**PCZ/II-ZP/10/2019 Załącznik nr 2.2 do SIWZ**

**ZESTAWIENIE WARUNKÓW I PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**APARATY DO FIZJOTERAPII - Pakiet 2**

**Uwaga! Zamawiający w Pakiecie 2 wymaga kompletnej, pełnej oferty.**

Osoba wyznaczona do kontaktu w sprawie realizacji zamówienia: ………………………………………

……………………………………………………………………tel. ………………………………………….

**1 – APARAT DO TERAPII POLEM ELEKTROMAGNETYCZNYM WYSOKIEJ CZĘSTOTLIWOŚCI**

**Ilość: 1 sztuka**

Producent: ………………………………………………………………………………………………………

Nazwa-model/typ: ……………………………………………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ..…………………………………………………………………………………………….

Rok produkcji (nie starszy niż 2018r.) podać: ….………………………………………….........................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru/warunek** | **Warunki wymagane, konieczne do spełnienia** | **Parametry oferowanego aparatu**  **PODAĆ/OPISAĆ** |
|  | Aparat fabrycznie nowy | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności / Certyfikat Zgodności  (podać nr) | TAK |  |
|  | Posiada gotowe programy terapeutyczne oraz programy użytkownika | TAK |  |
|  | Posiada minimum 50 wbudowanych programów terapeutycznych z opisami terapii | TAK |  |
|  | Maksymalna moc 400 W (praca ciągła 200 W) | TAK |  |
|  | Jeden kanał pola kondensatorowego | TAK |  |
|  | Jeden lub dwa kanały pola indukcyjnego | TAK |  |
|  | Możliwość jednoczesnej terapii dwoma aplikatorami indukcyjnymi | TAK |  |
|  | Regulowane stopniowo ramiona, rotacja 360 stopni | TAK |  |
|  | 2 ramiona, 2 aplikatory kondensatorowe o mocy 200W w pracy ciągłej i 400W w pracy impulsowej, 2 kable do aplikatorów kondensatorowych | TAK |  |
|  | Łatwa wymiana aplikatorów | TAK |  |
|  | Zasilanie 230 V/ 50-60 Hz | TAK |  |
|  | Częstotliwość pracy 27,12 MHz | TAK |  |
|  | Częstotliwość impulsu 50-1500 Hz | TAK |  |
|  | Częstotliwość trwania impulsu 50-2000 µs | TAK |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny  i pogwarancyjny na terenie kraju | TAK |  |
|  | Gwarancja zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat | TAK |  |
|  | Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim, wraz z kodami serwisowymi oferowanych urządzeń | TAK |  |
|  | **Podać inne funkcje i akcesoria wliczone  w cenę** | PODAĆ |  |

**2 – APARAT DO PEŁNEJ DWUKANAŁOWEJ ELEKTROTERAPII, TERAPII ULTRADŹWIĘKOWEJ ORAZ TERAPII KOMBINOWANEJ**

**Ilość: 1 sztuka**

Producent: ………………………………………………………………………………………………………

Nazwa-model/typ: ……………………………………………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ..…………………………………………………………………………………………….

Rok produkcji (nie starszy niż 2018r.) podać: ….………………………………………….........................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru/warunek** | **Warunki wymagane, konieczne do spełnienia** | **Parametry oferowanego aparatu**  **PODAĆ/OPISAĆ** |
|  | Aparat fabrycznie nowy | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności / Certyfikat Zgodności  (podać nr) | TAK |  |
|  | Dwa całkowicie niezależne kanały zabiegowe | TAK |  |
|  | Baza wbudowanych minimum 200 programów zabiegowych oraz możliwość pracy manualnej | TAK |  |
|  | Wybór jednostek chorobowych po nazwie | TAK |  |
|  | Autotest | TAK |  |
|  | Test elektrod | TAK |  |
|  | Tryb pracy CC lub CV | TAK |  |
|  | Masa aparatu do 6kg | TAK |  |
|  | **PRĄDY:** | | |
|  | interferencyjne (izopolarny, dynamiczny, statyczny, jednokanałowy AMF) | TAK |  |
|  | Tens (symetryczny, asymetryczny, naprzemienny, Burst) | TAK |  |
|  | Tens do terapii porażeń spastycznych | TAK |  |
|  | Kotza | TAK |  |
|  | tonoliza | TAK |  |
|  | diadynamiczne (MF, DF, CP, CP -ISO, LP) | TAK |  |
|  | impulsowe wg Trabberta, wg Leduca, neofaradyczny; | TAK |  |
|  | elektrostymulacja prądami trójkątnymi i prostokątnymi | TAK |  |
|  | unipolarne falujące | TAK |  |
|  | galwaniczne | TAK |  |
|  | mikroprądy | TAK |  |
|  | elektrodiagnostyka (automatyczne wyliczanie reobazy, chronaksji, współczynnika akomodacji) | TAK |  |
|  | **Terapia ultradźwiękowa:** | | | TAK |
|  | głowica 1 MHz, 1 cm2 | TAK |  |
|  | emisja ciągła | TAK |  |
|  | emisja pulsująca (częstotliwość: 16Hz, 48Hz, 100Hz) | TAK |  |
|  | wypełnienie w trybie pulsującym : 10%, 25%, 50%, 75% | TAK |  |
|  | kontrola przylegania głowicy sprzężona z zegarem zabiegowym | TAK |  |
|  | kontrola emisji fali ultradźwiękowej w trakcie zabiegu | TAK |  |
|  | kalibracja czułości głowicy | TAK |  |
|  | max natężenie fali ultradźwiękowej 3w/cm2 | TAK |  |
|  | Akcesoria: | | | TAK |
|  | przewód sieciowy | TAK |  |
|  | kable pacjenta 2 szt. | TAK |  |
|  | elektrody | TAK |  |
|  | żel do ultradźwięków | TAK |  |
|  | pokrowce wiskozowe | TAK |  |
|  | pasy rzepowe | TAK |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny  i pogwarancyjny na terenie kraju | TAK |  |
|  | Gwarancja zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat | TAK |  |
|  | Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim, wraz z kodami serwisowymi oferowanych urządzeń | TAK |  |
|  | **Podać inne funkcje i akcesoria wliczone  w cenę** | PODAĆ |  |

**3 – STATYWOWA LAMPA DO ŚWIATŁOLECZNICTWA (sollux)**

**Ilość: 1 sztuka**

Producent: ………………………………………………………………………………………………………

Nazwa-model/typ: ……………………………………………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ..…………………………………………………………………………………………….

Rok produkcji (nie starszy niż 2018r.) podać: ….………………………………………….........................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru/warunek** | **Warunki wymagane, konieczne do spełnienia** | **Parametry oferowanego aparatu**  **PODAĆ/OPISAĆ** |
|  | Lampa fabrycznie nowa | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności / Certyfikat Zgodności  (podać nr) | TAK |  |
|  | Lampa na statywie regulowanym | TAK |  |
|  | Naświetlanie promieniami podczerwonymi  w zakresie IR-A oraz IR-B. | TAK |  |
|  | Mikroprocesorowy sterownik z zegarem zabiegowym i regulacją natężenia promieniowania | TAK |  |
|  | Posiada podstawę wyposażoną w kółka  z hamulcami | TAK |  |
|  | Wymuszone chłodzenie tubusa | TAK |  |
|  | Posiada siatkę zabezpieczającą filtr | TAK |  |
|  | Max moc żarówki 375W | TAK |  |
|  | Zegar zabiegowy 1 – 30 minut | TAK |  |
|  | Akcesoria: | | |
|  | - filtr czerwony i niebieski | TAK |  |
|  | - okulary ochronne pacjenta i terapeuty | TAK |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny  i pogwarancyjny na terenie kraju | TAK |  |
|  | Gwarancja zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat | TAK |  |
|  | Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim, wraz z kodami serwisowymi oferowanych urządzeń | TAK |  |
|  | **Podać inne funkcje i akcesoria wliczone  w cenę** | PODAĆ |  |

**4 – APARAT DO DWUKANAŁOWEJ ELEKTROTERAPII i LASEROTERAPII + SONDA PRYSZNICOWA**

**Ilość: 1 sztuka**

Producent: ………………………………………………………………………………………………………

Nazwa-model/typ: ……………………………………………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ..…………………………………………………………………………………………….

