**Załącznik nr 8.1 do SWZ**

|  |
| --- |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**  **APARAT DO KRIOTERAPII MIEJSCOWEJ** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Producent…………………………………**  **Model………………………………………**  **Rok produkcji…………………………….** | |
| L.p. | **Wymagania Zamawiającego** | **Potwierdzenie minimalnych wymagań lub /Parametry oferowane**  (podać dokładne wartości )  Zalecane jest podanie numeru strony dokumentu potwierdzającego spełnienie wymagania |
| 1. WYMAGANIA OGÓLNE: | | |
|  | Aparat do krioterapii miejscowej za pomocą azotu. |  |
|  | Przeznaczony do działania leczniczego schorzeń układu ruchu w tym co najmniej urazów torebki stawowej, mięśni, ścięgien oraz więzadeł,  w stanach ostrych i przewlekłych. |  |
|  | Szerokie spektrum zastosowań:   * fizjoterapia; * medycyna sportowa; * terapia bólu. |  |
|  | Wielowymiarowy efekt w czasie rehabilitacji tkanek w połączeniu z terapią manualną. |  |
|  | Działanie przeciwobrzękowe, przeciwbólowe, przeciwzapalne. |  |
|  | Wskazania:   1. stany przeciążeniowe układu ruchu; 2. zespoły bólowe stawów np. łokciowych, ramiennych, kręgosłupa; 3. zapalenia ścięgien, mięśni; 4. łokieć golfisty, tenisisty, kolano skoczka; 5. zapalenie ścięgna Achillesa; 6. mięśniowo-powięziowe punkty spustowe; 7. zapalenie rozścięgna podeszwowego, ostroga piętowa; 8. przewlekłe stany zapalne przyczepów mięśniowych. |  |
|  | Rozszerzenie naczyń krwionośnych. |  |
|  | Przyspieszenie procesów gojenia tkanek. |  |
|  | Regulacja napięcia mięśniowego. |  |
|  | Regeneracja układu ruchu. |  |
| 1. WYMAGANIA TECHNICZNE: | | |
|  | Regulacja intensywności strumienia azotu. |  |
|  | Szybkie schładzanie urządzenia maksymalnie do 60 sekund. |  |
|  | Zbiornik o pojemności minimum 30l. |  |
|  | Wbudowany wskaźnik poziomu czynnika chłodzącego – azotu. |  |
|  | Wymienne końcówki aplikatora. |  |
|  | Dotykowy ekran z jasnym i intuicyjnym wyświetlaczem. |  |
|  | Samoczynne przechodzenie w stan uśpienia po określonym czasie bezczynności. |  |
|  | Zabezpieczenie przed uszkodzeniem termicznym. |  |
|  | Lekki i przenośny:  - maksymalna waga 50kg;  - urządzenie wyposażone w kółka jezdne. |  |
|  | Zasilanie 230V/50Hz. |  |

W przypadku, gdy Wykonawca nie poda dokładnej wartości oferowanego parametru, a jedynie zamieści odpowiedź „TAK” lub „min./max.” Zamawiający uzna, że oferowany parametr ma wartość odpowiadającą wartości określonej przez Zamawiającego w kolumnie „Wymagania zamawiającego”.

**Będąc świadomym odpowiedzialności karnej za poświadczenie nieprawdy oświadczam, że wyżej wymienione informacje są zgodne ze stanem faktycznym i parametrami oferowanego produktu.**

………..…………………………… ..……………………………

(miejscowość, data) (pieczęć i podpis)