***Załącznik nr 3C do ZO stanowiący załącznik nr… do umowy nr ZP/…/2025***

ZESTAWIENIE PARAMATERÓW I WARUNKÓW WYMAGALNYCH

Specyfikacja aparatu do terapii ultradźwiękowej i aparatu do elektroterapii

Dotyczy: **zakupu i dostawy aparatu do terapii ultradźwiękowej i aparatu do elektroterapii wraz z montażem
i szkoleniem z zakresu obsługi urządzeń**

**Dane Wykonawcy:**

Pełna nazwa:……………………………………………………………..

Adres: ……………………………………………………………………

Tel. i e-mail: …………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymagany parametr** | **Potwierdzenie spełnienia parametru** |
| **Aparat do elektroterapii** |
| **1.** | **Dane techniczne** | Sterownik: maksymalne natężenie prądu w obwodzie pacjenta (tryb CC)* Galwaniczne 40mA
* Diadynamiczne, impulsowe 60mA
* Interferencyjne, Kotza, unipolarne falujące 100mA
* TENS 140mA
* Tonoliza 100mA
* Mikroprądy 1000μA
 | **TAK** |  |
| Maks. amplituda napięcia w obwodzie pacjenta (tryb CV): 140 V | **TAK** |  |
| Zasilanie: pobór mocy 230 V, 50/60 Hz, max. 75W, 90VA | **TAK** |  |
| Wymiary: 34 x 28 x 11-16 (±1%) | **TAK** |  |
| Masa: 6 kg (±1%) | **TAK** |  |
| **2.** | **Elektroterapia** | Praca w trybach CC (stabilizacja prądu) lub CV (stabilizacja napięcia) | **TAK** |  |
| Test elektrod pozwalający ocenić stan zużycia elektrod | **TAK** |  |
| Tryb przerywany dla prądów jednokierunkowych (unipolarnych) | **TAK** |  |
| Pełna izolacja galwaniczna między kanałami w każdym trybie | **TAK** |  |
| Prądy i metody: **co najmniej** interferencyjne izoplanarne, interferencyjne dynamiczne, interferencyjne jednokanałowe AMF, TENS symetryczny, TENS asymetryczny, TENS naprzemienny, TENS burst, TENS do terapii porażeń spastycznych, Kotz’a (rosyjska stymulacja), tonoliza, diadynamiczne (MF, DF, CP, CP-ISO, LP), impulsowe prostokątne, impulsowe trójkątne, impulsowe UR wg Traberta, impulsowe Leduca, impulsowe neofaradyczne, unipolarne falujące, galwaniczne, mikroprądy | **TAK** |  |
| **3.** | **Programy zabiegowe** | 69 programów zabiegowych | **TAK** |  |
| **4.** | **Sekwencje zabiegowe** | 38 sekwencji zabiegowych | **TAK** |  |
| **5.** | **Ergonomia** | 7” (±1%) ekran dotykowy | **TAK** |  |
| Trzy niezależne kanały zabiegowe | **TAK** |  |
| **6.** | **Elektrodiagnostyka** | Elektrodiagnostyka z graficzną prezentacją krzywej I/t | **TAK** |  |
| Automatyczne przeliczanie reobazy, chronaksji, współczynnika i ilorazu akomodacji | **TAK** |  |
| **7.** | **Wyposażenie standardowe** | **Co najmniej:**Przewód sieciowy 1 szt.Kable pacjenta 2 szt.Elektrody do elektroterapii 6x6 cm 4 szt.Elektrody do elektroterapii 7,5x9 cm 2 szt.Podkłady wiskozowe 8x8 cm 8 szt.Podkłady wiskozowe 10x10 cm 4 szt.Pasy rzepowe 40x9 2 szt.Pasy rzepowe 100x9 cm 2 szt.Bezpieczniki zapasowe A/250V 2 szt.Rysik pojemnościowy do ekranu LCD 1 szt.Ścierka do ekranu LCD 1 szt. | **TAK** |  |
|  | **Pozostałe wymagania:** |
| Gwarancja: min. 24 miesiące | **TAK** |  |
| Wszystkie urządzenia oraz systemy fabrycznie nowe i wolne od wad technicznych | **TAK** |  |
| Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) | **TAK** (załączyć do oferty) |  |
| Deklaracja zgodności (jeżeli dotyczy) | **TAK** (załączyć do oferty) |  |
| Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski  | **TAK**wymienić punkty serwisowe |  |
| Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | załączyć przy dostawie |  |
| Ilustrowane foldery producenta z potwierdzonymi zaoferowanymi parametrami technicznymi wyrobów | załączyć do oferty |  |

……………….., dnia …………………. *..............................................................*

 *Podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie*

 *uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo*