

Załącznik nr 1 do Zapytania.**SPECYFIKACJA TECHNICZNA****Aparat do krioterapii– 1 szt.**

Lp.	Przedmiot zamówienia	Parametry wymagane	Parametry oferowane Tak/Nie podać/opisać
1.	Aparat do krioterapii miejscowej ze zbiornikiem 30 litrowym	TAK	
2.	Wyświetlacz LED	TAK	
3.	Możliwość zaprogramowania czasu zabiegu	TAK	
4.	Wagowy pomiar ilości azotu	TAK	
5.	Liczba stopni regulacji intensywności nadmuchu: 4 + kriopunktura + 2 pulsacyjne	TAK/NIE	
6.	Temperatura u wylotu dyszy -160° C	TAK	
7.	Czynnik chłodniczy Ciekły azot (LN2)	TAK	
8.	Zużycie zabiegowe ciekłego azotu od 6,4 do 12,8 dkg/min (praca ciągła) w zależności od ustawionej intensywności nadmuchu.	TAK	
9.	Zasilanie 230 V +/- 10%	TAK	
10.	Częstotliwość 50 Hz	TAK	
11.	Pobór mocy 500 W	TAK	
12.	Klasa ochronności I	TAK	
13.	Wymiary urządzeń: szerokość / długość / wysokość 470x540x1000 mm (+/- 10 mm)	TAK,PODAĆ	
14.	Waga: maks.35 kg	TAK,PODAĆ	
15.	Przeglądy techniczne w okresie trwania gwarancji na koszt własny Wykonawcy	TAK	
16.	Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie: - trwania gwarancji, - po gwarancji.	TAK podać	
17.	Instrukcja w języku polskim	TAK	
18.	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem pracowników Zamawiającego w cenie oferty.	TAK	
19.	Czas reakcji przystąpienia do usunięcia awarii od chwili jej zgłoszenia max. 48 godz. w dni robocze i 72 godz. w dni wolne i święta	TAK	

20.	Okres gwarancji– min. 24 miesiące	TAK podać	
21.	Urządzenie zastępcze w przypadku naprawy trwającej powyżej 7 dni – o parametrach nie gorszych niż oferowany bez naliczania z tego tytułu dodatkowych opłat.	TAK	
22.	Wykonawca zapewni dostępność części zamiennych i akcesoriów przez okres min. 5 lat.	TAK	
23.	Sposób dezynfekcji	Opisać	
24.	Numer kontaktowy z serwisem Wykonawcy	Podać	