**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 ultradźwięków z osprzętem – 1 komplet** |  |  |
|  | **Producent**  | Podać |  |
|  | **Kraj pochodzenia**  | Podać |  |
|  | **Rok produkcji (nie starszy niż 2022)** | TAK |  |
|  | Aparat do ultradźwięków  | Podać model i typ |  |
|  | Urządzenie do wykonywania zabiegów leczniczych z zastosowaniem terapii ultradźwiękowej i fonoforezy | TAK |  |
|  | Możliwość wyboru jednostki chorobowej za pomocą nazwy | TAK |  |
|  | Tryb pracy manualny | TAK |  |
|  | Aparat z dużym czytelnym wyświetlaczem | TAK |  |
|  | Aparat posiadający bazę wbudowanych programów zabiegowych  | TAK |  |
|  | Aparat posiadający możliwość edycji nazw programów użytkownika  | TAK |  |
| **Programy zabiegowe** |
|  | Minimum 40 programów dla terapii ultradźwiękowej  | TAK |  |
|  | Minimum 10 programów do ustawienia przez użytkownika | TAK |  |
| **Parametry techniczne** |
|  | Zegar zabiegowy do 30 min | TAK |  |
|  | Wymiar sterownika (bez uchwytów) 30 cm x 23 cm x 11 cm (+/- 2 cm)  | TAK |  |
|  | Waga max 3kg  | TAK, podać |  |
|  | Tryb pracy generatora ultradźwięków ciągły oraz pulsujący | TAK |  |
|  | Częstotliwość pulsowania w 3 opcjach: 16 Hz, 48 Hz, 100 Hz | TAK |  |
|  | Wypełnienie przebiegu pulsującego 10%, 25%, 50%, 75% | TAK |  |
|  | Zasilanie, pobór mocy: 230V 50Hz, 40W | TAK |  |
| **Wyposażenie dodatkowe** |
|  | Przewód sieciowy | TAK |  |
|  | Żel do ultradźwięków 500 g – 1 szt. | TAK |  |
|  | Bezpieczniki zapasowe WTA-T800mA/250V – 2 szt.  | TAK |  |
| **Głowica** |
|  | Głowica wodoszczelna  | TAK |  |
|  | Głowica o powierzchni 4 cm2 | TAK |  |
|  | Głowica generująca falę ultradźwiękową o częstotliwości 1Hz | TAK |  |
|  | Emisja ciągła/ impulsowa  | TAK |  |
|  | Możliwość kalibracji czułości głowicy | TAK |  |
|  | Kontrola przylegania czoła głowicy  | 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 |  |