Załącznik nr 1 do SWZ

Opis przedmiotu zamówienia (Formularz asortymentowy)

**ZESTAW DO MAGNETOTERAPII**

Pełna nazwa :

Typ/model :

Producent :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **Wartość  wymagana** | **Wartość  oferowana (podać/opisać)** |
|  | Kolorowy ekran dotykowy MIN 7" | TAK |  |
|  | Protokoły ULUBIONE | TAK |  |
|  | Nawigacyjny atlas anatomiczny | TAK |  |
|  | Gotowe programy terapeutyczne i encyklopedia terapii | TAK |  |
|  | Baza danych pacjentów | TAK |  |
|  | 4 kanały do magnetoterapii | TAK |  |
|  | Technologia Skoncentrowanego Pola Magnetycznego - FMF ' ” (Focused  Magnetic FieldT") | TAK |  |
|  | Technologia Impulsowego Pola Magnetycznego (PMF - Pulsed Magnetic Field):  impulsy prostokątne, trójkątne, sinusoidalne, eksponencjalne i ciągłe | TAK |  |
|  | Stolik Smart&Premium | TAK |  |
|  | Mały solenoid Ø 30 cm | TAK |  |
|  | Duży solenoid Ø 60 cm | TAK |  |
|  | Stól do magnetoterapii z przesuwanym solenoidem Ø 70 cm | TAK |  |
|  | Ekran: Kolorowy ekran dotykowy 7“ | TAK |  |
|  | Waga | TAK |  |
|  | Zasilanie | TAK |  |
|  | Liczba kanałów MIN 4 | TAK |  |
|  | Liczba jednocześnie podłączonych aplikatorów MIN 4 | TAK |  |
|  | Maksymalna indukcja impulsowa 128 mT | TAK |  |
|  | Zakres częstotliwości 0—166 Hz | TAK |  |

*Parametry „TAK” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.*

*Potwierdzenie spełnienia warunku należy zadeklarować poprzez „Tak” lub „Tak” i podać wartość/ opisać szczegółowo.*

*Formularz asortymentowy musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym.*