*(pieczęć Wykonawcy)*

 Załącznik nr 4

 **SZCZEGÓŁOWY OPIS SPRZĘTU**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i typ sprzętu** | **Ilość sztuk** | **Zakres pracy** | **Moc sprzętu** | **Wykaz ilościowy osób pracujących z podziałem na czas pracy** | **Uwagi** |
| 1. | BTL 4920 MAGNET TOPLINE | 1 | 50-60 Hz | 40W | 1.Pracownik (praca w systemie rotacyjnym)Czas pracy: 7:35 | Oddział Rehabilitacji |
| 2. | MAGNERTONIK MF-20 | 1 | 50 Hz | 40W | 1.Pracownik (praca w systemie rotacyjnym)Czas pracy: 7:35 | Oddział Rehabilitacji |
| 3. | ERBE VIO 300 S | 1 | 350 kHz | 75W | 1.Lekarz operator2.Pielęgniarka3.Lekarz4.Pielęgniarka anestezjologiczna5.AnestezjologCzas pracy: 7:35 | Oddział Ginekologiczny |
| 4. | ERBR VIO 300/S  | 2 | 350 kHz | 200W | 1.Lekarz operator2.Pielęgniarka3.Lekarz4.Pielęgniarka anestezjologiczna5.AnestezjologCzas pracy: 7:35 | Blok Operacyjny |
| 5. | FORCE TRIAD  | 2 | 330 kHz | 95-350W | 1.Lekarz operator2.Pielęgniarka3.Lekarz4.Pielęgniarka anestezjologiczna5.AnestezjologCzas pracy: 7:35 | Blok Operacyjny |
| 6. | ERBE ICC 200 | 2 | 330 kHz | 120W | 1.Lekarz operator2.Pielęgniarka3.Lekarz4.Pielęgniarka anestezjologiczna5.AnestezjologCzas pracy: 7:35 | Blok Operacyjny |
| 7. | ERBE ICC 300 | 1 | 330 kHz | 400W | 1.Lekarz operator2.Pielęgniarka3.Lekarz4.Pielęgniarka anestezjologiczna5.AnestezjologCzas pracy: 7:35 | Blok Operacyjny |
| 8. | ERBE ICC 200 | 1 | 330 kHz | 120 W | 1.Lekarz2.PielęgniarkaCzas pracy: 7.35 | Oddział Gastrologii- gabinet zabiegowy |
| 9. | FORCE-300 | 1 | 390 kHz | 200 W | 1.Lekarz operator2.Pielęgniarka3.Lekarz4.Pielęgniarka anestezjologiczna5.AnestezjologCzas pracy: 7:35 | Oddział Urologiczny (blok operacyjny ,gabinet zabiegowy) |
| 10. | AMED ES-120 | 1 | 400 kHz | 500 W | 1.Lekarz2.PielęgniarkaCzas pracy: 7.35 | Oddział Dermatologii –gabinet laserowy |
| 11. | MAGNERTONIK MF-24 | 1 | 50 Hz | 40W | 1.Pracownik (praca w systemie rotacyjnym)Czas pracy: 7:35 | Centrum Rehabilitacji  |
| 12. | MAGNERTONIK MF-12 | 1 | 50 Hz | 40W | 1.Pracownik (praca w systemie rotacyjnym)Czas pracy: 7:35 | Centrum Rehabilitacji |

*………………….. dnia …………………..*

*……………………………………………….*

*Podpis osoby upoważnionej do*

*reprezentowania Wykonawcy*