**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 | |  |