**SZCZEGÓŁOWE ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Przenośny aparat usg** | | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego urządzenia:** | | ***(wypełnić)*** | |
| **Producent, rok produkcji:** | | ***(wypełnić)*** | |
| **Kraj pochodzenia:** | | ***(wypełnić)*** | |
| **L.p.** | **Parametr** | **Wymagania** | **Parametry oferowane**  **(podać konkretny wymiar lub zakres – opisać w razie potrzeby)** |
| 1. | Sonda głowicowa | Linearna |  |
| 2. | Częstotliwość | 10-14 MHz |  |
| 3. | Głębokość obrazowania | 10-55 mm |  |
| 4. | Power Doppler | Obecny |  |
| 5. | Długość pracy baterii | Min 2 godziny |  |
| 6. | Sposób łączenia się z ekranem | W-Fi |  |
| 7. | Atest urządzenia medycznego | Tak |  |

…………………………………………….

Podpis Wykonawcy