**Załącznik nr 5 do formularza oferty**

**Znak sprawy: DZP.262.200.2017**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW**

**WYMAGANYCH I PODLEGAJĄCYCH OCENIE**

**Pakiet 3 - Aparaty do elektroterapii szt.6**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pełna nazwa  | Podać |  |
| Producent/Firma | Podać |  |
| Typ, model | Podać |  |
| Rok produkcji 2017 (sprzęt fabrycznie nowy) | Podać |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis parametrów technicznych | **Parametry wymagane** | **Parametry podlegające ocenie**  | **Parametr oferowany opisać** |
| 1. | Urządzenie do elektroterapii z dwoma niezależnymi kanałami, możliwość ustawienia różnych rodzajów prądu w tym samym czasie | TAK |  |  |
| 2. | Wyświetlacz ciekłokrystaliczny, dotykowy z podpowiedziami graficznymi umiejscowienia elektrod | TAK |  |  |
| 3. | Pamięć zabiegowa z wbudowanymi programami standardowymi: min. 170 wskazań terapeutycznych, min. 120 celi zabiegowych | TAK |  |  |
| 4. | Możliwość graficznego ustawienia wykresów poszczególnych prądów | TAK/NIE | Tak – 10 pkt, Nie 0 pkt |  |
| 5. | Możliwość przedstawiania w programach sekwencyjnych poszczególnych faz zabiegowych | TAK |  |  |
| 6. | Możliwość tworzenia min. 50 własnych programów terapeutycznych | TAK | Wartość min. 0 pkt , wartość max 10 pkt pozostałe wartości proporcjonalnie |  |
| 7. | Rodzaje prądów min.: • prąd prostokątny średniej częstotliwości,• prąd impulsowy prostokątny,• prąd impulsowy trójkątny,• prąd impulsowy wg. Traberta,• prądy diadynamiczne: LP, CP, MF, DF,• konwencjonalny TENS, symetryczny,• konwencjonalny TENS, asymetryczny,• konwencjonalny TENS, przemienniesymetryczny,• konwencjonalny TENS, przemiennieasymetryczny,• TENS uderzeniowy,• TENS uderzeniowy, przemienny,• TENS modulowany,• prąd niskiej częstotliwości, dwukierunkowy,symetryczny (czas impulsu 10-650 μs,częstotliwość 1-150 Hz),• prąd 2-biegunowy interferencyjny średniejczęstotliwości,• prąd 4-biegunowy interferencyjny(4000 Hz),• interferencyjny tetrapolarny ze zmiennymwektorem,• NMES przebieg prostokątny,• NMES przebieg trójkątny,• NMES przebieg bifazowy,• NMES przebieg z przerwą międzyimpulsami,• NMES 2-biegunowy modulowany przebiegśredniej częstotliwości,• prąd faradyczny,• sekwencyjne przebiegi prądów,• jonoforeza,• re-edukacja mięśni dna miednicy,• stymulacja Han Stim,• Rosyjska stymulacja | TAK |  |  |
| 8. | Automatyczne określanie reobazy, chronaksji, krzywej i/t oraz współczynnika wypełnienia. Min najmniej 5 programów diagnostycznych. | TAK | Wartość min. 0 pkt , wartość max 10 pkt pozostałe wartości proporcjonalnie |  |
| 9. | Regulacja natężenia prądu dla każdego kanału oddzielnie | TAK |  |  |
| 10. | Tryb pracy CC i CV (stałe natężenie i napięcie) | TAK |  |  |
| 11. | Auto test kabli i elektrod – wbudowany w urządzenie | TAK |  |  |
| 12. | Możliwość swobodnej modyfikacji parametrów prądu min. - Częstotliwość- Kształt- Czas trwania i przerwy impulsu | TAK |  |  |
| 13. | Zegar zabiegowy | TAK |  |  |
| 14. | Przewód zasilający, przewód 2-żyłowy 1 szt. łączka testowa V/V 4mm 4 szt. – dla każdego aparatu | TAK |  |  |
| 15. | Pas mocujący 5x60 cm 4 szt. – dla każdego aparatu | TAK |  |  |
| 16. | Elektrody o wymiarach 6x8 cm 8 szt. - dla każdego aparatu | TAK |  |  |
| 17. | Podkłady wiskozowe 4 szt.- dla każdego aparatu | TAK |  |  |
| 18. | Możliwość zapisywania natężenia bólu - skala VAS | TAK/NIE | Tak – 10 pkt, Nie 0 pkt |  |
| 19. | Stolik jezdny pod urządzenie - dla każdego aparatu | TAK |  |  |

UWAGA!:

Jeśli w rubryce „Parametry wymagane” wymagana jest odpowiedź „TAK” – jest to parametr wymagany - Wykonawca jest zobowiązany do potwierdzenia go w rubryce „PARAMETR OFEROWANY” wraz z opisem. Nie spełnienie któregokolwiek z tych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Jeśli w rubryce „Parametry podlegające ocenie” jest ZAWARTA PUNKTACJA – jest to parametr podlegający ocenie, Wykonawca jest zobowiązany do podania jednej z opcji w rubryce „PARAMETR OFEROWANY’, wraz z opisem.

Zaoferowane według ww. wymagań urządzenia muszą być i gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów, poza materiałami eksploatacyjnymi.

 ……………………………………………………..
 *Podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy*