

POZ. 1: APARAT DO LASEROTERAPII 1- KANAŁOWY					
Cena jednostkowa netto za 1 szt.	Wartość ogółem netto (poz. 1 x 1 szt.)	VAT (%)	Kwota VAT (poz. 2 x poz. 3)	Wartość ogółem brutto (poz. 2 + poz. 4)	1 szt.
1	2	3	4	5	
WYMAGANE WARUNKI OGÓLNE				TAK / OPISAĆ	
Producent:					
Kraj pochodzenia:					
Model / Typ:					
Rok produkcji (min 2015 fabrycznie nowy nie powystawowy):					
Wyrób medyczny oznaczony znakiem CE					
Certyfikat, zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych (podać numer):					
Karta eksploatacji sprzętu (Paszport techniczny)					
Instrukcja obsługi i menu aparatu w języku polskim:					
Okres gwarancji (min 24 mc):					
Termin realizacji zamówienia (wymagane do 3 dni):					

Aparatura kompletna, tj. gotowa do eksploatacji (bez żadnych dodatkowych inwestycji ze strony Zamawiającego). W cenie oferty wliczona instalacja, montaż oraz szkolenie personelu obsługującego	
W okresie gwarancji Wykonawca ponosi 100% kosztów serwisowania wraz z częściami zamiennymi. Bieg okresu gwarancji rozpoczyna się od dnia przekazania zakresu umownego Użytkownikowi:	
W trakcie okresu gwarancji przeglądy wliczone są w cenę oferty (łącznie z dojazdem i wszystkimi kosztami wraz z częściami zamiennymi):	
Możliwość zgłaszania usterek 24 godz. na dobę:	
Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie (min. 12 miesięcy, podać w miesiącach lub latach):	
Czas reakcji serwisu na zgłoszenie usterki (max 48 godz. podać w godzinach)	
Czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w dniach od daty zgłoszenia (podać maksymalnie w godzinach lub dniach):	
Liczba napraw gwarancyjnych danego elementu lub podzespołu uprawniająca do wymiany go na nowy (podać maksymalnie ilość niezależnie od rodzaju naprawy):	
Okres zagwarantowania dostępności serwisu, części zamiennych i oprogramowania od daty sprzedaży/zainstalowania w latach (min. 10 lat podać w latach):	
Autoryzacja od producenta na sprzedaż i serwis urządzenia na terenie Polski:	
Lokalizacja punktu/ów serwisowego/ych (wymienić):	
Inne (warunki gwarancji i serwisu pogwarancyjnego nie ujęte w wykazie powyżej):	

Lp.	Parametry graniczne	Wymagane	Parametry oferowane (podać zakresy lub opisać)
1.	2.	3.	4.
1	Aparat jednokanałowy do laseroterapii	TAK	
2	Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej min. 4,3 cala ułatwiający sterowanie aparatem	TAK	
3	Sonda laserowa podczerwona punktowa o mocy 400 mW i długości fali 830nm oraz sonda prysznicowa o łącznej mocy 1000 Mw podczerwona i czerwona	TAK	
4	tryb pracy lasera ciągły i impulsowy 0 -10000 Hz	TAK	
5	częstotliwości Nogiera i EAV	TAK	
6	autotest podłączonych sond laserowych	TAK	
7	współczynnik wypełnienia 10 – 90 %	TAK	
8	Dawka płynnie regulowana 0,1 – 99,0 J/cm2	TAK	
9	2 sztuki okularów ochronnych do laseroterapii	TAK	
10	Możliwość podłączenia do aparatu sond laserowych czerwonych, podczerwonych oraz prysznicowych	TAK	
11	Możliwość podłączenia dwóch sond jednocześnie	TAK	
12	Klasa lasera 3B	TAK	
13	Regulacja kontrastu ekranu	TAK	
14	Możliwość zmiany kolorów ekranu	TAK	

15	Sekwencje zapisywane przez użytkownika minimum 150	TAK	
16	Historia ostatnich 20 zabiegów	TAK	
17	Bank programów terapeutycznych zapisanych w pamięci aparatu (gotowe diagnozy)	TAK	
18	Możliwość tworzenia i zapisywania własnych programów terapeutycznych (minimum 500)	TAK	
19	Kolorowa encyklopedia terapeutyczna z rysunkami anatomicznymi	TAK	
20	Klasyfikacja protokołów według efektów terapeutycznych	TAK	
21	Sygnaly dźwiękowe	TAK	
22	Możliwość definiowania własnego hasła bezpieczeństwa w aparacie	TAK	
23	Wybór dźwięków, regulacja głośności, automatyczne wyłączenie	TAK	
24	Identyfikacja i test akcesoriów	TAK	
25	Wizualna identyfikacja aktywnych akcesoriów.	TAK	
26	Wielojęzyczne menu	TAK	
27	Obsługa aparatu oraz instrukcja w języku polskim	TAK	
28	Klasa bezpieczeństwa II (wg IEC 536)	TAK	
29	Zasilanie 100-240 V, 50-60 Hz	TAK	
30	Waga max 3 kg.	TAK	

31	Wymiary 380 x 190 x 260 mm	TAK	
32	Możliwość zasilania akumulatorowego (OPCJA)	TAK	
33	Oryginalny stolik producenta z wysięgnikiem pod aparat z półkami na akcesoria	TAK	

Parametry określone jako „tak” i „podać/opis” oraz parametry liczbowe (\geq lub $>$ lub \leq lub $<$) są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru (niespełnienie warunku) w oferowanej konfiguracji urządzenia. Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszej tabelce.

POZ. 2: COMBI (WIELOFUNKCYJNY 4-KANAŁOWY APARAT DO ELEKTROTERAPII, TERAPII ULTRADŹWIĘKOWEJ, LASEROTERAPII I MAGNETOTERAPII)

Cena jednostkowa netto za 1 szt.	Wartość ogółem netto (poz. 1 x 1 szt.)	VAT (%)	Kwota VAT (poz. 2 x poz. 3)	Wartość ogółem brutto (poz. 2 + poz. 4)	1 szt.
1	2	3	4	5	

WYMAGANE WARUNKI OGÓLNE	TAK / OPISAĆ
Producent:	
Kraj pochodzenia:	
Model / Typ:	
Rok produkcji (min 2015 fabrycznie nowy nie powystawowy):	
Wyrób medyczny oznaczony znakiem CE	
Certyfikat, zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych (podać numer):	

Karta eksploatacji sprzętu (Paszport techniczny)	
Instrukcja obsługi i menu aparatu w języku polskim:	
Okres gwarancji (min 24 mc):	
Termin realizacji zamówienia (wymagane do 3 dni):	
Aparatura kompletna, tj. gotowa do eksploatacji (bez żadnych dodatkowych inwestycji ze strony Zamawiającego). W cenie oferty wliczona instalacja, montaż oraz szkolenie personelu obsługującego	
W okresie gwarancji Wykonawca ponosi 100% kosztów serwisowania wraz z częściami zamiennymi. Bieg okresu gwarancji rozpoczyna się od dnia przekazania zakresu umownego Użytkownikowi:	
W trakcie okresu gwarancji przeglądy wliczone są w cenę oferty (łącznie z dojazdem i wszystkimi kosztami wraz z częściami zamiennymi):	
Możliwość zgłaszania usterek 24 godz. na dobę:	
Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie (min. 12 miesięcy, podać w miesiącach lub latach):	
Czas reakcji serwisu na zgłoszenie usterki (max 48 godz. podać w godzinach)	
Czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w dniach od daty zgłoszenia (podać maksymalnie w godzinach lub dniach):	
Liczba napraw gwarancyjnych danego elementu lub podzespołu uprawniająca do wymiany go na nowy (podać maksymalnie ilość niezależnie od rodzaju naprawy):	
Okres zagwarantowania dostępności serwisu, części zamiennych i oprogramowania od daty sprzedaży/zainstalowania w latach (min. 10 lat podać w latach):	
Autoryzacja od producenta na sprzedaż i serwis urządzenia na terenie Polski:	
Lokalizacja punktu/ów serwisowego/ych (wymienić):	

Inne (warunki gwarancji i serwisu pogwarancyjnego nie ujęte w wykazie powyżej):

Lp.	Parametry graniczne	Wymagane	Parametry oferowane (podać zakresy lub opisać)
1.	2.	3.	4.
1	Aparat 4-kanalowy do niezależnej terapii pacjentów (1x elektroterapia, 1x ultradźwięk, 1x laser, 1x magneto)	TAK	
2	Ekran dotykowy ułatwiający sterowanie aparatem	TAK	
ELEKTROTERAPIA			
3	Jeden kanał elektroterapii	TAK	
4	rodzaje podstawowych prądów:	TAK	
5	prąd galwaniczny	TAK	
6	prądy diadynamiczne: DF, LP, CP, MF, RS, CP-ISO	TAK	
7	prądy Traberta, Ultra-Reiz 2-5	TAK	
8	prądy TENS: asymetryczne, symetryczne, falujące	TAK	
9	prądy Faradaya i neofaradyczne	TAK	

10	prądy Kotza (rosyjska stymulacja)	TAK	
11	Impulsy stymulacyjne	TAK	
12	Impulsy prostokątne	TAK	
13	Impulsy trójkątne	TAK	
14	Impulsy ekspencjonalne	TAK	
15	Impulsy ze wzrostem ekspencjonalnym	TAK	
16	Impulsy łączone	TAK	
17	Izopolarne pole wektorowe	TAK	
18	Wektor 2-biegunowy	TAK	
19	Impulsy przerywane	TAK	
20	Prąd Leduca	TAK	
21	Fale H	TAK	
22	Mikroprądy	TAK	
23	Fale o średniej częstotliwości	TAK	
24	Tonoliza wg Hufschmidta	TAK	
25	dwupolowa interferencja	TAK	

26	4 – polowa interferencja	TAK	
27	funkcje elektrodiagnostyki	TAK	
28	bank programów terapeutycznych zapisanych w pamięci aparatu (gotowe diagnozy)	TAK	
29	możliwość tworzenia i zapisywania własnych programów terapeutycznych (minimum 120)	TAK	
30	możliwość swobodnej modyfikacji parametrów prądów	TAK	
31	możliwość wykonywania terapii skojarzonej (elektroterapia + ultradźwięk)	TAK	
32	możliwość programowania sekwencji (zestawów prądów) i zapisywania w pamięci aparatu (minimum 40)	TAK	
33	pełna współpraca z aparatem do terapii podciśnieniowej	TAK	
34	kartoteka (baza danych) pacjentów w pamięci aparatu	TAK	
35	możliwość przypisywania terapii do pacjenta i zapisywania w pamięci aparatu	TAK	
36	tryby prądu stałego i stałego napięcia	TAK	
37	autotest elektrod i kabli	TAK	
38	możliwość zmiany polaryzacji elektrod	TAK	
39	obsługa aparatu oraz instrukcja w języku polskim	TAK	
TERAPIA ULTRADŹWIĘKOWA			
40	główica ultradźwiękowa wieloczęstotliwościowa o powierzchni 1cm ²	TAK	

41	częstotliwość fal ultradźwiękowych 1 MHz i 3 MHz	TAK	
42	tryb pracy ultradźwięków ciągły i impulsowy 10-150 Hz	TAK	
43	pełna kontrola kontaktu głowicy ze skórą pacjenta	TAK	
44	wodoodporność głowic – możliwość stosowania terapii w wodzie	TAK	
45	regulacja współczynnika wypełnienia (duty factor) co do 1%	TAK	
46	regulacja mocy od 0,1 do 3W/cm2	TAK	
47	możliwość jednoczesnego podłączenia 2 głowic ultradźwiękowych do aparatu	TAK	
LASEROTERAPIA			
48	sonda laserowa czerwona o długości fali 685 nm i mocy 50mW	TAK	
49	Możliwość podłączenia sondy laserowej podczerwonej zbieżnej o długości fali 830 nm lub sondy prysznicowej	TAK	
50	tryb pracy lasera ciągły i impulsowy 0-5000 Hz	TAK	
51	częstotliwości Nogiera i EAV	TAK	
52	autotest podłączonych sond laserowych	TAK	
53	regulacja współczynnika wypełnienia (duty factor) co do 1%	TAK	
54	Okulary ochronne 2 szt. Oryginalne producenta dostosowanie pod aparat	TAK	
MAGNETOTERAPIA			

55	1 kanał magnetoterapii	TAK	
56	Ekran dotykowy ułatwiający sterowanie aparatem	TAK	
57	Obsługa aparatu oraz instrukcja w języku polskim	TAK	
58	Bank gotowy programów terapeutycznych dla różnych specjalizacji lekarskich takich jak: rehabilitacja, neurologia, dermatologia, ortopedia, medycyna sportowa, ginekologia, gastroenterologia, stomatologia, reumatologia, alergologia, immunologia, pulmonologia, laryngologia	TAK	
59	Możliwość tworzenia i zapisywania własnych programów terapeutycznych	TAK	
60	Możliwość przypisywania terapii do pacjenta i zapisywania w pamięci aparatu	TAK	
61	Możliwość swobodnej modyfikacji parametrów	TAK	
62	Impulsowe pole magnetyczne - impulsy: prostokątne, trójkątne, sinusoidalne, eksponentcyjne i ciągłe	TAK	
63	Możliwość modulacji impulsów: częstotliwość losowa, seria impulsów, fala sinusoidalna, fala trapezoidalna, fale symetryczne	TAK	
64	Kombinacja impulsowego i statycznego pola magnetycznego z regulowanym współczynnikiem proporcji – dla terapii przeciwzapalnych i stanów ostrych	TAK	
65	Stół do magnetoterapii z przesuwającym solenoidem 70cm	TAK	
66	Automatyczne rozpoznawanie aplikatora przez aparat	TAK	
67	Możliwość wykonania testu podłączonego aplikatora	TAK	
68	Maksymalna indukcja impulsowa 25 mT (250 Gaussów)	TAK	
69	Natężenie pola magnetycznego 1- 125 mT	TAK	

70	Częstotliwość impulsowa 1-60 Hz	TAK	
71	Stolik pod aparat oryginalny producenta aparatu	TAK	

Parametry określone jako „tak” i „podać/opis” oraz parametry liczbowe (\geq lub $>$ lub \leq lub $<$) są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru (niespełnienie warunku) w oferowanej konfiguracji urządzenia. Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszej tabelce.

POZ. 3: APARAT DO MASAŻU UCISKOWEGO

Cena jednostkowa netto za 1 szt.	Wartość ogółem netto (poz. 1 x 1 szt.)	VAT (%)	Kwota VAT (poz. 2 x poz. 3)	Wartość ogółem brutto (poz. 2 + poz. 4)	1 szt.
1	2	3	4	5	

WYMAGANE WARUNKI OGÓLNE	TAK / OPISAĆ
Producent:	
Kraj pochodzenia:	
Model / Typ:	
Rok produkcji (min 2015 fabrycznie nowy nie powystawowy):	
Wyrób medyczny oznaczony znakiem CE	
Certyfikat, zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych (podać numer):	
Karta eksploatacji sprzętu (Paszport techniczny)	

Instrukcja obsługi i menu aparatu w języku polskim:	
Okres gwarancji (min 24 mc):	
Termin realizacji zamówienia (wymagane do 3 dni):	
Aparatura kompletna, tj. gotowa do eksploatacji (bez żadnych dodatkowych inwestycji ze strony Zamawiającego). W cenie oferty wliczona instalacja, montaż oraz szkolenie personelu obsługującego	
W okresie gwarancji Wykonawca ponosi 100% kosztów serwisowania wraz z częściami zamiennymi. Bieg okresu gwarancji rozpoczyna się od dnia przekazania zakresu umownego Użytkownikowi:	
W trakcie okresu gwarancji przeglądy wliczone są w cenę oferty (łącznie z dojazdem i wszystkimi kosztami wraz z częściami zamiennymi):	
Możliwość zgłaszania usterek 24 godz. na dobę:	
Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie (min. 12 miesięcy, podać w miesiącach lub latach):	
Czas reakcji serwisu na zgłoszenie usterki (max 48 godz. podać w godzinach)	
Czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w dniach od daty zgłoszenia (podać maksymalnie w godzinach lub dniach):	
Liczba napraw gwarancyjnych danego elementu lub podzespołu uprawniająca do wymiany go na nowy (podać maksymalnie ilość niezależnie od rodzaju naprawy):	
Okres zagwarantowania dostępności serwisu, części zamiennych i oprogramowania od daty sprzedaży/zainstalowania w latach (min. 10 lat podać w latach):	
Autoryzacja od producenta na sprzedaż i serwis urządzenia na terenie Polski:	
Lokalizacja punktu/ów serwisowego/ych (wymienić):	

Inne (warunki gwarancji i serwisu pogwarancyjnego nie ujęte w wykazie powyżej):

Lp.	Parametry graniczne	Wymagane	Parametry oferowane (podać zakresy lub opisać)
1.	2.	3.	4.
1	12-kanałowy aparat do masażu uciskowego:	TAK	
2	Kolorowy ekran dotykowy 5,7"	TAK	
3	Encyklopedia z gotowymi protokołami zabiegowymi	TAK	
4	Gotowe sekwencje programów zabiegowych (15)	TAK	
5	Możliwość tworzenia i zapisywania do 100 własnych programów użytkownika	TAK	
6	Zakres regulacji ciśnienia 20-160 mmHg z regulacją gradientu	TAK	
7	Niezależna regulacja ciśnienia dla każdej komory	TAK	
8	Zaawansowane ustawienia parametrów indywidualnych terapii	TAK	
9	Cicha i niezawodna praca kompresora	TAK	
10	Parametry aktywności komór aplikatora widoczne na ekranie	TAK	
11	Szeroka gama aplikatorów z możliwością powiększenia obwodu	TAK	

12	Delikatniejsze i jednorodne zabiegi zapewnione przez nakładające się na siebie komory aplikatora	TAK	
13	Zamek błyskawiczny na całej długości aplikatora ułatwiający zakładanie	TAK	
14	Automatyczna identyfikacja aplikatorów	TAK	
15	Automatyczne opróżnianie aplikatora po zakończonym zabiegu	TAK	
16	Złącze ułatwiające szybką wymianę aplikatora	TAK	
17	Elektroniczny system kontroli ucisku	TAK	
18	W zestawie zestaw mankietów na kończyny dolne oraz mankiet na kończyny górną	TAK	
19	Oryginalny stolik producenta wyposażony w hamulce oraz szuflady na akcesoria	TAK	

Parametry określone jako „tak” i „podać/opis” oraz parametry liczbowe (\geq lub $>$ lub \leq lub $<$) są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru (niespełnienie warunku) w oferowanej konfiguracji urządzenia. Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszej tabelce.

POZ. 4: APARAT DO ELEKTROTERAPII – 2 KANAŁOWY

Cena jednostkowa netto za 1 szt.	Wartość ogółem netto (poz. 1 x 1 szt.)	VAT (%)	Kwota VAT (poz. 2 x poz. 3)	Wartość ogółem brutto (poz. 2 + poz. 4)	1 szt.
1	2	3	4	5	
WYMAGANE WARUNKI OGÓLNE				TAK / OPISAĆ	
Producent:					

Kraj pochodzenia:	
Model / Typ:	
Rok produkcji (min 2015 fabrycznie nowy nie powystawowy):	
Wyrób medyczny oznaczony znakiem CE	
Certyfikat, zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych (podać numer):	
Karta eksploatacji sprzętu (Paszport techniczny)	
Instrukcja obsługi i menu aparatu w języku polskim:	
Okres gwarancji (min 24 mc):	
Termin realizacji zamówienia (wymagane do 3 dni):	
Aparatura kompletna, tj. gotowa do eksploatacji (bez żadnych dodatkowych inwestycji ze strony Zamawiającego). W cenie oferty wliczona instalacja, montaż oraz szkolenie personelu obsługującego	
W okresie gwarancji Wykonawca ponosi 100% kosztów serwisowania wraz z częściami zamiennymi. Bieg okresu gwarancji rozpoczyna się od dnia przekazania zakresu umownego Użytkownikowi:	
W trakcie okresu gwarancji przeglądy wliczone są w cenę oferty (łącznie z dojazdem i wszystkimi kosztami wraz z częściami zamiennymi):	
Możliwość zgłaszania usterek 24 godz. na dobę:	
Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie (min. 12 miesięcy, podać w miesiącach lub latach):	
Czas reakcji serwisu na zgłoszenie usterki (max 48 godz. podać w godzinach)	
Czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w dniach od daty zgłoszenia (podać maksymalnie w godzinach lub dniach):	

Liczba napraw gwarancyjnych danego elementu lub podzespołu uprawniająca do wymiany go na nowy (podać maksymalnie ilość niezależnie od rodzaju naprawy):			
Okres zagwarantowania dostępności serwisu, części zamiennych i oprogramowania od daty sprzedaży/zainstalowania w latach (min. 10 lat podać w latach):			
Autoryzacja od producenta na sprzedaż i serwis urządzenia na terenie Polski:			
Lokalizacja punktu/ów serwisowego/ych (wymienić):			
Inne (warunki gwarancji i serwisu pogwarancyjnego nie ujęte w wykazie powyżej):			
Lp.	Parametry graniczne	Wymagane	Parametry oferowane (podać zakresy lub opisać)
1.	2.	3.	4.
1	Aparat 2-kanalowy do elektroterapii	TAK	
2	Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej min. 4,3 cala ułatwiający sterowanie aparatem	TAK	
3	Możliwość pracy 2 kanałów niezależnie na różnych parametrach prądów	TAK	
4	Dostępne prądy:	TAK	
	<i>Galwaniczny,</i>	TAK	

<i>Diadynamiczne (DF, MF, CP, LP, RS, CP-ISO),</i>	TAK	
<i>Träberta,</i>	TAK	
<i>Faradaya,</i>	TAK	
<i>NPHV</i>	TAK	
<i>Sekwencje,</i>	TAK	
<i>Neofaradyczny,</i>	TAK	
<i>Rosyjska stymulacja - prąd Kotza</i>	TAK	
<i>Impulsy trapezoidalne</i>	TAK	
<i>Impulsy stymulujące</i>	TAK	
<i>Impulsy prostokątne</i>	TAK	
<i>Impulsy trójkątne</i>	TAK	
<i>Impulsy eksponencjalne</i>	TAK	
<i>Impulsy ze wzrostem ekspotencjalnym</i>	TAK	
<i>Impulsy łączone</i>	TAK	
<i>Impulsy Przerywane</i>	TAK	
<i>TENS (symetryczny, falujący, asymetryczny, bursty),</i>	TAK	

<i>2-polowa interferencja</i>	TAK	
<i>4-polowa interferencja</i>	TAK	
<i>Izoplanarne pole wektorowe</i>	TAK	
<i>Fale o średniej częstotliwości</i>	TAK	
<i>Stymulacja spastyczna - metoda Hufschmidta</i>	TAK	
<i>Stymulacja spastyczna – metoda Jantscha</i>	TAK	
<i>HVT</i>	TAK	
<i>Impulsy IG</i>	TAK	
<i>Modulowany prąd impulsowy</i>	TAK	
<i>Prąd VMS</i>	TAK	
<i>Prąd Kotza</i>	TAK	
<i>EPIR</i>	TAK	
<i>Prąd Leduca</i>	TAK	
<i>Fale H</i>	TAK	
<i>Mikroprądy</i>	TAK	
<i>Stymulacja spastyczna wg Hufschmidta</i>	TAK	

	<i>Stymulacja spastyczna wg Jantscha</i>	TAK	
	<i>Elektrodiagnostyka</i>	TAK	
5	Prosta zmiana polaryzacji elektrod	TAK	
6	Tryb prądu stałego (cc) i stałego napięcia (cv)	TAK	
7	Programowalne sekwencje (zestawy) prądów	TAK	
8	Elektrodiagnostyka: Krzywa I/t reobaza i chronaksja, punkt motoryczny, współczynnik akomodacji.	TAK	
9	Test jakości elektrod	TAK	
10	Współpraca z aparatem podciśnieniowym VAC	TAK	
11	Sygnaly dźwiękowe	TAK	
12	Kontrola kontaktu elektrod ze skórą	TAK	
13	Regulacja kontrastu ekranu	TAK	
14	Możliwość zmiany kolorów ekranu	TAK	
15	Podgląd (interpretacja graficzna) płynącego prądu	TAK	
16	Płynna modyfikacja parametrów prądów	TAK	
17	Sekwencje zapisywane przez użytkownika (minimum 150)	TAK	
18	Historia ostatnich 20 zabiegów	TAK	

19	Bank programów terapeutycznych zapisanych w pamięci aparatu (gotowe diagnozy)	TAK	
20	Możliwość tworzenia i zapisywania własnych programów terapeutycznych (minimum 500)	TAK	
21	Kolorowa encyklopedia terapeutyczna z rysunkami anatomicznymi	TAK	
22	Klasyfikacja protokołów według efektów terapeutycznych	TAK	
23	Możliwość definiowania własnego hasła bezpieczeństwa w aparacie	TAK	
24	Wybór dźwięków, regulacja głośności, automatyczne wyłączenie	TAK	
25	Wielojęzyczne menu	TAK	
26	Możliwość swobodnej modyfikacji parametrów elektroterapii	TAK	
27	Identyfikacja i test akcesoriów	TAK	
28	Wyposażenie aparatu : 2 przewody do elektrod, 4 elektrody 70x50 mm, woreczki na elektrody 70x50mm, pasy do mocowania elektrod 4 pary, kabel sieciowy wraz z zasilaczem.	TAK	
29	Obsługa aparatu oraz instrukcja w języku polskim	TAK	
30	Klasa bezpieczeństwa II (wg IEC 536)	TAK	
31	Zasilanie 100-240 v , 50-60 Hz	TAK	
32	Waga max 3 kg.	TAK	
33	Wymiary 380 x 190 x 260 mm	TAK	

34	Możliwość zasilania akumulatorowego (OPCJA)	TAK	
35	W zestawie aparat podciśnieniowy VAC	TAK	
36	Oryginalny stolik producenta do którego podłączymy aparat VAC II oraz aparat do elektroterapii	TAK	

Parametry określone jako „tak” i „podać/opis” oraz parametry liczbowe (\geq lub $>$ lub \leq lub $<$) są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru (niespełnienie warunku) w oferowanej konfiguracji urządzenia. Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszej tabelce.

POZ. 5: APARAT DO ULTRADŹWIĘKÓW 1- KANAŁOWY

Cena jednostkowa netto za 1 szt.	Wartość ogółem netto (poz. 1 x 1 szt.)	VAT (%)	Kwota VAT (poz. 2 x poz. 3)	Wartość ogółem brutto (poz. 2 + poz. 4)	1 szt.
1	2	3	4	5	

WYMAGANE WARUNKI OGÓLNE	TAK / OPISAĆ
Producent:	
Kraj pochodzenia:	
Model / Typ:	
Rok produkcji (min 2015 fabrycznie nowy nie powystawowy):	
Wyrób medyczny oznaczony znakiem CE	
Certyfikat, zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych (podać numer):	

Karta eksploatacji sprzętu (Paszport techniczny)	
Instrukcja obsługi i menu aparatu w języku polskim:	
Okres gwarancji (min 24 mc):	
Termin realizacji zamówienia (wymagane do 3 dni):	
Aparatura kompletna, tj. gotowa do eksploatacji (bez żadnych dodatkowych inwestycji ze strony Zamawiającego). W cenie oferty wliczona instalacja, montaż oraz szkolenie personelu obsługującego	
W okresie gwarancji Wykonawca ponosi 100% kosztów serwisowania wraz z częściami zamiennymi. Bieg okresu gwarancji rozpoczyna się od dnia przekazania zakresu umownego Użytkownikowi:	
W trakcie okresu gwarancji przeglądy wliczone są w cenę oferty (łącznie z dojazdem i wszystkimi kosztami wraz z częściami zamiennymi):	
Możliwość zgłaszania usterek 24 godz. na dobę:	
Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie (min. 12 miesięcy, podać w miesiącach lub latach):	
Czas reakcji serwisu na zgłoszenie usterki (max 48 godz. podać w godzinach)	
Czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w dniach od daty zgłoszenia (podać maksymalnie w godzinach lub dniach):	
Liczba napraw gwarancyjnych danego elementu lub podzespołu uprawniająca do wymiany go na nowy (podać maksymalnie ilość niezależnie od rodzaju naprawy):	
Okres zagwarantowania dostępności serwisu, części zamiennych i oprogramowania od daty sprzedaży/zainstalowania w latach (min. 10 lat podać w latach):	
Autoryzacja od producenta na sprzedaż i serwis urządzenia na terenie Polski:	
Lokalizacja punktu/ów serwisowego/ych (wymienić):	

Inne (warunki gwarancji i serwisu pogwarancyjnego nie ujęte w wykazie powyżej):

Lp.	Parametry graniczne	Wymagane	Parametry oferowane (podać zakresy lub opisać)
1.	2.	3.	4.
1	Jeden kanał do terapii ultradźwiękowej	TAK	
2	Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej min. 4,3 cala ułatwiający sterowanie aparatem	TAK	
3	Wieloczęstotliwościowa (1MHz i 3MHz) i wodoodporna głowica ultradźwiękowa 5cm ²	TAK	
4	Podgrzewane głowice ultradźwiękowe	TAK	
5	Możliwość jednoczesnego podłączenia dwóch głowic do aparatu	TAK	
6	Wizualna kontrola kontaktu głowicy ze skórą pacjenta	TAK	
7	Praca ciągła i impulsowa (10-150Hz)	TAK	
8	Możliwość ustawienia automatycznego przełączania częstotliwości przez aparat (1MHz i 3MHz)	TAK	
9	Współczynnik wypełnienia 5-95 %	TAK	
10	Natężenie od 0,1 do 3W/cm ² przy pracy impulsowej i do 2W/cm ² przy pracy ciągłej	TAK	

11	Możliwość współpracy z głowicami ultradźwiękowymi montowanymi na ciele pacjenta za pomocą pasów, umożliwiającymi prowadzenie terapii bez obecności terapeuty	TAK	
12	Możliwość podłączenia wieloczęstotliwościowej (1MHz i 3MHz) i wodoodpornej głowicy ultradźwiękowej 1cm2	TAK	
13	Płynna modyfikacja parametrów ultradźwięku	TAK	
14	Sekwencje zapisywane przez użytkownika minimum 150	TAK	
15	Bank programów terapeutycznych zapisanych w pamięci aparatu (gotowe diagnozy)	TAK	
16	Możliwość tworzenia i zapisywania własnych programów terapeutycznych (minimum 500)	TAK	
17	Kolorowa encyklopedia terapeutyczna z rysunkami anatomicznymi	TAK	
18	Klasyfikacja protokołów według efektów terapeutycznych	TAK	
19	Sygnaly dźwiękowe	TAK	
20	Wizualna identyfikacja aktywnych akcesoriów.	TAK	
21	Obsługa aparatu oraz instrukcja w języku polskim	TAK	
22	Klasa bezpieczeństwa II (wg IEC 536)	TAK	
23	Zasilanie 100-240 V, 50-60 Hz	TAK	
24	Waga aparatu max 3 kg.	TAK	
25	Wymiary 380 x 190 x 260 mm	TAK	

26	Możliwość zasilania akumulatorowego (OPCJA)	TAK	
27	W zestawie głowica wodoodporna 5cm 1/3 MhZ oraz głowica bezobstugowa HFS 12 cm	TAK	
28	Oryginalny stolik producenta przystosowany pod aparat wraz z szufladami na akcesoria	TAK	

Parametry określone jako „tak” i „podać/opis” oraz parametry liczbowe (\geq lub $>$ lub \leq lub $<$) są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru (niespełnienie warunku) w oferowanej konfiguracji urządzenia. Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszej tabelce.

POZ. 6: APARAT DO ELEKTROTERAPII – 2 KANAŁOWY ORAZ DO MAGNETOTERAPII 2 KANAŁOWY

Cena jednostkowa netto za 1 szt.	Wartość ogółem netto (poz. 1 x 1 szt.)	VAT (%)	Kwota VAT (poz. 2 x poz. 3)	Wartość ogółem brutto (poz. 2 + poz. 4)	1 szt.
1	2	3	4	5	

WYMAGANE WARUNKI OGÓLNE	TAK / OPISAĆ
Producent:	
Kraj pochodzenia:	
Model / Typ:	
Rok produkcji (min 2015 fabrycznie nowy nie powystawowy):	
Wyrób medyczny oznaczony znakiem CE	
Certyfikat, zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych (podać numer):	

Karta eksploatacji sprzętu (Paszport techniczny)	
Instrukcja obsługi i menu aparatu w języku polskim:	
Okres gwarancji (min 24 mc):	
Termin realizacji zamówienia (wymagane do 3 dni):	
Aparatura kompletna, tj. gotowa do eksploatacji (bez żadnych dodatkowych inwestycji ze strony Zamawiającego). W cenie oferty wliczona instalacja, montaż oraz szkolenie personelu obsługującego	
W okresie gwarancji Wykonawca ponosi 100% kosztów serwisowania wraz z częściami zamiennymi. Bieg okresu gwarancji rozpoczyna się od dnia przekazania zakresu umownego Użytkownikowi:	
W trakcie okresu gwarancji przeglądy wliczone są w cenę oferty (łącznie z dojazdem i wszystkimi kosztami wraz z częściami zamiennymi):	
Możliwość zgłaszania usterek 24 godz. na dobę:	
Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie (min. 12 miesięcy, podać w miesiącach lub latach):	
Czas reakcji serwisu na zgłoszenie usterki (max 48 godz. podać w godzinach)	
Czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w dniach od daty zgłoszenia (podać maksymalnie w godzinach lub dniach):	
Liczba napraw gwarancyjnych danego elementu lub podzespołu uprawniająca do wymiany go na nowy (podać maksymalnie ilość niezależnie od rodzaju naprawy):	
Okres zagwarantowania dostępności serwisu, części zamiennych i oprogramowania od daty sprzedaży/zainstalowania w latach (min. 10 lat podać w latach):	
Autoryzacja od producenta na sprzedaż i serwis urządzenia na terenie Polski:	
Lokalizacja punktu/ów serwisowego/ych (wymienić):	

Inne (warunki gwarancji i serwisu pogwarancyjnego nie ujęte w wykazie powyżej):

Lp.	Parametry graniczne	Wymagane	Parametry oferowane (podać zakresy lub opisać)
1.	2.	3.	4.
1	Aparat 2-kanalowy do elektroterapii oraz do magnetoterapii 2 kanałowy	TAK	
2	Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej min. 4,3 cala ułatwiający sterowanie aparatem	TAK	
3	Możliwość pracy 2 kanałów niezależnie na różnych parametrach prądów	TAK	
4	Dostępne prądy:	TAK	
	<i>Galwaniczny,</i>	TAK	
	<i>Diadynamiczne (DF, MF, CP, LP, RS, CP-ISO),</i>	TAK	
	<i>Träberta,</i>	TAK	
	<i>Faradaya,</i>	TAK	
	<i>NPHV</i>	TAK	
	<i>Sekwencje,</i>	TAK	

<i>Neofaradyczny,</i>	TAK	
<i>Rosyjska stymulacja - prąd Kotza</i>	TAK	
<i>Impulsy trapezoidalne</i>	TAK	
<i>Impulsy stymulujące</i>	TAK	
<i>Impulsy prostokątne</i>	TAK	
<i>Impulsy trójkątne</i>	TAK	
<i>Impulsy eksponencjalne</i>	TAK	
<i>Impulsy ze wzrostem ekspotencjalnym</i>	TAK	
<i>Impulsy łączone</i>	TAK	
<i>Impulsy Przerywane</i>	TAK	
<i>TENS (symetryczny, falujący, asymetryczny, bursty),</i>	TAK	
<i>2-polowa interferencja</i>	TAK	
<i>4-polowa interferencja</i>	TAK	
<i>Izoplanarne pole wektorowe</i>	TAK	
<i>Fale o średniej częstotliwości</i>	TAK	
<i>Stymulacja spastyczna - metoda Hufschmidta</i>	TAK	

	<i>Stymulacja spastyczna – metoda Jantscha</i>	TAK	
	<i>HVT</i>	TAK	
	<i>Impulsy IG</i>	TAK	
	<i>Modulowany prąd impulsowy</i>	TAK	
	<i>Prąd VMS</i>	TAK	
	<i>Prąd Kotza</i>	TAK	
	<i>EPIR</i>	TAK	
	<i>Prąd Leduca</i>	TAK	
	<i>Fale H</i>	TAK	
	<i>Mikroprądy</i>	TAK	
	<i>Stymulacja spastyczna wg Hufschmidta</i>	TAK	
	<i>Stymulacja spastyczna wg Jantscha</i>	TAK	
	<i>Elektrodiagnostyka</i>	TAK	
5	Prosta zmiana polaryzacji elektrod	TAK	
6	Tryb prądu stałego (cc) i stałego napięcia (cv)	TAK	
7	Programowalne sekwencje (zestawy) prądów	TAK	

8	Elektrodiagnostyka: Krzywa I/t reobaza i chronaksja, punkt motoryczny, współczynnik akomodacji.	TAK	
9	Test jakości elektrod	TAK	
10	Współpraca z aparatem podciśnieniowym VAC	TAK	
11	Sygnały dźwiękowe	TAK	
12	Kontrola kontaktu elektrod ze skórą	TAK	
13	Regulacja kontrastu ekranu	TAK	
14	Możliwość zmiany kolorów ekranu	TAK	
15	Podgląd (interpretacja graficzna) płynącego prądu	TAK	
16	Płynna modyfikacja parametrów prądów	TAK	
17	Sekwencje zapisywane przez użytkownika (minimum 150)	TAK	
18	Historia ostatnich 20 zabiegów	TAK	
19	Bank programów terapeutycznych zapisanych w pamięci aparatu (gotowe diagnozy)	TAK	
20	Możliwość tworzenia i zapisywania własnych programów terapeutycznych (minimum 500)	TAK	
21	Kolorowa encyklopedia terapeutyczna z rysunkami anatomicznymi	TAK	
22	Klasyfikacja protokołów według efektów terapeutycznych	TAK	
23	Możliwość definiowania własnego hasła bezpieczeństwa w aparacie	TAK	

24	Wybór dźwięków, regulacja głośności, automatyczne wyłączenie	TAK	
25	Wielojęzyczne menu	TAK	
26	Możliwość swobodnej modyfikacji parametrów elektroterapii	TAK	
27	Identyfikacja i test akcesoriów	TAK	
28	Wyposażenie aparatu : 2 przewody do elektrod, 4 elektrody 70x50 mm, woreczki na elektrody 70x50mm, pasy do mocowania elektrod, kabel sieciowy wraz z zasilaczem.	TAK	
29	Klasa bezpieczeństwa II (wg IEC 536)	TAK	
30	Zasilanie 100-240 v , 50-60 Hz	TAK	
31	Waga max 3 kg.	TAK	
32	Wymiary 380 x 190 x 260 mm	TAK	
33	Możliwość zasilania akumulatorowego (OPCJA)	TAK	
34	MAGNETOTERAPIA	TAK	
35	Aparat wyposażony w pole magnetyczne impulsowe: prostokątne, trójkątne, sinusoidalne, eksponencjalne, ciągłe	TAK	
36	Dwa niezależne kanały terapeutyczne	TAK	
37	Kombinacja impulsowego i statycznego pola magnetycznego z regulowanym współczynnikiem proporcji	TAK	
38	Modulacja impulsów: wiązka (burst), fala sinusoidalna, fala trapezoidalna, fala symetryczna	TAK	

39	Programowalne serie impulsów	TAK	
40	Technologia skoncentrowanego pola magnetycznego – pole magnetyczne z aplikatorów skierowane jest bezpośrednio w kierunku pacjenta	TAK	
41	Gotowy bank jednostek chorobowych w aparacie	TAK	
42	Możliwość tworzenia i zapisywania własnych programów terapeutycznych (min.120)	TAK	
43	Kartoteka (baza danych) pacjentów w pamięci aparatu	TAK	
44	Możliwość przypisywania terapii do pacjenta i zapisywania w pamięci aparatu	TAK	
45	Menu w języku polskim	TAK	
46	Hasło dostępu w aparacie	TAK	
47	Wyłącznik czasowy aparatu i ekranu	TAK	
48	Regulacja kontrastu ekranu	TAK	
49	Sygnaly dźwiękowe	TAK	
50	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
51	Aplikator Multidysk szt. 1	TAK	
52	Stolik oryginalny producenta aparatu	TAK	

Parametry określone jako „tak” i „podać/opis” oraz parametry liczbowe (\geq lub $>$ lub \leq lub $<$) są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru (niespełnienie warunku) w oferowanej konfiguracji urządzenia. Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszej tabelce.

POZ. 7: APARAT DO KRIOTERAPII MIEJSCOWEJ

Cena jednostkowa netto za 1 szt.	Wartość ogółem netto (poz. 1 x 1 szt.)	VAT (%)	Kwota VAT (poz. 2 x poz. 3)	Wartość ogółem brutto (poz. 2 + poz. 4)	1 szt.
1	2	3	4	5	
WYMAGANE WARUNKI OGÓLNE				TAK / OPISAĆ	
Producent:					
Kraj pochodzenia:					
Model / Typ:					
Rok produkcji (min 2015 fabrycznie nowy nie powystawowy):					
Wyrób medyczny oznaczony znakiem CE					
Certyfikat, zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych (podać numer):					
Karta eksploatacji sprzętu (Paszport techniczny)					
Instrukcja obsługi i menu aparatu w języku polskim:					
Okres gwarancji (min 24 mc):					
Termin realizacji zamówienia (wymagane do 3 dni):					

Aparatura kompletna, tj. gotowa do eksploatacji (bez żadnych dodatkowych inwestycji ze strony Zamawiającego). W cenie oferty wliczona instalacja, montaż oraz szkolenie personelu obsługującego	
W okresie gwarancji Wykonawca ponosi 100% kosztów serwisowania wraz z częściami zamiennymi. Bieg okresu gwarancji rozpoczyna się od dnia przekazania zakresu umownego Użytkownikowi:	
W trakcie okresu gwarancji przeglądy wliczone są w cenę oferty (łącznie z dojazdem i wszystkimi kosztami wraz z częściami zamiennymi):	
Możliwość zgłaszania usterek 24 godz. na dobę:	
Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie (min. 12 miesięcy, podać w miesiącach lub latach):	
Czas reakcji serwisu na zgłoszenie usterki (max 48 godz. podać w godzinach)	
Czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w dniach od daty zgłoszenia (podać maksymalnie w godzinach lub dniach):	
Liczba napraw gwarancyjnych danego elementu lub podzespołu uprawniająca do wymiany go na nowy (podać maksymalnie ilość niezależnie od rodzaju naprawy):	
Okres zagwarantowania dostępności serwisu, części zamiennych i oprogramowania od daty sprzedaży/zainstalowania w latach (min. 10 lat podać w latach):	
Autoryzacja od producenta na sprzedaż i serwis urządzenia na terenie Polski:	
Lokalizacja punktu/ów serwisowego/ych (wymienić):	
Inne (warunki gwarancji i serwisu pogwarancyjnego nie ujęte w wykazie powyżej):	

