Załącznik nr 4 do SWZ – Formularz Techniczny do Części 2

**Część 2 – Urządzenia kosmetyczne.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane przez Zamawiającego****funkcje, parametry techniczne i warunki** | **Opis oferowanych przez Wykonawcę****funkcji, parametrów technicznych i warunków** |
| **1** | **2** | **3** |
| **1) Urządzenie do terapii falą uderzeniową – 1 sztuka** |
| Należy podać:Typ, model: .......................................................................................Producent: .......................................................................................Serwis gwarancyjny wykonywać będzie: .............., adres .................., tel./fax .................., e-mail ............. |
|  | Urządzenie wykorzystujące falę akustyczną o wysokiej energii skupiającą się w głowicy przetwornika, tworzy falę uderzeniową. |  |
|  | Akustyczna głowica zabiegowa emituje falę uderzeniową, stosowana jest w miejscu występowania defektu-problemu. |  |
|  | Wyemitowane fale uderzając w obszar o wyższej impedancji akustycznej, takiej jak np. kość, zwalniają i duża ilość energii zostaje uwolniona do tkanki. |  |
|  | Urządzenie:- redukuje ból,- leczy kontuzje,- przywraca skórze elastyczność. |  |
|  | Zestaw zawierający:- urządzenie do terapii fala uderzeniową, wyposażone w intuicyjny panel dotykowy i polski interfejs użytkownika,- głowicę zabiegową,- instrukcję obsługi wraz z kartą gwarancyjną. |  |
|  | Ekran dotykowy: minimum 8’’ |  |
|  | Ciśnienie emisji: od 0,5 do 8 Bar ±0,2 Bar |  |
|  | Częstotliwość od 1 do 20 Hz ±0,5 Hz |  |
|  | System balistyczny: żywotność do 1 miliona impulsów |  |
|  | Nakładki zabiegowe: minimum 5 |  |
|  | Wymiary: 97x40x40 cm ±2 cm. |  |
|  | Waga: 20 kg ±2 kg |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** |
| **2) Urządzenie do presoterapii – 1 sztuka.** |
| Należy podać:Typ, model: .......................................................................................Producent: .......................................................................................Serwis gwarancyjny wykonywać będzie: .............., adres .................., tel./fax .................., e-mail ............. |
| 1. | Urządzenie do presoterapii opierające swoje działanie na zastosowaniu pneumatycznego masażu tkanek – drenażu limfatycznego przy użyciu urządzenia masującego. |  |
| 2. | Zestaw zawierający:- urządzenie do presoterapii,- kombinezon zabiegowy,- kabel zasilający,- instrukcję obsługi wraz z kartą gwarancyjną. |  |
| 3. | Kombinezon posiadający minimum 23 komory oraz minimum 14 stref pompowania. |  |
| 4. | ‍Masaż pneumatyczny polegający na uciskaniu ciała za pomocą specjalnych mankietów, które wypełniają się w określonych sekwencjach sprężonym powietrzem. Technika masażu ma charakter przepychający – zalegająca limfa przesuwana jest od najdalej do najbliżej położonych serca części ciała. |  |
| 5. | Tryb automatyczny (minimum 25 programów zabiegowych) |  |
| 6. | Możliwość regulacji ciśnienia w poszczególnych komorach - regulacja czasu kroku oraz funkcja zapisywania i usuwania parametrów. |  |
| 7. | Gotowe programy zabiegowe, podzielone na poszczególne partie ciała (kończyna górna, brzuch, kończyna dolna) oraz rodzaj schorzenia. |  |
| 8. | 2 etapy zabiegu w programach – odblokowujący węzły chłonne oraz właściwy zabieg. |  |
| 9. | Natychmiastowy efekt poprawy kondycji, detoksykacji oraz odprężenia. |  |
| 10. | Ekran: dotykowy minimum 8’’ |  |
| 11. | Maksymalna moc: 120 VA |  |
| 12. | Maksymalne ciśnienie: 40 kPa |  |
| 13. | Maksymalny czas 1 kroku: 250 s |  |
| 14. | Strefy zabiegowe: minimum 23 |  |
| 15. | Waga: 20 kg ±2 kg |  |
| 16. | Wymiary: 97x40x40 cm ±2 cm |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** |
| **3) Kombajn wielofunkcyjny – 5 sztuk** |
| Należy podać:Typ, model: .......................................................................................Producent: .......................................................................................Serwis gwarancyjny wykonywać będzie: .............., adres .................., tel./fax .................., e-mail ............. |
| 1. | Wielofunkcyjny kombajn kosmetyczny - pielęgnacja twarz i ciało. Wolnostojący, duża obudowa, panel dotykowy (menu w języku polskim), mobilny, wraz z akcesoriami.W skład kombajnu wchodzą poniższe moduły: |  |
| 2. | **Ultradźwięki (sonoforeza).**Ilość głowic: 2 sztukiMoc wyjściowa ultradźwięków: 30 W (1,8W/cm2)Częstotliwość: 1 MHzTryby pracy: praca ciągła, impulsowa 5Hz, impulsowa 10Hz |  |
| 3. | **Mezoterapia bezigłowa.**Ilość głowic: 2Moc wyjściowa ultradźwięków: 30 W (1,8W/cm2)Częstotliwość: 1 MHzNatężenie prądu galwanicznego: do 6,2 mA |  |
| 4. | **Analizer skóry.**Analizer skóry - bada poziom nawilżenia skóry, stan warstwy hydrolipidowej. - 6 niezależnych punktów pomiarowych, - 1 punkt pomiarowy = 60 pomiarów pośrednich, - łączna suma pomiarów to 360 - wynik podawany jest w procentach, uwzględniając wprowadzony wiek pacjenta |  |
| 5. | **Mikrodermabrazja diamentowa.**Ilość głowic: 2 dysze zabiegowe, 9 głowic diamentowychSystem kontrolujący siłę podciśnienia podczas wykonywania zabiegu.Podciśnienie: 0-26 inHg / 0,18 do 0,8 bar |  |
| 6. | **Fale radiowe.**Ilość głowic: 3 sztukiMoc wyjściowa: regulowana do 60 WCzęstotliwość: 1 MHzTryby pracy: Praca ciągła, impulsowa 5Hz, impulsowa 10Hz |  |
| 7. | **Liposukcja ultradźwiękowa.**Ilość głowic: 2 sztukiMoc wyjściowa: Głowica UD - 50 W / Głowica IR - 35 WDługość fali IR: Od 880 nm do 960 nmTryby pracy: Praca ciągła, impulsowa 5Hz, impulsowa 10Hz |  |
| 8. | **Dermomasaż.**Ilość głowic: 3 sztukiSystem kontrolujący siłę podciśnienia podczas wykonywania zabiegu.Podciśnienie: 0-26 inHg / 0,18 do 0,8 bar |  |
| 9. | **Oxybrazja.**Ilość głowic: 1 sztukaCiśnienie powietrza (tlen): 9 barInfuzja tlenowa: Możliwość podłączenia butli z tlenemMożliwość regulacji dawkowania soli fizjologicznej |  |
| 10. | **Peeling kawitacyjny.**Ilość głowic: 1Moc wyjściowa: 30WCzęstotliwość: 25 kHz ±3 kHzTryby pracy: praca ciągła, impulsowa 5Hz, impulsowa 10Hz |  |
| 11. | **Lipolaser Duo.**Ilość głowic: 6 padówMoc wyjściowa: 12 W na pad (w sumie 72 W)Długość fali IR: - Podczerwień - 940 nm, - Laser czerwony - 650 nm |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** |
| **4) Urządzenie do peelingu wodorowego – 1 sztuka** |
| Należy podać:Typ, model: .......................................................................................Producent: .......................................................................................Serwis gwarancyjny wykonywać będzie: .............., adres .................., tel./fax .................., e-mail ............. |
| 1. | 1) Oczyszczanie wodorowe:Urządzenie wytwarzające przez specjalny generator wodór, który jest następnie transportowany do skóry poprzez strumień wody pod dużym ciśnieniem, dzięki czemu pory są dokładnie oczyszczone a naskórek ulega delikatnemu złuszczeniu.* Generator wodoru
* Licznik wytworzonego wodoru
* Automatyczny system start/stop
* Vacuum control
* 3 programy zabiegowe (Hydrogen 5D, Hydrogen Peel, Bio Lift MCT)
 |  |
| 2. | 2) Program oparty na działaniu mikroprądów McT (impulsy elektryczne o małym natężeniu), dzięki którym zabieg działa na skórę liftingująco.Dzięki zabiegowi, metabolizm komórkowy przyspiesza. Przyspieszeniu ulega też krążenie krwi. Przyspieszone są procesy regeneracji zniszczonych membran komórek, które nie są elastyczne. Odzyskują jędrność, zwartość oraz elastyczność. Mikroprądy, w sposób niezwykle aktywny, pobudzają odbudowę włókien kolagenowych i elastyny. Skóra staje się wygładzona, zwiększa się kurczliwość włókien mięśniowych, a także usprawnia się wydalanie toksyn i nadmiaru wody. |  |
| 3. | 3) Dane techniczne:Waga: 20 kg ±2 kgWymiary: 97x40x40 cm ±3 cmCiśnienie wyjściowe: 6 bar ±1 barZasilanie AC 230 VWytwornica wodoru: wbudowana |  |
| 4. | 4) Zestaw składający się z:Urządzenia.2 głowic zabiegowych:- głowica Hydrogen Peel oczyszczanie- głowica Hydrogen Peel mikroprądy MCTLejka3 masek z witaminą CKabla zasilającegoInstrukcji obsługi, karty gwarancyjnej. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** |
| **5) Urządzenie do RF monopolarnej – 1 sztuka** |
| Należy podać:Typ, model: .......................................................................................Producent: .......................................................................................Serwis gwarancyjny wykonywać będzie: .............., adres .................., tel./fax .................., e-mail ............. |
| 1. | Urządzenie bazujące na technologii fal radiowych, które służą do wykonywania bezpiecznych i bezinwazyjnych zabiegów na całe ciało. |  |
| 2. | Urządzenie wyposażone w co najmniej w 3 głowice zabiegowe:a) precyzyjna głowica monopolarna do twarzy o średnicy 30 mm ±2 mm,b) standardowa głowica monopolarna do ciała oraz twarzy o średnicy 60 mm ±4 mm, c) szeroka głowica monopolarna do ciała o średnicy 80 mm ±5 mm  |  |
| 3. | Urządzenie posiadające wbudowane czujniki temperatury oraz impedancji, dzięki którym samodzielnie potrafi kontrolować temperaturę zabiegu i uniemożliwia przegrzanie miejsc zabiegowych. |  |
| 4. | Komputer sterujący urządzeniem, stale pobierający informacje z miejsca zabiegowego, pozwalając operatorowi ustalić najlepsze parametry pracy. |  |
| 5. | Urządzenie wyposażone w wbudowany kolorowy wyświetlacz (ekran dotykowy) – minimum 8” |  |
| 6. | Moc RF: 200 W ±20 W |  |
| 7. | Częstotliwość RF: 475 kHz / 300 kHz ±30 kHz |  |
| 8. | Zasilanie 230 V |  |

1. Wykonawca wypełnia kolumnę „3” Formularza Technicznego podając oferowane funkcje, parametry techniczne i warunki dla przedmiotu zamówienia.

2. Wykonawca musi zaoferować przedmiot zamówienia zgodny z wymaganiami Zamawiającego określonymi w kolumnie „2”, podając w kolumnie „3” szczegółowy opis oferowanego przedmiotu zamówienia, tj. opis techniczny i funkcjonalny, pozwalający na ocenę zgodności oferowanych produktów, ich elementów, funkcji i wyposażenia oraz ich parametrów i warunków z wymaganiami Zamawiającego.

UWAGA!!!

Brak któregokolwiek elementu przedmiotu zamówienia w uzupełnionym przez Wykonawcę Formularzu Technicznym, w stosunku do wymagań Zamawiającego, nie będzie poprawiony i skutkować będzie odrzuceniem oferty na mocy art. 226 ust. 1 pkt 5) Ustawy

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

 *miejscowość, data*

 ……………………………………………………………………………

 *Kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty*