**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Przedmiot :** Laser wysokoenergetyczny biostymulacyjny

**Producent:**  ………………………………………………………….

**Nazwa i typ:** …………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PARAMETRY TECHNICZNE** | **Parametry** |  |
|  | Typ źródła: laser diodowy | TAK, |  |
|  | Długość fali światła w zakresie biostymulacyjnym660nm; 800nm oraz 970nm +/- 15nm | TAK, podać |  |
|  | Wiązka prowadząca 650nm ±15nm, max. 1mW | TAK, podać |  |
|  | Moc max. CW 12.0 W +/-3% | TAK, podać |  |
|  | Moc min. CW 0.1 W +/-3% | TAK, podać |  |
|  | Częstotliwość (Intense Super Pulse) pozwalająca redukować efekt termiczny i zwiększać głębokość działania laseroterapii regulowana do 15W | TAK, |  |
|  | Modalność emisji promieniowania: CW (fale ciągłe) lub modulowane w zakresie minimalnym 1Hz do 20 000Hz, z modulacją co 1Hz  | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wyboru z min. trzech typów budowy sylwetki | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wyboru z min. 6 fototypów skóry | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wyboru z min. 3 rodzajów długości trwania bólu | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wyboru z min. 3 rodzajów nasilenia trwania bólu | TAK, podać |  |
|  | Aktywacja lasera - ręczny przełącznik elektryczny lub pedał (opcjonalnie) | TAK,  |  |
|  | Zasilanie zewnętrzne Sinpro MPU 100-106, 100-240 VAC, 47-63 Hz | TAK,  |  |
|  | Kolorowy ekran dotykowy | TAK,  |  |
|  | Rozmiar (szerokość, długość, wysokość) 180 x 200 x 190 mm +/- 10% | TAK,  |  |
|  | Złącze USB umożliwiające łatwą aktualizację oprogramowania oraz transfer danych użytkowników pomiędzy urządzeniem a pamięcią podręczną | TAK,  |  |
|  | Możliwość podglądu precyzyjnej historii pracy urządzenia | TAK,  |  |
|  | Laser przenośny. Waga max. 1300g (z baterią i sterownikiem) | TAK,  |  |
|  | Dwie pary okularów ochronnych do laseroterapii w zestawie | TAK,  |  |
|  | Rękojeść z regulowaną z wiązką optyczną w zakresie minimum 1 do 5cm2 i ręcznym przełącznikiem | TAK,  |  |
|  | Odkręcana, gwintowana końcówka sondy nadająca się do dezynfekcji i sterylizacji | TAK,  |  |
|  | Możliwość dokupienia końcówki światłowodowej do terapii miejsc trudnodostępnych np. dziąsła, zatoki | TAK,  |  |
|  | Połączenie typu Interlock | TAK,  |  |
|  | Bateria | TAK,  |  |
|  | Baza jednostek chorobowych | TAK,  |  |
|  | Intuicyjny interfejs graficzny | TAK,  |  |
|  | Możliwość tworzenia i zapisywania własnych terapii | TAK,  |  |
|  | Urządzenie posiada tryb chirurgiczny dostępny jako opcja  | TAK,  |  |
|  | Na podstawie obowiązujących przepisów, urządzenie zostało sklasyfikowane jako: |  |  |
| a. | klasa II, typ B wg DIN EN ISO 60601-1:2006 o bezpieczeństwie elektrycznym | TAK,  |  |
| b. | klasa IIb wg dyrektywy 93/42/CEE o sprzęcie medycznym | TAK,  |  |
| c. | klasa B wg IEC 60601-1-2:2007 o kompatybilności elektromagnetycznej | TAK,  |  |
| d. | klasa lasera IV wg DIN EN 60825-1:2008 o urządzeniach laserowych | TAK,  |  |
|  | urządzenie o stopniu ochrony IP 20pilot pedału o stopniu ochrony IPX5 wg DIN EN ISO 60601-1:2006 | TAK,  |  |
|  | Deklaracja zgodności/certyfikat CE, zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych | TAK,  |  |
|  | Jezdna przystawka skanująca z praktycznym ramieniem typu gęsia szyja, odciążająca terapeutę podczas trwania zabiegu. | TAK,  |  |
|  | Dedykowana do urządzenia lekka aluminiowa walizka transportowa zamykana na kłódkę | TAK,  |  |
| 34. | Gwarancja zestawu minimum 36 miesięcy | Tak podać |  |
| 35. | Gwarancja obejmuje bezpłatną wymianę uszkodzonych części zamiennych | Tak podać |  |
| 36. | Maksymalna liczba napraw skutkująca wymianąpodzespołu na nowy  | Tak podać |  |
| 37. | Gwarancja obejmuje koszty dojazdu/przejazdu serwisantów  | Tak podać |  |
| 38. | Gwarancja obejmuje robociznę  | Tak podać |  |
| 39 | Gwarancja obejmuje bezpłatne przeglądy techniczne i konserwacyjne wraz z kosztami materiałów eksploatacyjne do wykonania przeglądów technicznych i konserwacyjnych określone zgodnie z wymogami producenta wykonywane - min. 1 raz w roku  | Tak podać |  |
| 40 | Gwarancja obejmuje bezpłatny transport, koszty transportu i dostawy związane z naprawami | Tak podać |  |
| 41 | Gwarancja obejmuje inne koszty niezbędne do wykonania naprawy | Tak podać |  |
| 42 | Gwarancja przedłużana automatycznie o czas usuwania awarii. | Tak podać |  |
| 43 | Zapewnienie dostępności zakupu części zamiennych przez okres 10 lat | Tak podać |  |
| 44 | Instalacja aparatu przez autoryzowany serwis producenta (autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny).  | Tak podać |  |
| 45 | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |