**Nr spr. 23/2021 zał nr 2/18**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Formularz cenowo-techniczny**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa urządzenia | Jm | Ilość | Cena netto | Cena brutto | Producent |
| 1 | Urządzenie do terapii radiofalowej | Szt. | 1 |  |  |  |

Słownie cena brutto:

Minimalne wymagania techniczno- użytkowe:

* kolorowy ekran dotykowy 8,4”
* urządzenie posiada w menu opcje „ULUBIONE”, umożliwiające zapisywanie najczęściej stosowanych parametrów zabiegowych
* Nawigacyjny atlas anatomiczny
* Gotowe programy terapeutyczne w ilości 25- 35
* Programy użytkownika, umożliwiające samodzielne ustalanie parametrów
* Baza danych pacjentów, z możliwością jej edycji
* Moc maksymalna 320 W
* Częstotliwość pracy 480 – 520 kHz
* Tryb pracy ciągły/impulsowy
* Wyjścia elektrod dla elektrod: pojemnościowej / rezystywnej / neutralnej
* aplikator pojemnościowy z funkcją audiowizualnej kontroli kontaktu
* aplikator rezystywny z funkcją audiowizualnej kontroli kontaktu
* Elektrody pojemnościowe izolowane 4 rozmiary (20, 30, 50, 70 mm)
* Elektrody rezystywne izolowane 4 rozmiary (20, 30, 50, 70 mm)
* Elektroda neutralna metalowa (160 × 240 mm)
* Wymiary 320 × 190 × 280 mm
* Waga 5 kg
* Funkcja wygaszacza ekranu i wyłączania aparatu
* Oryginalny stolik producenta aparatu
* Specjalny uchwyt na krem sprzęgający montowany do stolika
* Specjalny uchwyt na elektrodę neutralną montowany do stolika
* Autoryzacja producenta na serwis i sprzedaż
* szkolenie z obsługi urządzenia po stronie dostawcy
* przeglądy techniczne urządzenia w trakcie trwania gwarancji- po stronie dostawcy
* gwarancja 24 miesiące
* urządzenie odporne na działanie powszechnie dostępnych środków dezynfekcyjnych
* krem sprzęgający w ilości 5 opakowań
* urządzenie medyczne

Oświadczenie Wykonawcy:

**Urządzenie spełnia / nie spełnia\* wymagań/nia zamawiającego. ( jeśli są inne należy je opisać)**

* **niepotrzebne skreślić**

**………………………………………………………**

**podpis osoby uprawnionej**