**Załącznik nr 9 do formularza oferty**

**Znak sprawy: DZP.262.200.2017**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW**

**WYMAGANYCH I PODLEGAJĄCYCH OCENIE**

**Pakiet 7 - Aparaty do magnetoterapii szt.3**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | Częstotliwość zmian pola magnetycznego w zakresie min.: 1 – 100 [Hz] | TAK |  |  |
| 2 | Zmiana indukcji pola magnetycznego w zakresie min.: 0 – 20 [mT] | TAK |  |  |
| 3 | Czas impuls / przerwa regulowany w zakresie min.: 0,5 – 8 [s] | TAK |  |  |
| 4 | Zasilanie: 230V / 50Hz / 400W | TAK |  |  |
| 5 | Kształty zmian pola magnetycznego min.:sinusoida, prostokąt, trójkąt – unipolarne i bipolarne | TAK |  |  |
| 6 | Kształty zmian pola magnetycznego min.:MX1 - kolejna zmiana kształtów, przy stałej częstotliwościMX2 - kolejna zmiana kształtów, z jednoczesną zmianą częstotliwości | TAK/NIE | Tak 10 pkt, Nie 0 pkt |  |
| 7 | Kolorowy wyświetlacz min. 5”,ekran graficzny z panelem dotykowym | TAK |  |  |
| 9 | Obsługa przyciskami oraz ekranem dotykowym | TAK |  |  |
| 10 | Gotowe programy zabiegowe dla typowych schorzeń | TAK/NIE | Tak 10 pkt, Nie 0 pkt |  |
| 11 | Programy własne – możliwość zapisywanie własnych programów zabiegowych przez terapeutę | TAK |  |  |
| 12 | Indywidualna regulacja wszystkich parametrów zabiegowych | TAK |  |  |
| 13 | Dwa niezależne kanały magnetoterapii z możliwością ustawienia różnych parametrów na każdym kanale | TAK |  |  |
| 14 | Możliwość podłączenia sondy laserowej | TAK/NIE | Tak 10 pkt, Nie 0 pkt |  |
|  | **Wyposażenie** | TAK |  |  |
| 15 | Aplikator o średnicy min. 600 mm na leżance drewnianej ze stolikiem pod aparat – dla każdego urządzenia | TAK |  |  |
| 16 | Aplikator o średnicy min. 300 mm – dla każdego urządzenia | TAK |  |  |
| 17 | Stolik pod aparat montowany do leżanki | TAK/NIE | Tak 5 pkt, Nie 0 pkt |  |

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*