***Załącznik nr 2***

1. **Urządzenie do krioterapii miejscowej z użyciem ciekłego azotu – szt. 1**

Typ aparatu ….....................................

Producent …........................................

Rok produkcji ….................................

| L.p. | Wymagane parametry i funkcje(wartości minimalne wymagane) | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Wymagania formalno-techniczne dotyczące poniższego sprzętu i wyposażenia:** | Tak, podać |  |
|  | Urządzenie do krioterapii miejscowej za pomocą azotu. | Tak, podać |  |
|  | Temperatura strumienia gazu (przy wylocie dyszy): -1600C | Tak, podać |  |
|  | Pojemność zbiornika: 30l | Tak, podać |  |
| 4. | Ekran: LED | Tak, podać |  |
| 5. | Pobór mocy: 500W | Tak, podać |  |
| 6. | Zasilanie: 230V +/- 10% | Tak, podać |  |
| 7 | Zużycie ciekłego azotu podczas zabiegu: 6,4 – 12,8 dkg/min (praca ciągła) w zależności od ustawionej intensywności nadmuchu.  | Tak, podać |  |
| 8. | Możliwość regulacji intensywności nadmuchu: min. 7 stopni mocy) | Tak, podać |  |
| 9. | Pomiar wagowy ilości azotu w zbiorniku | Tak, podać |  |
| 10. | Możliwość zaprogramowania czasu zabiegu | Tak, podać |  |
| 11. | W zestawie dodatkowy zbiornik 30l | Tak, podać |  |
| 12. | W zestawie wózek transportowy umożliwiający przewóz zbiornika 30l | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **Warunki gwarancji i obsługi serwisowej obejmującej cały dostarczony sprzęt** | **Parametr graniczny wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Gwarancja min 36 miesięcy od dnia instalacji i potwierdzonej protokołem uruchomienia i przekazania urządzenia w terminie uwzględniającym czas pracy personelu | tak/podać |  |
| 2. | Podać warunki wymiany aparatu (wymagana wymiana aparatu po 3 naprawach gwarancyjnych) na koszt oferenta | tak/podać |  |
| 3. | Podać czas rozpoczęcia naprawy (wymagany nie dłuższy niż 48 godz. tj. 2 dni robocze od dnia zgłoszenia)  | tak |  |
| 4. | Bezpłatne przeglądy techniczne w okresie gwarancji: minimum jeden przegląd techniczny na koszt oferenta | tak/podać |  |
| 5. | Serwis gwarancyjny w siedzibie zamawiającego – w cenie oferty | tak |  |
| 6. | Dostępność części zamiennych przez okres min 8 lat od sprzedaży | tak/podać |  |
| 7. | Serwis gwarancyjny (podać ilość punktów serwisowych) | tak |  |
| 8. | Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z urządzeniem | tak |  |
| 9. | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi wraz z montażem i uruchomieniem urządzenia w terminie uwzględniającym czas pracy personelu – w cenie oferty | tak |  |
| 10. | Certyfikat CE (załączyć) | tak |  |

1. **Stół do rehabilitacji i masażu – szt. 1**

Oferowany model: ………………………………………………………….

Producent: …………………………………………………………………..

| L.p. | Wymagane parametry i funkcje(wartości minimalne wymagane) | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Wymagania formalno-techniczne dotyczące poniższego sprzętu i wyposażenia:** | Tak, podać |  |
| 1. | Czterosekcyjny stół do masażu i rehabilitacji | Tak, podać |  |
| 2. | Stół posiada elektryczną regulację wysokości z wykorzystaniem ramy wokół podstawy stołu w zakresie 51 – 96 cm | Tak, podać |  |
| 3. | Zagłówek regulowany sprężyną gazową (-700 do +400) z wyprofilowanym otworem na twarz pacjenta | Tak, podać |  |
| 4. | Stabilna konstrukcja stołu dzięki krzyżakowej ramie  | Tak, podać |  |
| 5. | System jezdny stołu składa się z 2 unoszonych kółek kierunkowych i 2 stopek | Tak, podać |  |
| 4. | Atestowana tapicerka w wielu wersjach kolorystycznych, niepalna | Tak, podać |  |
| 5. | Stół wyposażony w zintegrowany z podstawą stołu system zabezpieczający przed niepożądaną zmianą ustawień stołu wyposażony w 2 stożkowe, magnetyczne klucze dostępu.  | Tak, podać |  |
| 6. | Gumowe, antypoślizgowe stopki z regulacją 1 cm do poziomowania stołu na nierównych płaszczyznach | Tak, podać |  |
| 7. | Wymiary (dł. x szer.): 202 x 64 cm | Tak, podać |  |
| 8. | Obciążenie: 200 kg | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **Warunki gwarancji i obsługi serwisowej obejmującej cały dostarczony sprzęt** | **Parametr graniczny wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Gwarancja min 36 miesięcy od dnia instalacji i potwierdzonej protokołem uruchomienia i przekazania urządzenia w terminie uwzględniającym czas pracy personelu | tak/podać |  |
| 2. | Podać warunki wymiany urządzenia (wymagana wymiana po 3 naprawach gwarancyjnych tego samego elementu) na koszt oferenta | tak/podać |  |
| 3. | Podać czas rozpoczęcia naprawy (wymagany nie dłuższy niż 48 godz. tj. 2 dni robocze od dnia zgłoszenia)  | tak |  |
| 4. | Dostępność części zamiennych przez okres min 8 lat od sprzedaży | tak/podać |  |
| 5. | Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z urządzeniem | tak |  |
| 6. | Certyfikat CE (załączyć) | tak |  |