**EZ/48/2023/SN**

**Załącznik nr 2.2 do SWZ**

**Załącznik nr ......... do Umowy**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW TECHNICZNYCH**

**Pakiet nr 2**

**Urządzenie do laseroterapii- 1 kpl.**

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

Dostawca ………………………………………………………..

Nazwa produktu / Model / Typ / Nr katalogowy ……………………………………..…………………

Kraj pochodzenia …………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Wymagana odpowiedź****Tak/ Nie** | **Opis parametrów oferowanych** |
| 1. | Urządzenie fabrycznie nowe  | TAK  |  |
| 2. | Rok produkcji: 2022/2023 | TAK, PODAĆ |  |
| 3. | Laser wysokoenergetyczny | TAK |  |
| 4. | Moc regulowana do min. 10W | TAK, PODAĆ |  |
| 5. | Długość fali 1064 nm +/-3% | TAK, PODAĆ |  |
| 6. | Wprowadzenie do terapii na urządzeniu indywidualnych cech osobniczych pacjenta takich jak grubość tkanki tłuszczowej, kolor skóry, przewlekłość, skala bólu. | TAK |  |
| 7. | Gotowe protokoły i encyklopedia terapeutyczna | TAK |  |
| 9. | Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej nim. 8,4” z możliwością zmiany kolorów ekranu, tła, czcionki, kontrastu dla osób słabo widzących | TAK, PODAĆ |  |
| 10. | Układ optyczny z płynną regulacją wielkości plamki w zakresie min. 10-30 mm | TAK |  |
| 11. | Regulacja parametrów terapii w trakcie terapii za pomocą przycisków sondy laserowej | TAK |  |
| 12. | Ciągła, wielopoziomowa kontrola mocy | TAK |  |
| 13. | Wbudowane gotowe programy i encyklopedia terapeutyczna z dokładnym opisem jednostek chorobowych, zaleceniami, sposobem postępowania | TAK |  |
| 14. | Nawigacyjny atlas anatomiczny | TAK |  |
| 15 | Autokalibracja sondy laserowej | TAK |  |
| 16. | Możliwość rozbudowy o zrobotyzowany system skanowania z wbudowaną kamerą termowizyjną, czujnikiem temperatury oraz czujnikiem dystansu i skanem percepcji termicznej | TAK |  |
| 17. | Liczba protokołów min. 61 | TAK, PODAĆ |  |
| 18. | Funkcje bezpieczeństwa wyłącznik bezpieczeństwa, wyłącznik drzwiowy | TAK |  |
| 19. | Wymiary 320 × 190 × 280 mm +/-3% | TAK, PODAĆ |  |
| 20. | Waga sterownika min. 8 kg | TAK, PODAĆ |  |
| 21. | Kolumna jezdna aparatu, min. pięć uchylnie otwieranych schowków, kolumna mechanicznie i wizualnie tworzy integralną całość ze sterownikiem aparat stabilnie przymocowany do kolumny | TAK |  |
| 22. | Zasilanie 230 V/50–60 Hz, 115 V/50–60 Hz | TAK, PODAĆ |  |
| 23. | Klasa lasera IV | TAK, PODAĆ  |  |
| 24. | Klasa ochronności sprzętu IIB | TAK, PODAĆ |  |
| 25. | Okres gwarancji minimum 24 miesiące licząc od dnia wydania Zamawiającemu towaru zgodnego z umową | **TAK 24 miesiące gwarancji**Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym | *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.35 SWZ.* |

Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny prowadzi………………………..………………....... (uzupełnić)

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie nawet jednego z w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane, urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.