Załącznik nr 19 SWZ

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia  
pakiet 18**

**Aparat do leczenia polem magnetycznym niskiej częstotliwości z wyposażeniem wraz z leżanką do magnetoterapii i stolikiem - nowy**

**Rok produkcji: min. 2025   
Ilość: 1 szt.**

**Typ / Nr fabryczny:** ………………………………………………………………..…………  
 (proszę uzupełnić)

**Model / Marka:** ………………………………………………………………………….……  
 (proszę uzupełnić)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Opis przedmiotu zamówienia** | | **Parametry wymagane przez Zamawiającego** | **Parametry oferowane przez Wykonawcę** | **Numer katalogowy** |
|  | | | | | |  |
|  | | Aparat do magnetoterapii nowy, nieużywany. Wyklucza się aparat demo. Kolorowy ekran dotykowy min. 4,3 cala | | TAK |  |  |
|  | | Aparat 2 – kanałowy do niezależnej terapii dwóch pacjentów. | | TAK |  |  |
|  | | Technologia Impulsowego Pola Magnetycznego (PMF - Pulsed Magnetic Field): impulsy prostokątne, trójkątne, sinusoidalne, eksponencjalne i ciągłe | | TAK |  |  |
|  | | Możliwość modulacji impulsów: częstotliwość losowa, seria impulsów, fala sinusoidalna, fala trapezoidalna, fale symetryczne | | TAK |  |  |
|  | | Maksymalna indukcja impulsowa 128 mT | | TAK |  |  |
|  | | Zakres częstotliwość : 0-166 Hz | | TAK |  |  |
|  | | Bank programów terapeutycznych zapisanych w pamięci aparatu ( gotowe diagnozy ) | | TAK |  |  |
|  | | Kolorowa encyklopedia terapeutyczna z rysunkami autonomicznymi | | TAK |  |  |
|  | | Aplikatory z technologią FMF (skoncentrowane pole magnetyczne ) | | TAK |  |  |
|  | | Liczba jednocześnie podłączonych aplikatorów - 2 | | TAK |  |  |
|  | | Leżanka do magnetoterapii z przesuwanym solenoidem Ø 70 cm | | TAK |  |  |
|  | | **Dodatkowo aplikator:**  **- Multidysk ( dysk poczwórny)**  **- mały solenoid** Ø 30 cm | | TAK |  |  |
|  | | **Wymiary min** 380 × 190 × 260 mm | | TAK |  |  |
|  | | **Zasilacz** | | TAK |  |  |
|  | | **Przedłużka do aplikatora** | | TAK |  |  |
|  | | **Zasilanie** 100–240 V/AC, 50–60 Hz | | TAK |  |  |
|  | | **Waga max 3 kg** | | TAK |  |  |
|  | | Stolik mobilny | | TAK |  |  |
|  | **Informacje dodatkowe** | | | | | |
|  |  | | Instrukcja obsługi w języku polskim (z dostawą) | TAK |  |  |
|  |  | | Gwarancja minimum 24 m-ce | TAK |  |  |
|  |  | | Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres min. 6 lat | TAK |  |  |
|  |  | | Czas reakcji od chwili zgłoszenia awarii w okresie gwarancji wynosi 24 godzin, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy | TAK |  |  |
|  |  | | Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych i zostanie zainstalowany bez żadnego uszczerbku | TAK |  |  |
|  |  | | Przeglądy w okresie trwania gwarancji łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta (w ilości, zakresie – zgodnie z wymogami producenta) na koszt Wykonawcy (bez wezwania wykonawcy). Ostatni przegląd Wykonawca wykona w ostatnim miesiącu obowiązywania gwarancji | TAK |  |  |
|  |  | | Wykonawca gwarantuje, że wyżej wyspecyfikowany przedmiot oferty jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji | TAK |  |  |
|  |  | | Serwis autoryzowany (nazwa i adres) | TAK |  |  |
|  |  | | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE | TAK |  |  |
|  |  | | Paszport techniczny | TAK |  |  |