*Załącznik nr1*

......................................

Pieczęć zamawiającego

**Stymulator magnetyczny układu nerwowego 1 szt.**

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

Rodzaj sprzętu

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Uwaga: Wymogi techniczne i użytkowe stanowią wymagania - nie spełnienie choćby jednego z w/w wymogów spowoduje odrzucenie oferty.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry i warunki techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane** |
|  | **I. Wymagania Ogólne** |  |  |
| 1 | Nazwa Urządzenia | Podać |  |
| 2 | Typ Urządzenia | Podać |  |
| 3 | Producent | Podać |  |
| 4 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 5 | Rok produkcji 2018, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | TAK |  |
| 6 | Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE), tzn. ,że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych (DZ.U 2010 Nr 107, poz. 679) oraz dyrektywami Unii Europejskiej | TAK |  |
| 7 | Klasyfikacja zgodna z normą IEC/EN 60601-1, ochrona przed porażeniem prądem | Tak |  |
| 8 | Ochrona przed wilgocią | IP22 |  |
|  | **II. Parametry techniczne urządzenia** |  |  |
|  | Zasilanie 100-240 Vac 50/60 Hz |  |  |
| 1 | Interfejs dotykowy oparty o system Windows, zapewniający integrację z dostępnymi systemami neuronawigacyjnymi | Tak | (umieścić ewentualną punktację jeżeli wymagana) |
| 2 | Możliwość edycji i zapisu protokołów, wraz z dowolnie zaprojektowanymi impulsami stymulacyjnymi | Tak |  |
| 3 | Integracja wzmacniaczy EMG oraz EEG pozwalająca na wizualizację sygnałów EMG/MEP oraz EEG | Tak |  |
| 4 | Wózek zapewniający stabilność, łatwość przemieszczania i doboru pozycji cewek | Tak |  |
| 5 | Konstrukcja zapewniająca możliwość długotrwałej pracy bez przegrzewania cewek | Tak |  |
| 6 | Wymiary aparatu: 49 cm x 16 cm x 38 cm | TAK |  |
| 7 | Waga aparatu bez aplikatora: 17 -19 Kg | TAK |  |
| 8 | Ilość kanałów EMG min | TAK |  |
| 9 | Dwufazowy generator sygnału |  |  |
| 10 | Maksymalna częstotliwość pracy: 100 Hz | TAK |  |
| 11 | Stymulacja przy natężeniu 100 % 22 Hz | TAK |  |
| 12 | Stymulacja przy natężeniu 50% 86 Hz | TAK |  |
| 13 | Minimalna przerwa między impulsami w wiązce: 1 ms | TAK |  |
| 14 | Szerokość impulsu: 290 μs | TAK |  |
| 15 | Synchronizacja: TTL oraz USB | TAK |  |
| 16 | Maksymalny pobór: 2,1 kW | TAK |  |
| 17 | Możliwość użytkowania systemów z różnymi typami aplikatorów: aplikatory okrągłe, aplikatory motylkowe, aplikatory chłodzone powietrzem do rTMS | TAK |  |
| 18 | Wózek do stymulatora rTMS z adapterem USB | TAK |  |
| 19 | Zintegrowany komputer z ekranem dotykowym 19” | TAK |  |
| 20 | Aplikator chłodzony aktywnie typu motylkowego o średnicy cewki min. 70 mm i maksymalnej indukcji min. 2 T do rTMS | TAK |  |
| 21 | Moduł MEP z dwukanałowym pomiarem EMG zintegrowany z aparatem. | TAK |  |
| 22 | Akcesoria: kabel do elektrod powierzchniowych, 12 szt. elektrod powierzchniowych, opaska do elektrody uziemiającej | TAK |  |
| 23 | Tryb pracy: Biphasic, repetitive, burst | TAK |  |
|  | **III. Informacje dodatkowe - warunki gwarancji i serwisu** |  |  |
| 1 | Instrukcja użytkowania w języku polskim | TAK |  |
| 2 | Deklaracja zgodności, CE, wpis / zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych dla oferowanego zestawu | TAK |  |
| 3 | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 m-ce) | Tak, podać |  |
| 4 | Czas podjęcia naprawy przez serwis max 48h od momentu zgłoszenia | Tak, podać |  |
| 5 | Czas oczekiwania na usunięcie uszkodzenia w dniach (do … dni roboczych) | Tak, podać |  |
| 6 | Liczba napraw uprawniających do wymiany urządzenia na nowe (3 naprawy) | Tak, podać |  |
| 7 | Serwis na terenie Polski | Tak, podać dane adresowe, tel , fax |  |

....................................................................................

data i podpisy