**Załącznik nr 2**

**Pakiet nr 1**

**Przedmiot zamówienia: Aparat do laseroterapii -1 szt.**

**Typ/ model………………………...podać**

**PRODUCENT.............................................(PODAĆ)**

**SPECYFIKACJA TECHNICZNA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr Oferowany** |
| 1 | Aparat wyposażony w sondę, ruchome ramię wraz z uchwytem do sondy laserowej | Tak |  |
| 2 | Mobilny stolik pod aparat, 2 półkowy z uchwytem na kable. | Tak |  |
| 3 | Aparat:  - zasilanie 230 VAC 50-60 Hz, +/-10% | Tak |  |
| 4 | Czas zabiegu w możliwością regulacji 0-30 min. | Tak |  |
| 5 | Długość wiązki laserowej 810 nm | Tak |  |
| 6 | Tryb pracy: ciągły lub pulsujący | Tak |  |
| 7 | Max. Wyjście lasera 500 mW +/-20%, dostosowanie mocy wyjściowej lasera 0-100% | Tak |  |
| 8 | Średnica wiązki laserowej mniejszy niż 10mm | Tak |  |
| 9 | W zestawie okulary ochronne | Tak |  |
| 10 | W zestawie pasy do mocowania sondy | Tak |  |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak/ podać |  |
| 12 | Rok produkcji: 2023 | Tak |  |

Uwaga! Brak spełnienia jakiegokolwiek pkt specyfikacji, skutkować będzie odrzuceniem oferty jako niezgodnej z treścią Zapytania ofertowego.

**Oświadczenie Wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej do dostarczenia przedmiotu zamówienia spełniającej wyspecyfikowane parametry jw.

……………………………

podpis