**Przedmiot zamówienia**: Zakup fantomu dla Miejskiego Szpitala Zespolonego obejmujący: zakup fantomu, aparatu do magnetoterapii wraz z aplikatorem oraz aparatu do ultradźwięków.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Warunki wymagane Tak/Nie** | **Parametry oferowane podać, opisać** |
|  | **Pakiet nr 2** |  |  |
| **II** | **Aparat do magnetoterapii wraz z osprzętem – 1 komplet** |  |  |
|  | **Producent**  | Podać |  |
|  | **Kraj pochodzenia**  | Podać |  |
|  | **Rok produkcji (nie starszy niż 2022)** | TAK |  |
|  | Aparat do magnetoterapii  | Podać model i typ |  |
|  | 7 calowy kolorowy wyświetlacz z panelem dotykowym | TAK |  |
|  | Posiada dwa niezależne kanały zabiegowe  | TAK |  |
|  | Możliwość wyboru jednostki chorobowej za pomocą nazwy lub dziedziny | TAK |  |
|  | Aparat posiadający bazę wbudowanych programów zabiegowych | TAK |  |
|  | Aparat posiadający bazę wbudowanych programów użytkownika | TAK |  |
|  | Aparat posiadający bazę sekwencji użytkownika | TAK |  |
|  | Możliwość edytowania nazw programów oraz sekwencji użytkownika | TAK |  |
|  | Encyklopedia z opisem metodyki zabiegu | TAK |  |
|  | Statystyka przeprowadzonych zabiegów | TAK |  |
|  | Możliwość regulacji głośności sygnalizatora dźwiękowego  | TAK |  |
|  | Kształty pola: prostokątny dwupółkowy, trójkątny dwupółkowy, prostokątny jednopółkowy, sinusoidalny jednopółkowy, impulsowy jednopółkowy itp. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość pracy z jednym lub dwoma aplikatorami płaskimi  | TAK |  |
|  | Mocowanie aplikatorów za pomocą pasów i rzepów | TAK |  |
|  | Zabiegi w trybie dualnym | TAK |  |
|  | Wizualny wskaźnik aktywności pola w postaci oświetlacza | TAK |  |
|  | Sensoryczny wskaźnik aktywności pola w postaci pasów magnetycznych  | TAK |  |
|  | Nastawy zakresu częstotliwości pola magnetycznego z dokładnością do 0,01 Hz za pomocą klawiatury ekranowej | TAK |  |
|  | Nastawy wartości czasu zabiegu z dokładnością do 1 s za pomocą klawiatury ekranowej | TAK |  |
| **Programy i sekwencje** |
|  | Minimum 260 wbudowanych programów zabiegowych  | TAK |  |
|  | Minimum 50 programów do ustawienia przez użytkownika | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia programu ulubionego  | TAK |  |
|  | Minimum 10 sekwencji do ustawienia dla użytkownika | TAK |  |
| **Parametry ogólne** |
|  | Wymiary sterownika min.: 34 cm dł. x 28 cm szer. x 11 cm wys. (+/- 2 cm)  | TAK |  |
|  | Zasilanie, pobór mocy: 230V, 50/60 Hz, 350 VA | TAK |  |
|  | Częstotliwość pracy min. 2 – 240 Hz | TAK |  |
|  | Parametry trybu przerywanego: impuls 1s/ przerwa 0,5 – 8s | TAK |  |
|  | Spektrum częstotliwości min. 0 – 50 Hz  | TAK |  |
|  | Zegar zabiegowy 30 s – 60 minut | TAK |  |
| **Wyposażenie** |
|  | Przewód sieciowy  | TAK |  |
|  | Bezpieczniki zapasowe WTA-T 3,15 A/250 V – 2 szt.  | TAK |  |
|  | Magnes stały – 1 szt. | TAK |  |
|  | Okulary ochronne dla pacjenta – gogle – 1 szt. | TAK |  |
|  | Rysik do rezystancyjnego ekranu dotykowego – 1 szt. | TAK |  |
|  | Ścierka do ekranu LCD – 1 szt. | TAK |  |
| **Leżanka do pola magnetycznego** |
|  | Nośność leżanki min. 130 kg  | TAK, podać |  |
|  | Nośność półki pod aparat min. 8 kg | TAK, podać |  |
|  | Nośność półki pod aplikatory CPEP min. 3 kg  | TAK, podać |  |
|  | Wymiary półki pod aparat 37 cm x 36 cm (+/- 2 cm) | TAK, podać |  |
|  | Wymiary półki pod aplikatory CPEP 31 cm x 20 cm (+/- 1 cm) | TAK, podać |  |
|  | Wymiary leżanki wraz z półką 214 cm dł. x 53 cm szer. x 118 cm wys. (+/- 0,5 cm) | TAK, podać |  |
|  | Wysokość leżyska 60 cm (+/- 2 cm) | TAK, podać |  |
|  | Waga 45 kg (+/- 3 kg) | TAK, podać |  |
|  | Zagłówek  | TAK |  |
|  | Materiały leżanki wykonane z tworzywa, które nie zakłóca sił pola magnetycznego nadające się do dezynfekcji | TAK |  |
| **Aplikator szpulowy**  |
|  | Maksymalna indukcja znamionowa w geometrycznym środku aplikatora 3mT | TAK |  |
|  | Maksymalna indukcja znamionowa przy ściance aplikatora 4,5 mT | TAK |  |
|  | Maksymalna wartość zmiany indukcji 9 mT | TAK |  |
|  | Wymiary aplikatora bez kabla przyłączeniowego średnica 68,2 cm x 24,2 cm  | TAK |  |
|  | Masa 16 kg (Al)/ 22 kg (Cu) | TAK |  |
| **Gwarancja i serwis** |
|  | Okres gwarancji min. 24 miesiące | TAK, podać |  |
|  | Paszport techniczny | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. Wykonawca musi podać własny lub zewnętrzny serwis. Podać nazwę, adres, telefon kontaktowy wraz z dokumentacją potwierdzającą autoryzację | TAK, podać |  |
|  | Czas reakcji serwisu od zgłoszonej usterki max 2 dni robocze  | TAK |  |
|  | Podać częstotliwość wymaganych przez producenta przeglądów w danym okresie czasu – jeżeli jest wymagany. Ponadto zamawiający wymaga dostarczenia paszportu technicznego wraz z dostawą. | TAK, podać |  |
|  | Wszystkie czynności serwisowe w okresie gwarancji w tym wymagane przez producenta przeglądy wykonane będą na koszt wykonawcy (wraz z materiałami eksploatacyjnymi).  | TAK |  |
|  | Gwarancja dostępności części zamiennych lub równoważnych zapewniających prawidłowe funkcjonowanie min. 10 lat od daty dostawy. | TAK |  |
|  | W ramach wynagrodzenia dostawa i uruchomienie sprzętu wraz z instalacją, oraz przeszkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi. | TAK |  |