**Model:…………………………**

**Producent:…………………….**

**Rok Produkcji:……………….**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Opis** | **Parametry wymagane** | **Parametr oferowany** | **Parametr oceniany** |
| **Funkcje użytkowe** | | | | |
| 1 | terapia dysfagii - reedukacja mięśni poprzez nieinwazyjną stymulację mięśni niezbędnych do skurczu gardła | TAK |  |  |
| 2 | terapia głosu | TAK |  |  |
| 3 | kolorowy ekran dotykowy | TAK |  |  |
| 4 | waga aparatu max 1 kg | TAK |  |  |
| 5 | wymiary (wys. x szer. x gł.) [cm] 16 x 9,6 x 3,6 | TAK |  |  |
| 6 | zakres częstotliwości pracy min 2,0-18,0 MHz | TAK |  |  |
| 7 | 4 niezależne kanały elektroterapii | TAK |  |  |
| 8 | 2-kanałowe sEMG | TAK |  |  |
| 9 | elektrostymulacja wyzwalana przez elektromiografię  powierzchniową (sEMG) | TAK |  |  |
| 10 | możliwość modyfikacji poszczególnych  parametrów elektrostymulacji | TAK |  |  |
| 11 | technologia lustrzanego odbicia umożliwiająca wyświetlanie bieżących informacji na tablecie lub ekranie komputera (Bluetooth). | TAK |  |  |
| 12 | edukacyjne materiały wideo wspomagające demonstrację ważnych ćwiczeń terapeutycznych | TAK |  |  |
| 13 | zdjęcia przykładowych umiejscowień elektrod | TAK |  |  |
| 14 | wewnętrzna archiwizacja badania w aparacie o dysku min 450 GB. Dopuszczenie: możliwość archiwizacji sesji terapeutycznych na karcie Micro SD | TAK |  |  |
| 15 | możliwość zgrania obrazów badania na pamięć zewnętrzną typu pendrive. Dopuszczenie: możliwość zgrania obrazów badania na pamięć zewnętrzną | TAK |  |  |
| 16 | możliwość zapisu danych leczenia pacjenta na karcie  micro SD: przeglądanie, wysyłanie i drukowanie w programie komputerowym | TAK |  |  |
| 17 | zasilanie bateryjne | TAK |  |  |
| 18 | funkcja biofeedback | TAK/NIE |  | TAK – 10pkt  Nie – 0pkt |
| 19 | niskoimpedancyjny pomiar | TAK |  |  |
| 20 | regulowane napięcie | TAK |  |  |
| 21 | szerokość impulsu | 300 μsec |  |  |
| 22 | częstotliwość Hz stała Dopuszczenie - częstotliwość regulowana w zakresie 1-80 Hz | 80Hz |  |  |
| 23 | czas trwania fazy | 300μsec |  |  |
| **Okablowanie** | | | | |
| 24 | elektrody dla dorosłych | 100szt |  |  |
| **Pozostałe wymagania** | | | | |
| 25 | Okres gwarancji min. 24 miesięcy na aparat | TAK |  |  |
| 26 | Gwarancja min. 10–letniego dostępu do części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych i akcesoriów | TAK |  |  |
| 27 | Gwarancja aktualizacji oprogramowania do najnowszej, dostępnej wersji na rynku przez 24 miesięcy od dnia odbioru, podczas każdego, wykonywanego przeglądu | TAK |  |  |
| 28 | Zapewnienie autoryzowanego serwisu na terenie Polski | TAK |  |  |
| 29 | Instrukcja obsługi w języku polskim. Dostawa z aparatem. | TAK |  |  |
| 30 | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu przeprowadzone w miejscu instalacji aparatu. | TAK |  |  |
| 31 | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z Ustawą o wyrobach medycznych – dostępne na każde żądanie Zamawiającego | TAK |  |  |
| 32 | Szkolenie techniczne dla pracowników Działu Aparatury Medycznej | TAK |  |  |
| PODPIS | | | |  |