Załącznik nr 2

Pakiet nr 1

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa | Ilość | Cena jednostkowa netto | Wartość netto | VAT | Wartość brutto |
| 1 | Aparat do terapii falą uderzeniową | 1 |  |  |  |  |
|  | Razem |  |  |  |  |  |

**Wartość netto słownie…………………………………………………………………………**

**Wartość brutto słownie…………………………………………………………………………**

**Nazwa przedmiotu i model:…………………….................................**

**Producent/ kraj pochodzenia: ………………..............................…..**

**Rok produkcji ......................................**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY | PARAMETRY OFEROWANE |
|  | Ciśnienie kompresora 1 – 5 bar |  |
|  | Częstotliwość emisji impulsów (uderzeń) 1 – 25 Hz |  |
|  | Ilość uderzeń 1 – 10 000 |  |
|  | Żywotność systemu balistycznego 2 miliony cykli |  |
|  | Zasilanie 100-240 V, 47-63 Hz, 24VDC 6,25A |  |
|  | Wymiary aparatu max.: 36,1 x30,4 x15,1 cm |  |
|  | Masa sterownika max: 7 kg |  |
|  | Masa z aplikatorem i zasilaczem 9 kg |  |
|  | Ilustrowana encyklopedia zabiegowa |  |
|  | Min. 44 programy zabiegowe |  |
|  | Min. 50 programów do ustawień dla użytkownika |  |
|  | Tryb emisji fal uderzeniowych: pojedynczy, ciągły, burst, **interwałowy** |  |
|  | wyposażenie minimalne:   * kabel zasilający (1 szt.) * zasilacz impulsowy (1 szt.) * aplikator fali uderzeniowej (1 szt.) * transmiter 10 mm (1 szt.) * transmiter 15 mm (1 szt.) * transmiter 20 mm (1 szt.) * zapasowe uszczelki 8x3, 12x3, 13x3 (po 2 szt.) * zapasowa sprężyna elastomerowa (2 szt.) * żel do ultradźwięków 500 g (1 szt.) * zapasowy bezpiecznik zwłoczny (1 szt.) * uchwyt aplikatora (1 szt.) * klucz do komory pocisku (1 szt.) * wkrętak do montażu uchwytu (1 szt.) * ściereczka do wyświetlacza (1 szt.) * rysik do wyświetlacza (1 szt.) * instrukcja obsługi (1 szt.) |  |
|  | Szkolenie z obsługi i użytkowania przez wykfalifikowanego dystrybutora lub producenta |  |
|  | Gwarancja w miesiącach min 24 miesiące -należy podać |  |
|  | Bezpłatny serwis gwarancyjny w terminie …godzin po zgłoszeniu usterki – należy podać |  |
|  | Autoryzowany serwis techniczny w Polsce – podać adres, tel |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim |  |
|  | Certyfikat wyrobu medycznego |  |

Pakiet nr 2

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa | Ilość | Cena jednostkowa netto | Wartość netto | VAT | Wartość brutto |
| 1 | Aparat do terapii ultradźwiękowej | 1 |  |  |  |  |
|  | Razem |  |  |  |  |  |

**Wartość netto słownie…………………………………………………………………………**

**Wartość brutto słownie…………………………………………………………………………**

**Nazwa przedmiotu i model:…………………….................................**

**Producent/ kraj pochodzenia: ………………..............................…..**

**Rok produkcji ......................................**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY | PARAMETRY OFEROWANE |
| 1. | 5” kolorowy wyświetlacz z panelem dotykowym |  |
| 2. | Tryb manualny |  |
| 3. | Jednostki chorobowe wybierane po nazwie lub dziedzinie |  |
| 4. | Baza wbudowanych programów zabiegowych min. 156 |  |
| 5. | Baza programów użytkownika min. 50 (dla każdego aplikatora) |  |
| 6. | Programy ulubione |  |
| 7. | Możliwość edycji nazw programów użytkownika |  |
| 8. | Encyklopedia z opisem metodyki zabiegu |  |
| 9. | Możliwość wykonywania terapii LIPUS |  |
| 10. | Statystyki przeprowadzanych zabiegów |  |
| 11. | Emisja ciągła/ impulsowa |  |
| 12. | Kontrola przylegania czoła głowicy (mierzony efektywny czas zabiegu) |  |
| 13. | Wyposażenie:  - głowica max. 1 cm2; 1/ 3 MHz  - głowica min. 5 cm2; 1/ 3 MHz |  |
| 14. | Maksymalne natężenie fali ultradźwiękowej 2/3 W/cm2 |  |
| 15. | Regulowane wypełnienie w trybie impulsowym |  |
| 16. | Wymiary aparatu max. 25,0 x 27,0 x 16,5 cm |  |
| 17. | Masa aparatu max. 3 kg |  |
| 18. | Możliwość podłączenia akumulatora Li-lon |  |
| 19. | Zasilanie, pobór mocy 100 – 240 VAC, 50/60 Hz,24 VDC, 2,5 A |  |
| 20. | Gwarancja w miesiącach min 24 miesiące -należy podać |  |
| 21. | Bezpłatny serwis gwarancyjny w terminie …godzin po zgłoszeniu usterki – należy podać |  |
| 22. | Autoryzowany serwis techniczny w Polsce – podać adres, tel |  |
| 23. | Certyfikat wyrobu medycznego |  |
| 24. | Instrukcja obsługi w języku polski |  |
|  |  |  |

Pakiet nr 3

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa | Ilość | Cena jednostkowa netto | Wartość netto | VAT | Wartość brutto |
| 1 | Aparat do krioterapii z wykorzystaniem zimnego powietrza | 1 |  |  |  |  |
|  | Razem |  |  |  |  |  |

**Wartość netto słownie…………………………………………………………………………**

**Wartość brutto słownie…………………………………………………………………………**

**Nazwa przedmiotu i model:…………………….................................**

**Producent/ kraj pochodzenia: ………………..............................…..**

**Rok produkcji ......................................**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.P. | WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY | PARAMETRY OFEROWANE |
|  | Temperatura do -40°C |  |
|  | Przepływ powietrza regulowany, osiągający wartość 1500 l/min |  |
|  | Długość przewodu do terapii min. 170 cm |  |
|  | Wymiary (wys./szer./ gł.) : 93/30/40 cm (+/- 2cm) |  |
|  | Wymienne końcówki o średnicy 5, 10, 15 mm |  |
|  | Dysza kątowa |  |
|  | Ciężar do 54 kg |  |
|  | Zasilanie: 110/230 V 50/60 Hz |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące |  |
|  | Certyfikat wyrobu medycznego |  |
|  | Bezpłatny serwis gwarancyjny w terminie …godzin po zgłoszeniu usterki – należy podać |  |
|  | Autoryzowany serwis techniczny w Polsce – podać adres, tel |  |