Rok produkcji (nie starszy niż 2018r.) podać: ….………………………………………….........................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru/warunek** | **Warunki wymagane, konieczne do spełnienia** | **Parametry oferowanego aparatu**  **PODAĆ/OPISAĆ** |
|  | Aparat fabrycznie nowy | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności / Certyfikat Zgodności  (podać nr) | TAK |  |
|  | Możliwość wykonywania dwóch zabiegów jednocześnie | TAK |  |
|  | Możliwość przeprowadzenia terapii skojarzonej | TAK |  |
|  | Wbudowane programy zabiegowe | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia programów własnych | TAK |  |
|  | Dwa w pełni niezależne obwody zabiegowej | TAK |  |
|  | Tryb pracy CC i CV | TAK |  |
|  | Tryb mikroprądów | TAK |  |
|  | Ustawianie sekwencji prądów diadynamicznych | TAK |  |
|  | Test elektrod | TAK |  |
|  | Funkcja półautomatycznej elektrodiagnostyki (wyznaczanie krzywej i/t, automatyczne wyliczanie wartości współczynników) | TAK |  |
|  | Bezpieczna reakcja na zanik napięcia w sieciowy | TAK |  |
|  | Wykrywanie przerwy w obwodzie zabiegowym | TAK |  |
|  | **Prądy:** |  |  |
|  | Prądy **interferencyjne**: statyczny (klasyczny), dynamiczny, izoplanarny, wektor dipolowy, 2-przewodowy (premodulowany) oraz przerywany | TAK |  |
|  | Prądy **diadynamiczne** wg Bernarda typu DF, MF, RS, MM, CP, LP, CPiso, LPiso (z ustawianiem sekwencji) | TAK |  |
|  | **Do stymulacji** porażeń (prądy średniej częstotliwości, modulowane w kształcie trójkąta, prostokąta, trapezu i sinusoidy – każdy unipolarny i bipolarny) | TAK |  |
|  | do stymulacji porażeń spastycznych w systemie dwukanałowym (tonoliza) | TAK |  |
|  | do stymulacji **TENS**, również tzw. modulacja drażniąca | TAK |  |
|  | Prądy do stymulacji **TENS BURST** (wybuchowy) | TAK |  |
|  | stymulacji **HV** (wysokonapięciowa) | TAK |  |
|  | stymulacji wg **Kotz’a** (rosyjska stymulacja) | TAK |  |
|  | prądem **Träberta** (UR) (2-5) | TAK |  |
|  | mikroprądy | TAK |  |
|  | prądy faradyczne i neofaradyczne | TAK |  |
|  | elektrogimnastyka | TAK |  |
|  | jonoforeza i galwanizacja | TAK |  |
|  | Laseroterapa: |  |  |
|  | Sonda prysznicowa o długości fali świetlnej 808nm | TAK |  |
|  | Moc całkowita ciągła 1440mW | TAK |  |
|  | Liczba diod w sondzie – 9 | TAK |  |
|  | Moc jednej diody 160mW | TAK |  |
|  | Powierzchnia zabiegu do 50cm2 | TAK |  |
|  | Akcesoria: |  |  |
|  | Stojący statyw z uchwytem sztywnym do sondy prysznicowej | TAK |  |
|  | Okulary ochronne | TAK |  |
|  | Elektrody | TAK |  |
|  | Podkłady wiskozowe | TAK |  |
|  | Opaski mocujące | TAK |  |
|  | Przewody do elektrod | TAK |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny  i pogwarancyjny na terenie kraju | TAK |  |
|  | Gwarancja zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat | TAK |  |
|  | Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim, wraz z kodami serwisowymi oferowanych urządzeń | TAK |  |
|  | **Podać inne funkcje i akcesoria wliczone  w cenę** | PODAĆ |  |

**5 – APARAT DO KRIOTERAPII CIEKŁYM AZOTEM Z BUTLĄ 30 litrów**

**Ilość: 1 sztuka**

Producent: ………………………………………………………………………………………………………

Nazwa-model/typ: ……………………………………………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ..…………………………………………………………………………………………….

Rok produkcji (nie starszy niż 2018r.) podać: ….………………………………………….........................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru/warunek** | **Warunki wymagane, konieczne do spełnienia** | **Parametry oferowanego aparatu**  **PODAĆ/OPISAĆ** |
|  | Aparat fabrycznie nowy | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności / Certyfikat Zgodności  (podać nr) | TAK |  |
|  | Strumień pary azotu u wylotu dyszy-160 stopni C | TAK |  |
|  | Intensywność nadmuchu regulowana minimum 5-stopniowo | TAK |  |
|  | Zbiornik na ciekły azot 30 litrów na mobilnym wózku | TAK |  |
|  | Panel sterujący z wyświetlaczem czasu trwania zabiegu, mocy chłodniczej | TAK |  |
|  | Pomiar ilości azotu w zbiorniku | TAK |  |
|  | Dwa dodatkowe tryby pracy pulsacyjnej | TAK |  |
|  | Płynna regulacja mocy | TAK |  |
|  | Krioakupunktura | TAK |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny  i pogwarancyjny na terenie kraju | TAK |  |
|  | Gwarancja zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat | TAK |  |
|  | Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim, wraz z kodami serwisowymi oferowanych urządzeń | TAK |  |
|  | **Podać inne funkcje i akcesoria wliczone  w cenę** | PODAĆ |  |

**6 – APARAT DO MOBILNEJ MAGNETOTERAPII POLEM MAGNETYCZNYM O NISKIEJ CZĘSTOTLIWOŚCI Z APLIKATOREM PŁASKIM NA STATYWIE**

**Ilość: 1 sztuka**

Producent: ………………………………………………………………………………………………………

Nazwa-model/typ: ……………………………………………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ..…………………………………………………………………………………………….

Rok produkcji (nie starszy niż 2018r.) podać: ….………………………………………….........................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru/warunek** | **Warunki wymagane, konieczne do spełnienia** | **Parametry oferowanego aparatu**  **PODAĆ/OPISAĆ** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy | TAK |  |
|  | Deklaracja zgodności / Certyfikat Zgodności  (podać nr) | TAK |  |
|  | Wbudowane programy zabiegowe i praca manualna | TAK |  |
|  | Autotest | TAK |  |
|  | Dwuczęściowy aplikator płaski 2,5 mT ze statywem mobilnym i półką na aparat | TAK |  |
|  | Pole magnetyczne: | TAK |  |
|  | kształt pola: sinus, trójkąt, prostokąt, półsinus, półtrójkąt, półprostokąt | TAK |  |
|  | emisja ciągła i impulsowa | TAK |  |
|  | szeroki zakres częstotliwości 2 -120 Hz | TAK |  |
|  | parametry trybu impulsowego : 1s/ przerwa 0,5 – 8 s | TAK |  |
|  | Akcesoria: | TAK |  |
|  | Przewód sieciowy | TAK |  |
|  | Okulary ochronne dla pacjenta | TAK |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny  i pogwarancyjny na terenie kraju | TAK |  |
|  | Gwarancja zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat | TAK |  |
|  | Kontynuacja produkcji aparatu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim, wraz z kodami serwisowymi oferowanych urządzeń | TAK |  |
|  | **Podać inne funkcje i akcesoria wliczone  w cenę** | PODAĆ |  |

**UWAGI:**

* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzebne do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

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

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy