

**„Wykaz asortymentowo – cenowy sprzętu” dla pakietu nr 1  
Zestaw do kriostymulacji parami azotu 1 szt.**

Nazwa i typ: .....

Producent ( pełna nazwa i adres) .....

Kraj pochodzenia: .....

Rok produkcji: min. 2012 r. ....

<b>Lp.</b>	<b>Wymagane parametry i warunki</b>	<b>Parametr graniczny</b>	<b>Potwierdzenie parametru</b>
1.	Urządzenie umieszczone na konstrukcji, która umożliwi jego łatwe przemieszczanie wraz ze zbiornikiem na ciekły azot o objętości 26 l.	TAK	
2.	Elastyczna linia zasilająca.	TAK	
3.	Czynnik chłodniczy- ciekły azot (LN2).	TAK	
4.	Dodatkowy, zapasowy zbiornik na ciekły azot o objętości 26.	TAK	
5.	Temperatura strumienia pary azotu u wylotu dyszy- - 160°C.	TAK	
6.	Regulacja intensywności nadmuchu pary azotu.	TAK	
7.	Zużycie ciekłego azotu 0,10 do 0,15 kg/min przy pracy ciągłej.	TAK	
8.	Zintegrowany system wagowy.	TAK	
9.	Średnica szyjki wylotowej zbiornika- 50 mm.	TAK	
10.	Odparowywanie azotu ze zbiornika- 0,2l/24godz.	TAK	
11.	Zasilanie 230V/50Hz.	TAK	
12.	Zestaw nasadek na głowicę chłodzącą	TAK	
13.	Przewód nieusztyniający się podczas zabiegu	TAK	
14.	Klasa ochronności I.	TAK	
15.	Instrukcja obsługi w j. polskim (z dostawą)	TAK	
16.	Gwarancja minimum 36 m-cy (podać)	TAK	
17.	Autoryzowany serwis techniczny gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. (podać)	TAK	
18.	Serwis i dostępność części zamiennych w okresie pogwarancyjnym przez min. 10 lat.	TAK	
19.	Czas naprawy od chwili zgłoszenia awarii w okresie gwarancji i po gwarancji wynosi 3 dni,	TAK	

	z wyłączeniem świąt. W przypadku naprawy trwającej powyżej 3 dni Wykonawca dostarczy sprzęt zastępczy taki sam lub o porównywalnych parametrach technicznych.		
20.	Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych i zostanie zainstalowany bez żadnego uszczerbku	TAK	
21.	Montaż, uruchomienie i szkolenie w zakresie obsługi i dezynfekcji dla wszystkich użytkowników w/w sprzętu potwierdzone imiennymi certyfikatami.	TAK	
22.	Przeglądy w okresie trwania gwarancji łącznie z wymianą części (w ilości, zakresie- zgodnie z wymogami producenta) na koszt Wykonawcy (podać ilość)	TAK	
23.	Wyświetlacz ile azotu pozostało w butli	TAK	
24.	Konstrukcja mobilna umożliwiająca wykonywanie zabiegów zarówno w miejscu jak i w lokalizacji.	TAK	
25.	Taboret dla terapeuty.	TAK	
26.	W okresie pogwarancyjnym, gwarancja na nowe zainstalowane części i usługę 12 miesięcy.	TAK	
27.	Udokumentowanie wpisanych w tabeli parametrów załączonymi w oryginale katalogami i materiałami technicznymi producenta z czytelnym zaznaczeniem odniesień do zaoferowanych parametrów i wyposażenia ( Zamawiający zastrzega sobie prawo sprawdzenia wiarygodności podanych przez wykonawcę parametrów technicznych we wszystkich dostępnych źródłach).	TAK	

data: .....

.....  
(imię i nazwisko + pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**„Wykaz asortymentowo – cenowy sprzętu” dla pakietu nr 2**

**a) Urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości**

**b) Leżanka drewniana tapicerowana do fizykoterapii szt. 1**

Szczegółowy opis:

**a) Urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości:**

Nazwa i typ: .....

Producent (pełna nazwa i adres) .....

Kraj pochodzenia: .....

Rok produkcji: min. 2012 r. ....

<b>Lp.</b>	<b>Wymagane parametry i warunki</b>	<b>Parametr graniczny</b>	<b>Potwierdzenie parametru</b>
1.	Ekranowy generator pola magnetycznego	TAK	
2.	Urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości	TAK	
3.	Dwa niezależne kanały	TAK	
4.	Wyświetlacz ciekłokrystaliczny LCD	TAK	
5.	Gotowe programy terapeutyczne	TAK	
6.	Możliwość ustawienia ramion aplikatora w każdym położeniu	TAK	
7.	Efekt termiczny i a termiczny.	TAK	
8.	Kondensatory kondensatorowe i indukcyjne.	TAK	
9.	Jezdna podstawa	TAK	
10.	Instrukcja obsługi w j. polskim (z dostawą)	TAK	
11.	Gwarancja minimum 36 m- cy (podać)	TAK	
12.	Autoryzowany serwis techniczny gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski. (podać)	TAK	
13.	Serwis i dostępność części zamiennych w okresie pogwarancyjnym przez min. 10 lat	TAK	
14.	Czas naprawy od chwili zgłoszenia awarii w okresie gwarancji i po gwarancji wynosi 3 dni, z wyłączeniem świąt. W przypadku naprawy trwającej powyżej 3 dni Wykonawca dostarczy	TAK	

	sprzęt zastępczy taki sam lub o porównywalnych parametrach technicznych.		
15.	Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych i zostanie zainstalowany bez żadnego uszczerbku	TAK	
16.	Wykonawca weźmie na siebie obowiązek pierwszego zbadania i oznakowania stref bezpieczeństwa w zasięgu aparatu zgodnie z obowiązującymi przepisami.	TAK	
17.	Montaż, uruchomienie i szkolenie w zakresie obsługi i dezynfekcji dla wszystkich użytkowników w/w sprzętu potwierdzone imiennymi certyfikatami.	TAK	
18.	Przeglądy w okresie trwania gwarancji łącznie z wymianą części (w ilości, zakresie- zgodnie z wymogami producenta) na koszt Wykonawcy (podać ilość)	TAK	
19.	W okresie po gwarancyjnym, gwarancja na nowe zainstalowane części i usługę 12 miesięcy.	TAK	
20.	Udokumentowanie wpisanych w tabeli parametrów załączonymi w oryginale katalogami i materiałami technicznymi producenta z czytelnym zaznaczeniem odniesień do zaoferowanych parametrów i wyposażenia (Zamawiający zastrzega sobie prawo sprawdzenia wiarygodności podanych przez wykonawcę parametrów technicznych we wszystkich dostępnych źródłach).	TAK	

**b) Leżanka drewniana tapicerowana do fizykoterapii szt. 1**

Nazwa i typ: .....

Producent (pełna nazwa i adres) .....

Kraj pochodzenia: .....

Rok produkcji: min. 2012 r. ....

Lp.	Wymagane parametry i warunki	Parametr graniczny	Potwierdzenie parametru
1.	nazwa producenta rok produkcji typ, model	Podać: ..... ..... .....	
2.	Cechy/ parametry wymagane; - wykonanie z drewna	TAK	
	- nie zawiera elementów metalowych	TAK	

	- dwuczęściowa tapicerka z ręcznie regulowanym zagłówkiem	TAK	
	- otwór na twarz w zagłówku	TAK	
	- miękkie leżysko	TAK	
	- długość 185 cm	TAK	
	- szerokość 65 cm	TAK	
	- wysokość 70 cm	TAK	
	- kąt nachylenia zagłówka 0 <sup>0</sup> -25 <sup>0</sup>	TAK	
<b>3.</b>	Kolor tapicerki: jasny beż	TAK	
<b>4.</b>	Udokumentowanie wpisanych w tabeli parametrów załączonymi w oryginale katalogami i materiałami technicznymi producenta z czytelnym zaznaczeniem odniesień do zaoferowanych parametrów i wyposażenia (Zamawiający zastrzega sobie prawo sprawdzenia wiarygodności podanych przez wykonawcę parametrów technicznych we wszystkich dostępnych źródłach).	TAK	

data: .....

.....  
(imię i nazwisko + pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)