

## SZCZEGÓŁOWY OPIS OFEROWANEGO URZĄDZENIA

**Przedmiot zamówienia: Aparat do terapii ultradźwiękowej - 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.	Aparat do terapii ultradźwiękowej dwugłowicowy, zasilanie: 220V/50Hz, zabezpieczenie: Kl. I typ B	TAK	
2.	Tryb pracy – ciągła, impulsowa (10, 20, 50%cyklu pracy)	TAK	
3.	Zegar zabiegowy min 30 min. krok 1 s	TAK	
4.	Przenośny	TAK	
5.	Waga ( bez głowic) max. 2 kg	TAK	
6.	Ciekłokrystaliczny wyświetlacz	TAK	
7.	Maksymalna intensywność 22W	TAK	
8.	Kontrola sprzęgania głowicy z powierzchnią zabiegową	TAK	
9.	Głowice z możliwością pracy w środowisku wodnym	TAK	
10.	Głowica wyposażona w diodę LED (sygnalizacja braku sprzężenia głowicy)	TAK	
11.	Głowice łatwo i prosto wymienialne	TAK	
12.	Automatyczne dostrojenie aparatu do wybranej głowicy (automatyczna kalibracja głowicy)	TAK	
13.	Uchwyty mocujące głowice	TAK	
14.	Głowica dwuczęstotliwościowa 1 MHz/3,2 MHz, 5cm <sup>2</sup>	TAK	
15.	Głowica jednoczęstotliwościowa 1 MHz/ 10 cm <sup>2</sup>	TAK	
16.	Głowice są kompatybilne (pasują) z posiadanym przez Szpital aparatem SONICATOR 740	TAK	
17.	Gwarancja minimum 24 miesiące	TAK podać	
18.	Szkolenie personelu przy odbiorze technicznym produktów	TAK	
19.	Czas reakcji serwisu 48 godzin	TAK	
20.	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