Lp.	Parametry graniczne	Wymagane	Parametry oferowane (podać zakresy lub opisać)
1.	2.	3.	4.
1	Zasilanie 230V(+/-10%) 50Hz	TAK	
2	Maksymalny pobór mocy 140VA	TAK	
3	Bezpieczeństwo Klasa I	TAK	
4	Bezpieczeństwo Stopień B	TAK	
CZYNNIK ROBOCZY			
5	Czynnik chłodniczy Ciekły azot (LN)	TAK	
6	Ilość czynnika roboczego dla zbiornika TR35 33,6 litrów, 27,2 kg	TAK	
TEMPERATURY			
7	Temperatura azotu -196°C	TAK	
8	Temperatura gazu wylotowego -150°C--100°C	TAK	
9	ZUŻYCIE LN Szacowane przy pracy ciągłej aparatu	TAK	
10	Dla poziomu nadmuchu <i>MINIMUM</i> ~ 0,032 kg / minutę	TAK	
11	Dla poziomu nadmuchu <i>MAKSIMUM</i> ~ 0,13 kg / minutę	TAK	
WYMIARY			

12	Wymiary aparatu: 1090x513x765 mm wysokość x szerokość x głębokość	TAK	
13	Ciężar (bez dewara i głowicy) 28 kg	TAK	
INNE			
14	Sterowanie za pomocą dotykowego panela: Przyciski na panelu umieszczone są po obu stronach wyświetlacza LCD	TAK	
15	Wizualizacja parametrów zabiegowych (czas, temperatura) na wyświetlaczu LCD aparatu	TAK	
16	Pomiar temperatury skóry pacjenta podczas zabiegu	TAK	
17	Stały pomiar ciężaru zbiornika z azotem	TAK	
18	Skokowa regulacja siły nadmuchu par azotu	TAK	
19	Przystosowany do pracy z dewarem 35 -litrowym	TAK	
20	Podstawa jezdna umożliwiająca przemieszczanie aparatu	TAK	
21	Wersja pneumatyczna, zapewniająca duże oszczędności środka kriogenicznego	TAK	
22	Szkolenie personelu (certyfikat potwierdzający przeszkolenie personelu)	TAK	

Parametry określone jako „tak” i „podać/opis” oraz parametry liczbowe (\geq lub $>$ lub \leq lub $<$) są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru (niespełnienie warunku) w oferowanej konfiguracji urządzenia. Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszej tabelce.

POZ. 8: 5-CZĘŚCIOWY STÓŁ TERAPEUTYCZNY Z ELEKTRYCZNĄ REGULACJĄ WYSOKOŚCI I CZĘŚCI ŚRODKOWEJ

Cena jednostkowa netto za 1 szt.	Wartość ogółem netto (poz. 1 x 1 szt.)	VAT (%)	Kwota VAT (poz. 2 x poz. 3)	Wartość ogółem brutto (poz. 2 + poz. 4)	1 szt.
----------------------------------	--	---------	-----------------------------	---	--------

1	2	3	4	5	
WYMAGANE WARUNKI OGÓLNE					TAK / OPISAĆ
Producent:					
Kraj pochodzenia:					
Model / Typ:					
Rok produkcji (min 2015 fabrycznie nowy nie powystawowy):					
Wyrób medyczny oznaczony znakiem CE					
Certyfikat, zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych (podać numer):					
Karta eksploatacji sprzętu (Paszport techniczny)					
Instrukcja obsługi i menu aparatu w języku polskim:					
Okres gwarancji (min 24 mc):					
Termin realizacji zamówienia (wymagane do 3 dni):					
Aparatura kompletna, tj. gotowa do eksploatacji (bez żadnych dodatkowych inwestycji ze strony Zamawiającego). W cenie oferty wliczona instalacja, montaż oraz szkolenie personelu obsługującego					
W okresie gwarancji Wykonawca ponosi 100% kosztów serwisowania wraz z częściami zamiennymi. Bieg okresu gwarancji rozpoczyna się od dnia przekazania zakresu umownego Użytkownikowi:					
W trakcie okresu gwarancji przeglądy wliczone są w cenę oferty (łącznie z dojazdem i wszystkimi kosztami wraz z częściami zamiennymi):					

Możliwość zgłaszania usterek 24 godz. na dobę:			
Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie (min. 12 miesięcy, podać w miesiącach lub latach):			
Czas reakcji serwisu na zgłoszenie usterki (max 48 godz. podać w godzinach)			
Czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w dniach od daty zgłoszenia (podać maksymalnie w godzinach lub dniach):			
Liczba napraw gwarancyjnych danego elementu lub podzespołu uprawniająca do wymiany go na nowy (podać maksymalnie ilość niezależnie od rodzaju naprawy):			
Okres zagwarantowania dostępności serwisu, części zamiennych i oprogramowania od daty sprzedaży/zainstalowania w latach (min. 10 lat podać w latach):			
Autoryzacja od producenta na sprzedaż i serwis urządzenia na terenie Polski:			
Lokalizacja punktu/ów serwisowego/ych (wymienić):			
Inne (warunki gwarancji i serwisu pogwarancyjnego nie ujęte w wykazie powyżej):			
Lp.	Parametry graniczne	Wymagane	Parametry oferowane (podać zakresy lub opisać)
1.	2.	3.	4.
1	Cicha i płynna praca	TAK	

2	5-częściowy stół terapeutyczny	TAK	
3	Elektryczna regulacja wysokości (42-95cm)	TAK	
4	Elektryczna regulacja części środkowej	TAK	
5	Pneumatyczna regulacja wezglowia	TAK	
6	3-częściowy zagłówek z oparciem na ramiona	TAK	
7	Standardowa szerokość: 70cm	TAK	
8	Otwór na twarz	TAK	
9	Sterownik ręczny	TAK	
10	Funkcjonalne wzornictwo dostarczające wysokiego poziomu bezpieczeństwa i komfortu	TAK	
11	Ciche i wydajne silniki	TAK	
12	Niepalne, łatwe do czyszczenia obicia	TAK	
13	Kolor obicia pomarańcz	TAK	
14	Kolor obudowy: szary	TAK	
15	Pilot reczny	TAK	
16	Uchwyt na papier	TAK	
17	możliwość dołączenia sterowania nożnego lub ramy sterującej	TAK	

Parametry określone jako „tak” i „podać/opis” oraz parametry liczbowe (\geq lub $>$ lub \leq lub $<$) są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru (niespełnienie warunku) w oferowanej konfiguracji urządzenia. Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszej tabelce.

POZ. 9: WANNA DO MASAŻU WIROWEGO KOŃCZYN GÓRNYCH

Cena jednostkowa netto za 1 szt.	Wartość ogółem netto (poz. 1 x 1 szt.)	VAT (%)	Kwota VAT (poz. 2 x poz. 3)	Wartość ogółem brutto (poz. 2 + poz. 4)	1 szt.
1	2	3	4	5	
WYMAGANE WARUNKI OGÓLNE				TAK / OPISAĆ	
Producent:					
Kraj pochodzenia:					
Model / Typ:					
Rok produkcji (min 2015 fabrycznie nowy nie powystawowy):					
Wyrób medyczny oznaczony znakiem CE					
Certyfikat, zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych (podać numer):					
Karta eksploatacji sprzętu (Paszport techniczny)					
Instrukcja obsługi i menu aparatu w języku polskim:					
Okres gwarancji (min 24 mc):					

Termin realizacji zamówienia (wymagane do 3 dni):	
Aparatura kompletna, tj. gotowa do eksploatacji (bez żadnych dodatkowych inwestycji ze strony Zamawiającego). W cenie oferty wliczona instalacja, montaż oraz szkolenie personelu obsługującego	
W okresie gwarancji Wykonawca ponosi 100% kosztów serwisowania wraz z częściami zamiennymi. Bieg okresu gwarancji rozpoczyna się od dnia przekazania zakresu umownego Użytkownikowi:	
W trakcie okresu gwarancji przeglądy wliczone są w cenę oferty (łącznie z dojazdem i wszystkimi kosztami wraz z częściami zamiennymi):	
Możliwość zgłaszania usterek 24 godz. na dobę:	
Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie (min. 12 miesięcy, podać w miesiącach lub latach):	
Czas reakcji serwisu na zgłoszenie usterki (max 48 godz. podać w godzinach)	
Czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w dniach od daty zgłoszenia (podać maksymalnie w godzinach lub dniach):	
Liczba napraw gwarancyjnych danego elementu lub podzespołu uprawniająca do wymiany go na nowy (podać maksymalnie ilość niezależnie od rodzaju naprawy):	
Okres zagwarantowania dostępności serwisu, części zamiennych i oprogramowania od daty sprzedaży/zainstalowania w latach (min. 10 lat podać w latach):	
Autoryzacja od producenta na sprzedaż i serwis urządzenia na terenie Polski:	
Lokalizacja punktu/ów serwisowego/ych (wymienić):	
Inne (warunki gwarancji i serwisu pogwarancyjnego nie ujęte w wykazie powyżej):	

Lp.	Parametry graniczne	Wymagane	Parametry oferowane (podać zakresy lub opisać)
1.	2.	3.	4.
1	10 mikrodysz do hydromasażu	TAK	
2	Regulacja intensywności hydromasażu	TAK	
3	Wyświetlacz LED do ustawiania czasu terapii	TAK	
4	Termometr cyfrowy	TAK	
5	Automatyczne napełnianie wanny	TAK	
6	Zewnętrzne podświetlenie LED	TAK	
7	Tryb hydromasażu ciągły, impulsowy lub sinusoidalny	TAK	
8	Możliwość dodania zewnętrznego podświetlenia LED	TAK	
9	Wymiary: 695x950x935 mm	TAK	
10	Pojemność użytkowa wanny: 25 l	TAK	
11	Zasilanie: 230 V / 50Hz	TAK	

Parametry określone jako „tak” i „podać/opis” oraz parametry liczbowe (\geq lub $>$ lub \leq lub $<$) są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru (niespełnienie warunku) w oferowanej konfiguracji urządzenia. Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszej tabelce.

POZ. 10: WANNA DO MASAŻU WIROWEGO KOŃCZYN, DOLNYCH Z SIEDZISKIEM

Cena jednostkowa netto za 1 szt.	Wartość ogółem netto (poz. 1 x 1 szt.)	VAT (%)	Kwota VAT (poz. 2 x poz. 3)	Wartość ogółem brutto (poz. 2 + poz. 4)	1 szt.
1	2	3	4	5	
WYMAGANE WARUNKI OGÓLNE				TAK / OPISAĆ	
Producent:					
Kraj pochodzenia:					
Model / Typ:					
Rok produkcji (min 2015 fabrycznie nowy nie powystawowy):					
Wyrób medyczny oznaczony znakiem CE					
Certyfikat, zgłoszenie do rejestru wyrobów medycznych (podać numer):					
Karta eksploatacji sprzętu (Paszport techniczny)					
Instrukcja obsługi i menu aparatu w języku polskim:					
Okres gwarancji (min 24 mc):					
Termin realizacji zamówienia (wymagane do 3 dni):					

Aparatura kompletna, tj. gotowa do eksploatacji (bez żadnych dodatkowych inwestycji ze strony Zamawiającego). W cenie oferty wliczona instalacja, montaż oraz szkolenie personelu obsługującego	
W okresie gwarancji Wykonawca ponosi 100% kosztów serwisowania wraz z częściami zamiennymi. Bieg okresu gwarancji rozpoczyna się od dnia przekazania zakresu umownego Użytkownikowi:	
W trakcie okresu gwarancji przeglądy wliczone są w cenę oferty (łącznie z dojazdem i wszystkimi kosztami wraz z częściami zamiennymi):	
Możliwość zgłaszania usterek 24 godz. na dobę:	
Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie (min. 12 miesięcy, podać w miesiącach lub latach):	
Czas reakcji serwisu na zgłoszenie usterki (max 48 godz. podać w godzinach)	
Czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w dniach od daty zgłoszenia (podać maksymalnie w godzinach lub dniach):	
Liczba napraw gwarancyjnych danego elementu lub podzespołu uprawniająca do wymiany go na nowy (podać maksymalnie ilość niezależnie od rodzaju naprawy):	
Okres zagwarantowania dostępności serwisu, części zamiennych i oprogramowania od daty sprzedaży/zainstalowania w latach (min. 10 lat podać w latach):	
Autoryzacja od producenta na sprzedaż i serwis urządzenia na terenie Polski:	
Lokalizacja punktu/ów serwisowego/ych (wymienić):	
Inne (warunki gwarancji i serwisu pogwarancyjnego nie ujęte w wykazie powyżej):	

Lp.	Parametry graniczne	Wymagane	Parametry oferowane (podać zakresy lub opisać)
1.	2.	3.	4.
1	12 mikrodysz do hydromasażu	TAK	
2	2 strefy hydromasażu,	TAK	
3	wyświetlacz LED do ustawienia czasu terapii,	TAK	
4	pojemność użytkowa 140l.	TAK	
5	Regulacja intensywności hydromasażu	TAK	
6	Termometr cyfrowy	TAK	
7	Automatyczne napełnianie wanny - 2 poziomy wody	TAK	
8	Tryb hydromasażu ciągły, impulsowy lub sinusoidalny	TAK	
9	Masaż powietrzny (opcja)	TAK	
10	Zewnętrzne podświetlenie LED	TAK	
11	Dysza analna do terapii hemoroidów (opcja)	TAK	
12	Możliwość dodania zewnętrznego podświetlenia LED	TAK	
13	Wymiary: 1430x693x880 mm	TAK	
14	Pojemność użytkowa wanny: 80/140 l	TAK	

15	Zasilanie: 230 V / 50Hz	TAK	
----	-------------------------	-----	--

Parametry określone jako „tak” i „podać/opis” oraz parametry liczbowe (\geq lub $>$ lub \leq lub $<$) są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru (niespełnienie warunku) w oferowanej konfiguracji urządzenia. Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszej tabelce.