**Nr. spr. 16/2021 Załącznik nr 2/10**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Formularz cenowo-techniczny**

**Zadanie 10**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa urządzenia | Jm | Ilość | Cena netto za szt | Wartość netto | Wartość brutto | Producent |
| 1 | Urządzenie do laseroterapii wysokoenergetycznej | szt | 3 |  |  |  |  |

**Minimalne wymagania techniczno- użytkowe**:

* Skaner generujący zsynchronizowane ze sobą fale w tej samej jednostce czasu:

1. ciągłą o długości 808 nm; b) impulsową o długości 905 nm

* Moc średnia skanera 3,3 W, moc w impulsie nie mniej jak 3 x 25 W,
* Szerokość wiązki o średnicy 3-5cm, powierzchnia 15- 25 cm2
* Maksymalny obszar zabiegowy 850- 950 cm² ,
* Zrobotyzowana głowica poruszająca się w 4-6 kierunkach,
* Elektromechanicznie regulowany kąt nachylenia ramienia i wysokości kolumny,
* Dwa w pełni niezależne kanały
* Możliwość zapisania 15 kont dla personelu medycznego,
* Sonda ręczna o mocy średniej 0,8- 1,1 W i mocy w impulsie23-26W,
* Szerokość wiązki sondy ręcznej o średnicy 1,5- 2,5cm,
* Zakres częstotliwość od 1 do 2 kHz
* Laser na podstawie jezdnej, z możliwością zastosowania hamulców,
* Przycisk bezpieczeństwa,
* Hasło dostępu,
* Automatyczna kalkulacja wyemitowanej energii,
* Wymiary i waga: 64- 68 x 38- 42 x 150- 158 cm; 40- 50 kg,
* Urządzenie medyczne
* Gwarancja 24 miesiące
* Szkolenie dla personelu po stronie dostawcy urządzenia
* 2 komplety okularów ochronnych ( pacjent/ fizjoterapeuta)- na 1 urządzenie
* Urządzenie odporne na działanie ogólnie dostępnych środków do dezynfekcji
* Przeglądy serwisowe w trakcie gwarancji po stronie dostawcy

**Oświadczenie Wykonawcy**:

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

* **niepotrzebne skreślić**

**……………………………………………**

**podpis osoby uprawnionej**