**Aparat do elektroterapii – 2 szt (pakiet nr. 15 poz. 1)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Pozycja asortymentowa oraz parametry (funkcje) wymagane (minimalne) | Wartość Wymagana  | Wartość oferowana |
|  I | Zestaw do elektroterapii  | - | - |
| 1 | Aparat do elektroterapii dwukanałowy | Tak – podać nazwę handlową ,model oraz producenta |  |
| 2 | Elektroterapia prądami – diadynamicznym, KOTZA, TENS, faradycznym, niskiej częstotliwości MUSCLE, prądy stosowane do jonoforezy IONO, dwubiegunowy premodulowany średniej częstotliwości, czteropolowy prad średniej częstotliwości Nemeck’a, prądy impulsowe (prostokątne i trójkątne),prądy Traberta | Tak |  |
| 3 | Bank gotowych programów terapetycznych | Tak |  |
| 4 | Możliwość wprowadzania własnych programów terapeutycznych | Tak |  |
| 5 | Mikroprocesorowe sterowanie aparatu | Tak  |  |
| 6 | Zegar zabiegowy | Tak |  |
| 7 | Regulacja natężenia prądu  | Tak |  |
| 8 | Komplet akcesoriów ( komplet przewodów, elektrody, pasy na rzep do mocowania elektrod, podkłady pod elektrody, instrukcja obsługi | Tak |  |
| 9 | Ponad 50 programów terapeutycznych | Tak |  |
| 10 | Dwa zupełni nie zależne kanały | Tak |  |
| 11 | Program z automatycznym wyznaczaniem krzywej I/T | Tak |  |

data : ............................................... podpisano: .........................................................

 Pieczęć i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

**Zestaw elektroterapia + laser – 1 szt (pakiet nr. 15 poz. 2)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Pozycja asortymentowa oraz parametry (funkcje) wymagane (minimalne) | Wartość Wymagana  | Wartość oferowana |
|  I | Zestaw do elektroterapii i laseroterapii | - | - |
| 1 | Zestaw składający się z 2 niezależnych modułówAparat do elektroterapii dwukanałowyLaser biostymulacyjny | Tak – podać nazwę handlową ,model oraz producenta |  |
| 2 | Elektroterapia prądami – diadynamicznym, KOTZA, TENS, faradycznym, niskiej częstotliwości MUSCLE, prądy stosowane do jonoforezy IONO, dwubiegunowy premodulowany średniej częstotliwości, czteropolowy prad średniej częstotliwości Nemeck’a, prądy impulsowe (prostokątne i trójkątne),prądy Traberta | Tak |  |
| 3 | Bank gotowych programów terapetycznych | Tak |  |
| 4 | Możliwość wprowadzania własnych programów terapeutycznych | Tak |  |
| 5 | Zegar zabiegowy | Tak |  |
| 6 | Regulacja natężenia prądu  | Tak |  |
| 7 | Komplet akcesoriów ( komplet przewodów, elektrody, pasy na rzep do mocowania elektrod, podkłady pod elektrody | Tak |  |
| 8 | Ponad 50 programów terapeutycznych | Tak |  |
| 9 | Dwa zupełni nie zależne kanały | Tak |  |
| 10 | Program z automatycznym wyznaczaniem krzywej I/T | Tak |  |
| 11 | Sonda laserowa 400 mV | Tak |  |

data : ............................................... podpisano: .........................................................

 Pieczęć i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

**Zestaw elektroterapia + ultradźwięki – 2 szt (pakiet nr 15 poz. 3)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Pozycja asortymentowa oraz parametry (funkcje) wymagane (minimalne) | Wartość Wymagana  | Wartość oferowana |
|  I | Zestaw do elektroterapii oraz ultradźwięki | - | - |
| 1 | Aparat do elektroterapii dwukanałowyAparat do terapii ultradźwiekowej  | Tak – podać nazwę handlową ,model oraz producenta |  |
| 2 | Elektroterapia prądami – diadynamicznym, KOTZA, TENS, faradycznym, niskiej częstotliwości MUSCLE, prądy stosowane do jonoforezy IONO, dwubiegunowy premodulowany średniej częstotliwości, czteropolowy prad średniej częstotliwości Nemeck’a, prądy impulsowe (prostokątne i trójkątne),prądy Traberta | Tak |  |
| 3 | Bank gotowych programów terapetycznych | Tak |  |
| 4 | Zegar zabiegowy | Tak |  |
| 5 | Regulacja natężenia prądu  | Tak |  |
| 6 | Komplet akcesoriów ( komplet przewodów, elektrody, pasy na rzep do mocowania elektrod, podkłady pod elektrody | Tak |  |
| 7 | Ponad 50 programów terapeutycznych | Tak |  |
| 8 | Dwa zupełni nie zależne kanały | Tak |  |
| 9 | Program z automatycznym wyznaczaniem krzywej I/T | Tak |  |
| 10 | Głowica o powierzchni conajmniej 4cm2 i częstotliwości roboczej 1MHz | Tak |  |
| 11 | Praca ciągła i impulsowa | Tak |  |
| 12 | Kontrola sprzężenia głowicy (wizualna i dźwiękowa) | Tak |  |
| 13 | Możliwość współpracy z aparatem do elektroterapii - terapia skojarzona | Tak |  |
| 14 | Bank gotowych programów zabiegowych  |  |  |

data : ............................................... podpisano: .........................................................

 Pieczęć i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

**Zestaw do terapii ultradźwiękowej – 1 szt (pakiet nr 16)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Pozycja asortymentowa oraz parametry (funkcje) wymagane (minimalne) | Wartość Wymagana  | Wartość oferowana |
| I | Aparat do terapii ultradźwiękowej –szt. 1 | - | - |
|  | Aparat do terapii ultradźwiękowej | Tak – podać nazwę handlową ,model oraz producenta |  |
|  | Głowica o powierzchni conajmniej 4cm2 i częstotliwości roboczej 1 i 3MHz | Tak |  |
|  | Głowica o powierzchni 1cm2 o częstotliwości roboczej 1 i 3MHz | Tak |  |
|  | Praca ciągła i impulsowa | Tak |  |
|  | Możliwość współpracy z aparatem do elektroterapii - terapia skojarzona | Tak |  |
|  | Bank gotowych programów zabiegowych – min. 29 | Tak |  |
|  | Czytelne i przejrzyste menu w języku polskim | Tak |  |
|  | Możliwość podłączenia dwóch głowic jednocześnie | Tak |  |

data : ............................................... podpisano: .........................................................

 Pieczęć i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

**Lampa do terapii UV – 1 szt (pakiet nr 17)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Pozycja asortymentowa oraz parametry (funkcje) wymagane (minimalne) | Wartość Wymagana  | Wartość oferowana |
|  I | Lampa kwarcowa statywowa – szt. 1 | - | - |
| 1 | Aparat do terapii światłem na statywie  | Tak – podać nazwę handlową, model oraz producenta  |  |
| 2 | Promieniowanie conajmniej UVA | Tak  |  |
| 3 | Ilość promienników conajmniej 4 o mocy conajmniej 20W każdy  | Tak |  |
| 4 | Wysokość lampy regulowana min 130cm max 186 | Tak |  |
| 5 | Regulacja kątowa lampy do kąta 90º | Tak |  |
| 6 | Zegar zabiegowy, 2 pary okularów | Tak |  |
| 7 | Waga do ok.30kg | Tak |  |
| 8 | Zasilanie 230V/50Hz | Tak |  |

data : ............................................... podpisano: .........................................................

 Pieczęć i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

**Aparat do krioterapii – 1 szt (pakiet nr. 18)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Pozycja asortymentowa oraz parametry (funkcje) wymagane (minimalne) | Wartość Wymagana  | Wartość oferowana |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Aparat do krioterapii  | Tak – podać nazwę handlową, model oraz producenta  |  |
| 2 | Czynnik roboczy – ciekły azot | Tak  |  |
| 3 | Objętość zbiornika: 30 l | Tak |  |
| 4 | Temperatura strumienia gazu : -160 stopni | Tak |  |
| 5 | Liczba stopni regulacji intensywności nadmuchu: min. 4 | Tak |  |
| 6 | Zużycie ciekłego azotu : od 3 do 10 kg/h ( praca ciągła ) w zależności od ustawionej intensywności nadmuchu  | Tak |  |
| 7 | Liczba zabiegów z jednego zbiornika : ok. 40 (dla średniego czasu zabiegu = 3 min) | Tak |  |
| 8 | Wyświetlacz zabiegowy | Tak |  |
| 9 | Przekątna ekranu min 7’’ | Tak |  |
| 10 | Baza gotowych programów zabiegowych z graficzną wizualizacją miejsca zabiegowego  | Tak |  |
| 11 | Wskaźnik napełnienia butli azotem | Tak |  |
| 12 | Zasilanie: 230 V +/- 10 % | Tak |  |

data : ............................................... podpisano: .........................................................

 Pieczęć i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

**Przenośny zestaw do fizykoterapii – 1 kpl (pakiet nr. 19)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Pozycja asortymentowa oraz parametry (funkcje) wymagane (minimalne) | Wartość Wymagana  | Wartość oferowana |
|  I | Zestaw do elektroterapii, laseroterapii oraz ultradźwięki, / urządzenie z 3 wymienionymi funkcjami lub 3 odrębne urządzenia przenośne | - | - |
| 1 | Aparat do elektroterapii dwukanałowyAparat do terapii ultradźwiekowej Aparat do laseroterapii,  | Tak – podać nazwę handlową ,model oraz producenta |  |
| 2 | Elektroterapia prądami – diadynamicznym, KOTZA, TENS, faradycznym, niskiej częstotliwości MUSCLE, prądy stosowane do jonoforezy IONO, dwubiegunowy premodulowany średniej częstotliwości, czteropolowy prad średniej częstotliwości Nemeck’a,  | Tak |  |
| 3 | Bank gotowych programów terapetycznych | Tak |  |
| 4 | Możliwość wprowadzania własnych programów terapeutycznych | Tak |  |
| 5 | Możliwość tworzenia sekwencji – kilku zabiegów po sobie (np. DF, CP,LP) | Tak |  |
| 6 | Zegar zabiegowy | Tak |  |
| 7 | Regulacja natężenia prądu  | Tak |  |
| 8 | Komplet akcesoriów ( komplet przewodów, elektrody, pasy na rzep do mocowania elektrod, podkłady pod elektrody | Tak |  |
| 9 | Ponad 50 programów terapeutycznych | Tak |  |
| 10 | Dwa zupełni nie zależne kanały | Tak |  |
| 11 | Program z wyznaczaniem krzywej I/T | Tak |  |
| 12 | Głowica o powierzchni conajmniej 4cm2 i częstotliwości roboczej 1MHz | Tak |  |
| 13 | Praca ciągła i impulsowa | Tak |  |
| 14 | Możliwość współpracy z aparatem do elektroterapii - terapia skojarzona | Tak |  |
| 15 | Bank gotowych programów zabiegowych  |  |  |
| 16 | Laser z aplikatorem punktowym 400 mV | Tak |  |
| 17 | Regulacja mocy | Tak |  |
| 18 | Tryb emisji:ciągły i impulsowy | Tak |  |
| 19 | Bank gotowych programów terapeutycznych | Tak |  |
| 20 | Etykiety ostrzegawcze | Tak |  |
| 21 | Okulary ochronne 2 szt | Tak |  |
| 22 | Instrukcja użytkownika | Tak |  |
| 23 | Automatyczne przeliczanie czasu zabiegu na podstawie pola zabiegowego | Tak |  |
| 24 | Torba transportowa | Tak |  |

data : ............................................... podpisano: .........................................................

 Pieczęć i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

**Lampa do terapii IR – 2 szt (pakiet nr 20)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Pozycja asortymentowa oraz parametry (funkcje) wymagane (minimalne) | Wartość Wymagana  | Wartość oferowana |
|  I | Lampa IR statywowa – szt. 2 | - | - |
| 1 | Aparat do terapii światłem na statywie  | Tak – podać nazwę handlową, model oraz producenta  |  |
| 2 | Zegar zabiegowy 1-30 min | Tak  |  |
| 3 | Filtry (czerwony, niebieski) po 1 szt. | Tak |  |
| 4 | Regulacja jasności świecenia | Tak |  |
| 5 | Wyświetlacz jasność/czas | Tak |  |
| 6 | Siatka zabezpieczająca | Tak |  |
| 7 | Okulary ochronne dla pacjenta – 1 szt. | Tak |  |
| 8 | Okulary ochronne dla terapeuty – 1 szt | Tak |  |
| 9 | Instrukcja użytkownika | Tak |  |

data : ............................................... podpisano: .........................................................

 Pieczęć i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

|  |
| --- |
| **APARAT DO LASEROTERAPII –** **+SONDA LASEROWA PUNKTOWA** - **1 szt (pakiet nr 21)** |
| Lp. | OPIS/PARAMETRY WYMAGANE | WARUNEK GRANICZNY | PARAMETRY OFEROWANE |
| 1. | Sterownik do laseroterapii z aplikatorem skanującym i sondą punktową do laseroterapii | TAK |   |
| 2. | **Aplikator** - sonda punktowa do laseroterapii punktowej IR o mocy 400mW i długości fali 808nm | TAK |   |
| 3. | Kontrola nad parametrami zabiegowymi | TAK |   |
| 4. | Jednostki chorobowe w trybie programowym wybierane po nazwie | TAK |   |
| 5. | Regulacja mocy 25%-100% | TAK |   |
| 6. | Wypełnienie 25-75%, impuls 50µs | TAK |   |
| 7. | Ilość programów zabiegowych 50 | TAK |   |
| 8. | Gotowe programy z częstotliwościami Nogiera 8 | TAK |   |
| 9. | Gotowe programy z częstotliwościami Volla 30 | TAK |   |
| 10. | Edycja nazw programów użytkownika | TAK |   |
| 11. | Możliwość automatycznego powtórzenia zabiegu | TAK |   |
| 12. | Duży czytelny wyświetlacz graficzny w języku polskim | TAK |   |
| 13. | Zegar zabiegowy | TAK |   |
| 14. | Wtyk blokady drzwi DOOR | TAK |   |
| 15 | Zasilanie 230V, 50Hz, 40W | TAK |   |
| 16 | Okulary ochronne do laseroterapii 2szt. Dla pacjenta i terapeuty | TAK |   |
| 17 | Preferowany kolor jednostki sterującej i aplikatora skanującego: szaro-niebieski, statywu: szary | TAK |   |
| 18 | Klasa bezpieczeństwa wymagana prawem | TAK |   |
| 19 | Wymagane prawem RP certyfikaty/dopuszczenia | TAK |   |
| 20 | Instrukcja w języku polskim | TAK |   |
| 21 | Gwarancja: minimum 2 lat | TAK |   |

data : ............................................... podpisano: .........................................................

 Pieczęć i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

|  |
| --- |
| **APARAT DO LASEROTERAPII - SAMODZIELNY SKANER LASEROWY+SONDA LASEROWA PUNKTOWA** – **1 szt (pakiet nr 22)** |
| Lp. | OPIS/PARAMETRY WYMAGANE | WARUNEK GRANICZNY | PARAMETRY OFEROWANE |
| 1. | Sterownik do laseroterapii z aplikatorem skanującym i sondą punktową do laseroterapii | TAK |   |
| 2. | **Aplikator skanujący R+IR 100mW +450mW ze statywem oraz sterownikiem** : duża moc źródeł promieniowanie mierzona na wyjściu, trzy tryby kreślenia pola zabiegowego: elipsa, linia, krzywe w granicach prostokąta, regulacja wysokości ramienia 60-140cm, regulacja położenia głowicy w dwóch osiach, automatyczne przeliczanie czasu pracy w zależności od wielkości pola zabiegowego i odległości skanera od ciała pacjenta, głowica skanująca umieszczona na ramieniu wyposażonym w siłownik pneumatyczny podtrzymujący ramię, podstawa wyposażona w kółka z hamulcami, półka na sterownik i okulary | TAK |   |
| 3. | **Aplikator** - sonda punktowa do laseroterapii punktowej IR o mocy 400mW i długości fali 808nm | TAK |   |
| 4. | Możliwość podłączenia sond laserowych:  | TAK |   |
| 1. o mocy 200/400 mW i długości fali 808nm |
| 2. o mocy 40/80mW i długości fali 660nm |
|  - regulacja mocy sond i aplikatorów |
|  - tryb emisji: ciągły i impulsowy |
| 5. | Ilość gniazd do podłączenia aplikatorów - 3 | TAK |   |
| 6. | Tryb manualny i programowy | TAK |   |
| 7. | Kontrola nad parametrami zabiegowymi | TAK |   |
| 8. | Jednostki chorobowe w trybie programowym wybierane po nazwie | TAK |   |
| 9. | Regulacja mocy 25%-100% | TAK |   |
| 10. | Wypełnienie 25-75%, impuls 50µs | TAK |   |
| 11. | Ilość programów zabiegowych 50 | TAK |   |
| 12. | Ilość sekwencji zabiegowych dla skanera 25 | TAK |   |
| 13. | Ilość sekwencji zabiegowych dla sond punktowych 10 | TAK |   |
| 14. | Gotowe programy z częstotliwościami Nogiera 8 | TAK |   |
| 15. | Gotowe programy z częstotliwościami Volla 30 | TAK |   |
| 16. | Edycja nazw programów użytkownika | TAK |   |
| 17. | Możliwość automatycznego powtórzenia zabiegu | TAK |   |
| 18. | Duży czytelny wyświetlacz graficzny w języku polskim | TAK |   |
| 19. | Zegar zabiegowy | TAK |   |
| 20. | Wtyk blokady drzwi DOOR | TAK |   |
| 21. | Zasilanie 230V, 50Hz, 40W | TAK |   |
| 22. | Okulary ochronne do laseroterapii 2szt. Dla pacjenta i terapeuty | TAK |   |
| 23. | Preferowany kolor jednostki sterującej i aplikatora skanującego: szaro-niebieski, statywu: szary | TAK |   |
| 24. | Klasa bezpieczeństwa wymagana prawem | TAK |   |
| 25. | Wymagane prawem RP certyfikaty/dopuszczenia | TAK |   |
| 26. | Instrukcja w języku polskim | TAK |   |
| 27. | Gwarancja: min. 2 lata | TAK |   |

data : ............................................... podpisano: .........................................................

 Pieczęć i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

|  |
| --- |
| **ZESTAW DO MAGNETOTERAPII – 1 szt (pakiet nr 23)** |
| Lp. | OPIS/PARAMETRY WYMAGANE | WARUNEK GRANICZNY | PARAMETRY OFEROWANE |
| 1. | Sterownik do magnetoterapii z dwoma niezależnymi kanałami zabiegowymi | TAK |   |
| 2. | Typy pól: sinus, półsinus, trójkąt, półtrójkąt, prostokąt, półprostokąt | TAK |   |
| 3. | Tryb mieszany: różne rodzaje pola w sesji zabiegowej | TAK |   |
| 4. | Zestaw zawiera: aplikator szpulowy 60cm – 2 szt | TAK |   |
| 5. | Ilość gniazd do podłączenia aplikatorów - 4 | TAK |   |
| 6. | Czytelny wyświetlacz znakowy | TAK |   |
| 7. | Automatyczne rozpoznawanie typu aplikatora | TAK |   |
| 8. | Tryb pracy: programowy i manualny | TAK |   |
| 9. | Programy zabiegowe wbudowane - 80 | TAK |   |
| 10. | Programy zabiegowe użytkownika - 50 | TAK |   |
| 11. | Jednostki chorobowe wybierane po nazwie | TAK |   |
| 12. | Autotest - bieżąca kontrola sprawności aparatu | TAK |   |
| 13. | Maksymalna indukcja: 10,0mT | TAK |   |
| 14. | Zakres częstotliwości: 2-60 Hz | TAK |   |
| 15. | Tryb impulsowy (impuls/przerwa) 1 s/0,5-8 s | TAK |   |
| 16. | Zegar zabiegowy 1-30 min, krok 1min. | TAK |   |
| 17. | Zasilanie 230V/450W | TAK |   |
| 18. | Leżanka aluminiowa do magnetoterapii z prowadnicami –– 2 szt | TAK |   |
| 19. | Półka mocowana do leżanki | TAK |   |
| 20. | Gwarancja: min. 2 lat  | TAK |   |

data : ............................................... podpisano: .........................................................

 Pieczęć i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

|  |
| --- |
| SSAK ELEKTRYCZNY – 1 szt (pakiet nr 24 poz. 1) |
| Wykonawca: |  |
| Nazwa urządzenia:model, nr katalogowy, klasa wyrobu medycznego |  |
| Producent:pełna nazwa, adres, strona www |  |
| Kraj produkcji: |  |
| Rok produkcji: 2013 - **parametr wymagany** |  |
| Lp | **Parametr [jednostka]** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | Aparat na wózku jezdnym z możliwością blokady kół | TAK |  |
|  | Zasilanie pompy ssącej 230 [VAC], 50 [Hz] ± 10%, | TAK |  |
|  | Zakres regulacji podciśnienia [MPa] | 0 – 0,085 |  |
|  | Płynna regulacja podciśnienia z pulpitu aparatu | TAK |  |
|  | Wydajność przepływu powietrza [l/min] | ≥ 40 |  |
|  | Masa urządzenia bez wózka≤ 5 [kg] | TAK |  |
|  | Konstrukcja wózka z szyną i uchwytami zaciskowymi do zamocowania 2 sztuk pojemników odbiorczych tworzywowych o pojemności minimum 2 [l]  | TAK |  |
|  | Pojemniki odbiorcze tworzywowe typu Serres, minimum 2 [sztuki] , do zastosowania z jednorazowymi wkładami do odsysania typu Serres | TAK |  |
|  | Ilość wkładów jednorazowych typu Serres na 1 ssak: minimum 24 [sztuk] | TAK |  |
|  | Poziom hałasu ≤ 55 [dB] | TAK |  |
|  | Zabezpieczenie przed przenikaniem płynu do wnętrza aparatu | TAK podać opis |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z urządzeniem | TAK |  |
|  | Bezpłatna gwarancyjna obsługa serwisowa urządzenia w okresie ≥ 24 miesięcy | TAK |  |

STANDARDOWE WYPOSAŻENIE SSAKA:

Ssak 1 szt
Naczynie szkalane 2,5l. 2 szt ( można zamienić jednorazowymi)
Mały ramowy wózek 1 szt
Naczynie kontrolne poliwęglanowe 0,8l
z zaworem zabezpieczającym i filtrem 1 szt
Przewód ssący silikonowy fi.7 1,5m 1 szt
Zapasowe filtry antybakteryjne 1 op./20szt

data : ............................................... podpisano: .........................................................

 Pieczęć i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

**APARAT EKG – 1 szt ( Pakiet nr 24 poz. 2)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR / WARUNEK** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość**  |
|  | Wymagania ogólne |  |  |
|  | automatyczna analiza i interpretacja | Tak |  |
|  | praca w trybie Auto lub Manual | Tak |  |
|  | sygnał EKG: 12 odprowadzeń standardowych lub odprowadzenia Cabrera | Tak |  |
|  | klawiatura alfanumeryczna i funkcyjna | Tak  |  |
|  | kolorowy ekran dotykowy (5,7") umożliwiający łatwąobsługę aparatu |  |  |
|  | prezentacja na ekranie przebiegów z 3, 6 oraz 12odprowadzeń EKG | Tak |  |
|  | wydruk w trybie 3, 6 lub 12 kanałów (szerokość papieru:112 mm) | Podać |   |
|  | wydruk w trybie 3, 6 lub 12 kanałów bezpośrednio zaparatu na zewnętrznej drukarce: wydruk A4 | Tak |  |
|  | czułość: 2,5/5/10/20 mm/mV | Tak  | . |
|  | prędkość zapisu: 5/10/25/50 mm/s | Tak |  |
|  | proste zakładanie papieru (Easy load) | Tak |  |
|  | baza pacjentów i badań | Tak |  |
|  | wewnętrzna pamięć 500 badań | Tak |  |
|  | zapis badań bezpośrednio z aparatu do pamięci USB (PenDrive) | TAK |  |
|  | detekcja złego podłączenia elektrody niezależna dlakażdego kanału | Tak |  |
|  | detekcja stymulatora serca | Tak | . |
|  | ciągły pomiar częstości akcji serca (HR) i jego prezentacjana wyświetlaczu | Tak |  |
|  | dźwiękowa sygnalizacja wykrytych pobudzeń | Tak  |  |
|  | cyfrowa filtracja zakłóceń sieciowych i zakłóceń pochodzenia mięśniowego | Tak |  |
|  | cyfrowy filtr pływania izolinii | Tak |  |
|  | interfejs komunikacyjny: 3 x port USB (równoczesnakomunikacja z PC, drukarką zewnętrzną, pamięcią USB -PenDrive) | Tak |  |
|  | interfejs komunikacyjny LAN umożliwiajacy wysyłaniezapisów badań EKG oraz dokumentacji medycznej wformie wiadomości e-mail bezpośrednio z aparatu nadowolną skrzynkę odbiorczą | Tak |  |
|  | zasilanie sieciowo-akumulatorowe | Tak |  |
|  | sygnalizacja stanu naładowania akumulatora | Tak |  |
|  | menu wyświetlane na ekranie | Tak  |  |
|  | konfiguracja wyglądu i kompozycji ekranu |  |  |
|  | konfiguracja ustawień aparatu oraz panelu sterowania | Tak  |  |
|  | współpraca z oprogramowaniem służącym do zarządzaniabadaniami EKG - CardioTEKA | Tak |  |
|  | wysyłanie wiadomości e-mail bezpośrednio z aparatu | Tak |  |
|  | możliwość wykonania badania spirometrycznego przyzastosowaniu przystawki | Tak |  |
|  | okres gwarancji min 24 m-ce | Tak |  |

data : ............................................... podpisano: .........................................................

 Pieczęć i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy