

**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 prąd średniej częstotliwości Nemeck’a, prądy impulsowe (prostokątne i trójkątne), prądy Traberta	Tak	
3	Bank gotowych programów terapeutycznych	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 wyznaczeniem krzywej I/T	Tak	

data : .....

podpisano: .....

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

Uwaga: w kolumnie “WARTOŚĆ WYMAGANA TAK”

**TAK** – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

**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 modułów Aparat do elektroterapii dwukanałowy Laser 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 prąd średniej częstotliwości Nemeck’a, prądy impulsowe (prostokątne i trójkątne), prądy Traberta	Tak	
3	Bank gotowych programów terapeutycznych	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 wyznaczeniem krzywej I/T	Tak	
11	Sonda laserowa 400 mV	Tak	

data : .....

podpisano: .....

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

Uwaga: w kolumnie “WARTOŚĆ WYMAGANA TAK”

**TAK** – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

**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 dwukanałowy Aparat do terapii ultradźwiękowej	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 terapeutycznych	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 4cm <sup>2</sup> 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

Uwaga: w kolumnie “WARTOŚĆ WYMAGANA TAK”

**TAK** – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

**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	-	-
1.	Aparat do terapii ultradźwiękowej	Tak – podać nazwę handlową ,model oraz producenta	
2.	Głowica o powierzchni conajmniej 4cm <sup>2</sup> i częstotliwości roboczej 1 i 3MHz	Tak	
3.	Głowica o powierzchni 1cm <sup>2</sup> o częstotliwości roboczej 1 i 3MHz	Tak	
4.	Praca ciągła i impulsowa	Tak	
5.	Możliwość współpracy z aparatem do elektroterapii - terapia skojarzona	Tak	
6.	Bank gotowych programów zabiegowych – min. 29	Tak	
7.	Czytelne i przejrzyste menu w języku polskim	Tak	
8.	Możliwość podłączenia dwóch głowic jednocześnie	Tak	

data : .....

podpisano: .....

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

Uwaga: w kolumnie "WARTOŚĆ WYMAGANA TAK"

**TAK** – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

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

L.p.	Pozycja asortymentowa oraz parametry (funkcje) wymagane (minimalne)	Wartość Wymagana	Wartość oferowana
1	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 90°	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

Uwaga: w kolumnie "WARTOŚĆ WYMAGANA TAK"

**TAK** – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

**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

Uwaga: w kolumnie "WARTOŚĆ WYMAGANA TAK"

**TAK** – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

**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 dwukanałowy Aparat do terapii ultradźwiękowej 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 prąd średniej częstotliwości Nemeck'a,	Tak	
3	Bank gotowych programów terapeutycznych	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 4cm <sup>2</sup> 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	

Uwaga: w kolumnie "WARTOŚĆ WYMAGANA TAK"

**TAK** – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

*Załącznik nr 1a do SIWZ  
Wymagania minimalne dla przedmiotu zamówienia*

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

Uwaga: w kolumnie "WARTOŚĆ WYMAGANA TAK"

**TAK** – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.



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

L.p.	Pozycja asortymentowa oraz parametry (funkcje) wymagane (minimalne)	Wartość Wymagana	Wartość oferowana
1	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

Uwaga: w kolumnie "WARTOŚĆ WYMAGANA TAK"

**TAK** – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

<b>APARAT DO LASEROTERAPII – +SONDA LASEROWA PUNKTOWA - 1 szt (pakiet nr 21)</b>			
Lp.	OPIS/PARAMETRY WYMAGANE	WARUNEK GRANICZNY	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Sterownik do laseroterapii z aplikatorem skanującym i sondą punktową do laseroterapii	TAK	
2.	<b>Aplikator</b> - 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

Uwaga: w kolumnie "WARTOŚĆ WYMAGANA TAK"

**TAK** – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

<b>APARAT DO LASEROTERAPII - SAMODZIELNY SKANER LASEROWY+SONDA LASEROWA PUNKTOWA – 1 szt (pakiet nr 22)</b>			
Lp.	OPIS/PARAMETRY WYMAGANE	WARUNEK GRANICZNY	PARAMETRY OFEROWANE
1.	Sterownik do laseroterapii z aplikatorem skanującym i sondą punktową do laseroterapii	TAK	
2.	<b>Aplikator skanujący R+IR 100mW +450mW ze statywem oraz sterownikiem</b> : 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.	<b>Aplikator</b> - sonda punktowa do laseroterapii punktowej IR o mocy 400mW i długości fali 808nm	TAK	
4.	Możliwość podłączenia sond laserowych: 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	TAK	
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	

Uwaga: w kolumnie "WARTOŚĆ WYMAGANA TAK"

**TAK** – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

Załącznik nr 1a do SIWZ  
Wymagania minimalne dla przedmiotu zamówienia

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

Uwaga: w kolumnie "WARTOŚĆ WYMAGANA TAK"

**TAK** – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

<b>ZESTAW DO MAGNETOTERAPII – 1 szt (pakiet nr 23)</b>			
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	

Uwaga: w kolumnie "WARTOŚĆ WYMAGANA TAK"

**TAK** – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

Załącznik nr 1a do SIWZ  
Wymagania minimalne dla przedmiotu zamówienia

18.	Leżanka aluminiowa do magnetoterapii z przewodnikami — 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

Uwaga: w kolumnie "WARTOŚĆ WYMAGANA TAK"

**TAK** – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

<b>SSAK ELEKTRYCZNY – 1 szt (pakiet nr 24 poz. 1)</b>			
Wykonawca:			
Nazwa urządzenia: model, nr katalogowy, klasa wyrobu medycznego			
Producent: pełna nazwa, adres, strona www			
Kraj produkcji:			
Rok produkcji: 2013 - <b>parametr wymagany</b>			
Lp	Parametr [jednostka]	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1.	Aparat na wózku jeżdżym z możliwością blokady kół	TAK	
2.	Zasilanie pompy ssącej 230 [VAC], 50 [Hz] ± 10%,	TAK	
3.	Zakres regulacji podciśnienia [MPa]	0 – 0,085	
4.	Płynna regulacja podciśnienia z pulpitu aparatu	TAK	
5.	Wydajność przepływu powietrza [l/min]	≥ 40	
6.	Masa urządzenia bez wózka ≤ 5 [kg]	TAK	
7.	Konstrukcja wózka z szyną i uchwytami zaciskowymi do zamocowania 2 sztuk pojemników odbiorczych tworzywowych o pojemności minimum 2 [l]	TAK	
8.	Pojemniki odbiorcze tworzywowe typu Serres, minimum 2 [sztuki], do zastosowania z jednorazowymi wkładami do odsysania typu Serres	TAK	
9.	Ilość wkładów jednorazowych typu Serres na 1 ssak: minimum 24 [sztuk]	TAK	
10.	Poziom hałasu ≤ 55 [dB]	TAK	
11.	Zabezpieczenie przed przenikaniem płynu do wnętrza aparatu	TAK podać opis	
12.	Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z urządzeniem	TAK	
13.	Bezpłatna gwarancyjna obsługa serwisowa urządzenia w okresie <b>≥ 24 miesięcy</b>	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  
Zapassowe filtry antybakteryjne 1 op./20szt

data : .....

podpisano: .....

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

Uwaga: w kolumnie "WARTOŚĆ WYMAGANA TAK"

**TAK** – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.

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

L.p.	PARAMETR / WARUNEK	Wartość wymagana	Oferowana wartość
	Wymagania ogólne		
1.	automatyczna analiza i interpretacja	Tak	
2.	praca w trybie Auto lub Manual	Tak	
3.	sygnał EKG: 12 odprowadzeń standardowych lub odprowadzenia Cabrera	Tak	
4.	klawiatura alfanumeryczna i funkcyjna	Tak	
5.	kolorowy ekran dotykowy (5,7") umożliwiający łatwą obsługę aparatu		
6.	prezentacja na ekranie przebiegów z 3, 6 oraz 12 odprowadzeń EKG	Tak	
7.	wydruk w trybie 3, 6 lub 12 kanałów (szerokość papieru: 112 mm)	Podać	
8.	wydruk w trybie 3, 6 lub 12 kanałów bezpośrednio z aparatu na zewnętrznej drukarce: wydruk A4	Tak	
9.	czułość: 2,5/5/10/20 mm/mV	Tak	
10.	prędkość zapisu: 5/10/25/50 mm/s	Tak	
11.	proste zakładanie papieru (Easy load)	Tak	
12.	baza pacjentów i badań	Tak	
13.	wewnętrzna pamięć 500 badań	Tak	
14.	zapis badań bezpośrednio z aparatu do pamięci USB (PenDrive)	TAK	
15.	detekcja złego podłączenia elektrody niezależna dla każdego kanału	Tak	
16.	detekcja stymulatora serca	Tak	
17.	ciągły pomiar częstości akcji serca (HR) i jego prezentacja na wyświetlaczu	Tak	
18.	dźwiękowa sygnalizacja wykrytych pobudzeń	Tak	
19.	cyfrowa filtracja zakłóceń sieciowych i zakłóceń pochodzenia mięśniowego	Tak	
20.	cyfrowy filtr pływania izolacji	Tak	
21.	interfejs komunikacyjny: 3 x port USB (równoczesna komunikacja z PC, drukarką)	Tak	

Uwaga: w kolumnie "WARTOŚĆ WYMAGANA TAK"

**TAK** – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.



Załącznik nr 1a do SIWZ  
Wymagania minimalne dla przedmiotu zamówienia

	zewnątrzną, pamięcią USB - PenDrive)		
22.	interfejs komunikacyjny LAN umożliwiający wysyłanie zapisów badań EKG oraz dokumentacji medycznej w formie wiadomości e-mail bezpośrednio z aparatu na dowolną skrzynkę odbiorczą	Tak	
23.	zasilanie sieciowo-akumulatorowe	Tak	
24.	sygnalizacja stanu naładowania akumulatora	Tak	
25.	menu wyświetlane na ekranie	Tak	
26.	konfiguracja wyglądu i kompozycji ekranu		
27.	konfiguracja ustawień aparatu oraz panelu sterowania	Tak	
28.	współpraca z oprogramowaniem służącym do zarządzania badaniami EKG - CardioTEKA	Tak	
29.	wysyłanie wiadomości e-mail bezpośrednio z aparatu	Tak	
30.	możliwość wykonania badania spirometrycznego przy zastosowaniu przystawki	Tak	
31.	okres gwarancji min 24 m-ce	Tak	

data : .....

podpisano: .....

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

Uwaga: w kolumnie "WARTOŚĆ WYMAGANA TAK"

**TAK** – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.