

SZCZEGÓŁOWY OPIS OFEROWANEGO URZĄDZENIA

Przedmiot zamówienia: Aparat do laseroterapii biostymulacyjnej - 1 kpl.

Producent/firma:

Kraj pochodzenia:

Marka i model:

Rok produkcji:

Uwaga: w kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg, brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola „PARAMETRY OFEROWANE” spowoduje odrzucenie oferty.

LP	OPIS WYMAGANYCH PARAMETRÓW	WYMOGI GRANICZNE	PARAMETRY OFEROWANE (Opisać, podać zakres)
1.	Sterownik umożliwiający podłączenie sond punktowych Sondy punktowe z uchwytem: R 660 nm/40 mW, IR 808 nm/400 mW.	TAK podać	
2.	Sondy punktowe z uchwytem: IR 808 nm/400 mW.	TAK	
3.	Sondy punktowe z uchwytem: R 660 nm/40 mW	TAK	
4.	Regulacja mocy sond punktowych	TAK	
5.	Tryb pracy ciągły i impulsowy	TAK	
6.	Regulacja częstotliwości i wypełnienia w trybie impulsowym	TAK	
7.	Wyświetlacz graficzny	TAK	
8.	3 gniazda do podłączenia aplikatorów	TAK	
9.	Wbudowane programy zabiegowe - min. 50	TAK podać	
10.	Programy z częstotliwościami Ogiera - min. 8	TAK podać	
11.	Programy z częstotliwościami Volla – min. 30	TAK podać	
12.	Programy użytkownika – min. 20	TAK podać	
13.	Sekwencje zabiegowe dla sond punktowych – min.10	TAK podać	
14.	Regulacja mocy sond laserowych - 25-50-75-100% mocy znam.	TAK podać	
15.	Zakres częstotliwości w trybie impulsowym - 1-5000 Hz	TAK podać	
16.	Zakres wypełnienia w trybie impulsowym - 25-50-75%, impuls 50 us	TAK podać	
17.	Zegar zabiegowy - Maks. 99:59 min, krok 1 s	TAK podać	
18.	Okulary ochronne 2 szt.	TAK	
19.	Możliwość rozbudowy o sterownik aplikatorów skanujących R+IR	TAK	
20.	Możliwość rozbudowy o 3 tryby naświetlania pola zabiegowego	TAK	
21.	Gwarancja minimum 24 miesiące	TAK podać	
22.	Szkolenie personelu przy odbiorze technicznym produktów	TAK	
22.	Czas reakcji serwisu 48 godzin	TAK	
23.	Atesty, certyfikaty w tym Certyfikat potwierdzający posiadanie znak CE	TAK Podać numer	

Uwagi:

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane, urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu i uruchomieniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych, z wyłączeniem materiałów eksploatacyjnych.

Oświadczamy, że oferowane urządzenie, oprócz spełniania wymaganych parametrów, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowany sprzęt:

- jest fabrycznie nowy, rok produkcji 2011,
- spełnia określone powyżej wymagania dodatkowe oraz wymagania określone w SIWZ.

....., dnia

.....
podpis osoby upoważnionej