**Załącznik nr 1**

**Formularz parametrów technicznych**

**oferujemy dostawę fabrycznie nowego urządzenia o parametrach wskazanych w poniższej tabeli
wraz z instalacją i instruktażem w zakresie obsługi, na warunkach określonych w umowie stanowiącej Załącznik nr 3 do ogłoszenia**

|  |
| --- |
| **Aparat do ucisku sekwencyjnego – 2 szt.** |
| **Producent (marka) …………………………………………………..………………………… (Należy podać)****Model ………………………………………………………………………………..……………… (Należy podać)****Kraj pochodzenia...…………………………………………….………………………………..(Należy podać)****Fabrycznie nowe urządzenie, wyprodukowane nie wcześniej niż w 2023 r.** |
| **Lp.** | **Opis parametru**  | **Parametr wymagany**  |
|  | Zasilanie 230V AC, 50-60 Hz | wymagany |
|  | Aparat posiadający min. 12 komór | wymagany |
|  | Zakres regulacji ciśnienia min. 20-160 mmHg | wymagany |
|  | Możliwość indywidualnego dopasowania ciśnienia każdej z komór | wymagany |
|  | Możliwość wyłączenia poszczególnych komór | wymagany |
|  | Aparat wyposażony w ekran LED | wymagany |
|  | Parametry aktywności komór widoczne na ekranie w postaci histogramów | wymagany |
|  | Wymiary aparatu 350 x 200 x 300 mm ± 50mm | wymagany |
|  | Max. waga 9 kg | wymagany |
|  | Możliwość ustawienia podstawowego gradientu ciśnienia 0, 10, 20, 30 % | wymagany |
|  | Możliwość zmiany ciśnienia w trakcie terapii | wymagany |
|  | Aparat wyposażony w min. 8 gotowych programów terapeutycznych | wymagany |
|  | Regulowany czas trwania zabiegów | wymagany  |
|  | Złącze ułatwiające szybką wymianę mankietu | wymagany  |
|  | Automatyczna identyfikacja mankietów | wymagany |
|  | Możliwość ustawienia prędkości napełniania mankietu | wymagany |
|  | Automatyczne opróżnianie mankietu po zakończonym zabiegu | wymagany |
|  | Mankiety wykonane z materiałów odpornych na działanie środków dezynfekcyjnych | wymagany |
|  | Mankiety wymagane w dostawie:* Mankiet min. 10 komorowy na nogi – 2 szt.,
* Mankiet min. 8 komorowy na ręce – 2 szt.,
* Mankiet min. 12 komorowy typu spodnie – 1 szt.
 | wymagany |
|  | Elektroniczny system kontroli ucisku | wymagany |
|  | Stolik jezdny pod aparat posiadający min. 4 kółka, w tym min. 2 wyposażone w hamulec | wymagany |
|  | Min. 100 szt. foliowych mankietów | wymagany |
|  | **Okresowy przegląd techniczny zamówienia, Zalecany przez producenta** *(należy podać właściwą liczbę – ilość miesięcy, po upływie których producent zaleca wykonywanie przeglądów jeżeli dotyczy)* | Należy podać:TAK, co ………. miesięcyNIE - nie zalecany |

**Oświadczam**, że wyżej wymieniony przedmiot zamówienia spełnia wszystkie wymagane przez Zamawiającego parametry techniczne wyszczególnione w powyższej tabeli.

…………………………………………… …………………………………………………………………………………

 *(miejscowość, data) (elektroniczny podpis osoby lub skan podpisanego załącznika*

*/ osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)*