wartość oferowana*** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2020 lub nowszy |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
|  |  | ***Parametr wymagany***  | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE\*\****  |
| **Wymagania podstawowe** |
| 1 | Aparat do leczenia falami krótkimi | TAK |  |
| 2 | Aparat mobilny wyposażony w kółka jezdne | TAK |  |
| 3 | Aparat pracuje w trybie ciągłym i impulsowym | TAK |  |
| 4 | Elektromagnetyczne pole wysokiej częstotliwości generuje w tkance prądy wirowe co prowadzi do powstania energii cieplnej | TAK |  |
| 5 | Aparat posiada 2 aplikatory indukcyjny, umieszczone na dwóch ramionach umożliwiającym szybkie i dokładne ustawienie go we właściwej pozycji | TAK |  |
| 6 | Wskazania terapeutyczne dostępne są na ekranie urządzenia | TAK |  |
| 7 | Zasilanie 100-240 V; 50 Hz | TAK |  |
| 8 | Max. pobór mocy 1Kva | TAK |  |
| 9 | Częstotliwość 27,12 MHz | TAK |  |
| 10 | Max moc wyjściowa tryb ciągły: 400 W, tryb impulsowy - 1000 W  | TAK |  |
| 11 | Tryb pracy ciągły, impulsowy | TAK |  |
| 12 | Częstotliwość impulsu 100 do 300 Hz | TAK |  |
| 13 | Wymiary (dł. x szer. x wys) ok. 500 x 310 x 870 mm | TAK |  |
| 14 | Masa ok. 45 kg | TAK |  |
| 15 | Deklaracja zgodności i certyfikat CE na urządzenie i akcesoria pomocnicze | TAK |  |
| 16 | klasa I BF, certyfikat medyczny |  |  |
| 17 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 18 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 3.16** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 16 – Lampy bakteriobójcze**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany*** | ***Parametr oferowany*** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | 2021 |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 5 szt. |  |
|  | ***Wymagania ogólne*** | ***Parametr wymagany i wskazany do oceny*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |
| 1 | Dezynfekowana kubatura: 25-50 m3/h | TAK |  |
| 2 | Napięcie zasilania: 230 V 50 Hz | TAK |  |
| 3 | Pobór mocy: 75 VA | TAK |  |
| 4 | Trwałość promiennika: 8000 h  | TAK |  |
| 5 | Wydajność wentylatora: 132 m3/h | TAK |  |
| 6 | Zasięg działania lampy: 10-20 m2 | TAK |  |
| 7 | Klasa zabezpieczenia ppor.: i | TAK |  |
| 8 | Wymiary kopuły: 1125 x 215 x 130 mm | TAK |  |
| 9 | Wymiary: 600 x 1340 x 600 mm | TAK |  |
| 10 | Masa: 13 kg | TAK |  |
| 11 | Przewód z wtyczką | TAK |  |
| 12 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 13 | Certyfikat CE lub deklaracja zgodności lub wpis / zgłoszenie do Urzędu Rejestracji Wyrobów Medycznych | TAK, podać |  |
| 14 | Lampa musi posiadać opcje pracy w obecności człowieka |  |  |
| 15 | Urządzenie stojące. Mobilne |  |  |
| 16 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, Podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy