



serinth

SERINTH ΕΠΕ
ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ-ΕΜΠΟΡΙΑ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΩΝ
ΙΩΑΝ.ΜΕΡΛΑ & ΑΓ.ΝΙΚΟΛΑΟΥ 90 ΑΓ.ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ Τηλ: 210 2693888 Fax: 210 2610728
ΑΦΜ 998395573, ΔΟΥ ΑΓ.ΑΝΑΡΓΥΡΩΝ, email: diag@serinth.gr

Αρ. πρωτ. 20167795

30/5/2016

ΠΡΟΣ:

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ 1ης ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
Δ/ΝΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ
Πληροφορίες: Αν. Στεφούλη
Τηλέφωνο: 213 2010495
Fax : 213 2010419
e-mail.: promithies@1ypatt.gr**

ΣΥΝΤΑΞΗ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΩΝ

Αξιότιμη κύρια Στεφούλη,

Σχετικά με τον διαγωνισμό που θα διεξαχθεί από την 1^η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής και αφορά την προμήθεια ειδών για τον εξοπλισμό των φυσικοθεραπευτηρίων, του ΠΕΔΥ – Μονάδων Υγείας και Κέντρων Υγείας αρμοδιότητάς της, σας υποβάλλουμε τις προτάσεις μας όσον αφορά τις τεχνικές προδιαγραφές των ειδών που αναγράφονται κατωτέρω σε έντυπη αλλά και σε μαγνητική μορφή:

- **1. Διαθερμία Βραχέων**
- **2. Ηλεκτροθεραπεία**
- **3. Υπέρηχοι**
- **4. Υπέρυθρες ακτίνες**
- **9. Παραφινόλουτρο**

Η εταιρία μας δραστηριοποιείται επί σειρά ετών στο χώρο της φυσικοθεραπείας της καρδιακής αποκατάστασης, της πνευμονολογίας καθώς και της διαιτολογίας και συνεπώς διαθέτει την απαραίτητη εμπειρία αλλά και την γνώση για την σύνταξη τεχνικών προδιαγραφών.

Με γνώμονα λοιπόν το συμφέρον της υπηρεσίας σας και λαμβάνοντας υπ' όψιν τις δυνατότητες της τεχνολογίας και των κατασκευαστών των μηχανημάτων, συμπληρώσαμε τους ακόλουθους πίνακες τεχνικών προδιαγραφών που αποτελούν τις προτάσεις της εταιρείας μας για τα είδη που αναφέρονται ανωτέρω.

Είμαστε στην διάθεση σας για περαιτέρω διευκρινήσεις ή πληροφορίες.

Με εκτίμηση

SERINTH ΕΠΕ
SERINTH ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ
ΕΜΠΟΡΙΑΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΩΝ ΜΗΧΗΝΩΝ & ΣΥΝΑΦΩΝ ΕΙΔΩΝ
ΙΩΑΝ. ΜΕΡΛΑ & ΑΓ. ΚΩΣΤΑΝΟΥΣ ΑΓ. ΑΝΑΡΓΥΡΩΙ 13561
ΑΦΜ: 998399573 (ΠΟΣΤ. ΑΓ. ΑΝΑΡΓΥΡΩΝ)
ΤΗΛ: 21028093301-FAX: 2102810728

Στέργιος Ζωγράφος
Ηλεκτρολόγος Μηχανικός
Τεχνικός Διευθυντής

1. ΔΙΑΘΕΡΜΙΑ ΒΡΑΧΕΩΝ

| ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΗΣ | ΑΠΑΙΤΗΣΗ | ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ | ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ |
|--|-----------------|-------------------------------|------------------|
| 1. Να είναι τροχήλατη. | ΝΑΙ | | |
| 2. Να διαθέτει έγχρωμη οθόνη αφής μεγαλύτερη των 12". | ΝΑΙ | | |
| 3. Να διαθέτει δύο πολύσπαστους, ρυθμιζόμενους βραχίονες και δύο ηλεκτρόδια εφαρμογής διαμέτρου τουλάχιστον 12cm. | ΝΑΙ | | |
| 4. Να διαθέτει συχνότητα 27,12 MHz. | ΝΑΙ | | |
| 5. Να διαθέτει συνεχή και παλμικό τρόπο λειτουργίας. | ΝΑΙ | | |
| 6. Να διαθέτει μέγιστη ισχύ στην συνεχή εκπομπή τουλάχιστον 200W. | ΝΑΙ | | |
| 7. Να διαθέτει μέγιστη ισχύ στην παλμική εκπομπή τουλάχιστον 400W. | ΝΑΙ | | |
| 8. Να διαθέτει ρυθμιζόμενο εύρος παλμού 20, 40, 65, 100, 200, 400μs. | ΝΑΙ | | |
| 9. Να διαθέτει ρυθμιζόμενη συχνότητα παλμού 10, 50, 100, 200, 400, 600, 800Hz. | ΝΑΙ | | |
| 10. Να διαθέτει ρυθμιζόμενο χρόνο θεραπείας από 1 έως 30 λεπτά τουλάχιστον. | ΝΑΙ | | |
| 11. Να διαθέτει βάση δεδομένων ασθενών με δυνατότητα αποθήκευσης τουλάχιστον 1.000.000 ασθενών και επεκτάσιμη μνήμη. | ΝΑΙ | | |
| 12. Να διαθέτει βιβλιοθήκη παθολογιών με προ-ρυθμισμένες προτεινόμενες παραμέτρους και απεικόνιση τοποθέτησης του εφαρμογέα (ηλεκτροδίου). | ΝΑΙ | | |
| 13. Να διαθέτει δυνατότητα αποθήκευσης νέων προγραμμάτων από τον χρήστη στον φάκελο "αγαπημένων" προγραμμάτων ή | ΝΑΙ | | |

| | | | |
|--|-----|--|--|
| απ' ευθείας στον φάκελο ασθενούς. | | | |
| 14. Να διαθέτει λειτουργία Intelligent Pulse Setting για να παρέχει στον θεραπευτή βοήθεια στην επιλογή των κατάλληλων ρυθμίσεων των παραμέτρων προκειμένου να επιτευχθεί η σωστή δόση εξόδου. | NAI | | |
| 15. Να παρέχεται η δυνατότητα αναβάθμισης του λογισμικού της συσκευής μέσω θύρας USB ή με απομακρυσμένη σύνδεση. | NAI | | |
| 16. Να διαθέτει εγγύηση τουλάχιστον 2 ετών. | NAI | | |

2. ΗΛΕΚΤΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

1^η επιλογή

| ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΗΣ | ΑΠΑΙΤΗΣΗ | ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ | ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ |
|--|----------|-----------------------|-----------|
| 1. Να διαθέτει έγχρωμη οθόνη αφής τουλάχιστον 10,4”. | ΝΑΙ | | |
| 2. Να διαθέτει δύο ανεξάρτητες εξόδους, με δυνατότητα εφαρμογής και διαφορετικών παραμέτρων θεραπείας σε έναν ή σε δύο ασθενείς. | ΝΑΙ | | |
| 3. Να διαθέτει τις παρακάτω μορφές ρευμάτων: - Γαλβανικά - Ιοντοφόρηση - Διαδυναμικά (MF, DF, CP, RS, LP, MM, CP-ID) - Παλμικά μονοφασικά / διφασικά / εναλλασσόμενα (ορθογώνια, τραπεζοειδή, τρίγωνα, εκθετικά, ορθογώνια με MF, Trabert) - TENS (διφασικό, μονοφασικό, εναλλασσόμενο) - Ρώσικος ερεθισμός - Διασταυρούμενα (τετραπολικά, διπολικά, isoplanar vector) - Μέσης συχνότητας - Μικρορεύματα - Νέοφαραδικά / Φαραδικά - High Voltage (υψηλής τάσης) - Leduc - IG30, IG50, F1, FM. | ΝΑΙ | | |
| 4. Να διαθέτει ηλεκτροδιάγνωση. | ΝΑΙ | | |
| 5. Να διαθέτει επιλογή λειτουργίας σε Continuous Current (CC) ή Continuous Voltage (CV). | ΝΑΙ | | |
| 6. Να διαθέτει αποθηκευμένα πρωτόκολλα θεραπείας, με λεξικό παθολογιών (ανάλυση συμπτωμάτων και αιτίας των παθήσεων) και ανατομικές απεικονίσεις τοποθέτησης των | ΝΑΙ | | |

| | | | |
|--|-----|--|--|
| ηλεκτροδίων. | | | |
| 7. Να διαθέτει δυνατότητα αποθήκευσης νέων προγραμμάτων από τον χρήστη στον φάκελο "αγαπημένων" προγραμμάτων ή απ' ευθείας στον φάκελο ασθενούς. | NAI | | |
| 8. Να διαθέτει ηχητικό σήμα λήξης της θεραπείας. | NAI | | |
| 9. Να διαθέτει βάση δεδομένων ασθενών με δυνατότητα αποθήκευσης τουλάχιστον 1.000.000 ασθενών και επεκτάσιμη μνήμη. | NAI | | |
| 10. Να παρέχεται η δυνατότητα αναβάθμισης του λογισμικού της συσκευής μέσω θύρας usb ή με απομακρυσμένη σύνδεση. | NAI | | |
| 11. Προαιρετικά να παρέχει δυνατότητα επέκτασης του συστήματος (modularity) με σύνδεση των εξής εφαρμογών: μονάδα δύο επιπλέον εξόδων ηλεκτροθεραπείας, μονάδα EMG δύο καναλιών, μονάδα ηλεκτροβελονισμού. | NAI | | |
| 12. Προαιρετικά να υπάρχει η δυνατότητα σύνδεσης με συσκευή αναρρόφησης. | NAI | | |
| 13. Να διαθέτει εγγύηση τουλάχιστον 2 ετών | NAI | | |

2^η επιλογή

| ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΗΣ | ΑΠΑΙΤΗΣΗ | ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ | ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ |
|--|----------|-----------------------|-----------|
| 1. Να διαθέτει έγχρωμη οθόνη αφής τουλάχιστον 7". | NAI | | |
| 2. Να διαθέτει δύο ανεξάρτητες εξόδους, με δυνατότητα εφαρμογής και διαφορετικών παραμέτρων θεραπείας σε έναν ή σε δύο ασθενείς. | NAI | | |
| 3. Να διαθέτει τις παρακάτω μορφές ρευμάτων: <ul style="list-style-type: none">- Διασταυρούμενα (isoplanar, dynamic, one channel AMF)- TENS (συμμετρικό, ασύμμετρο, εναλλασσόμενα, burst)- TENS για θεραπεία σπαστικής παράλυσης- Kotz / Ρώσικος ερεθισμός- Διαδυναμικά (MF, DF, CP, LP, CP-ISO)- Γαλβανικό- Μικρορεύματα- Παλμός Trabert- Τρίγωνο παλμικό- Ορθογώνιο παλμικό- Τονόλυση- Leduc. | NAI | | |
| 4. Να διαθέτει ηλεκτροδιάγνωση. | NAI | | |
| 5. Να διαθέτει επιλογή λειτουργίας σε stabilized output current (CC) ή stabilized output voltage (CV). | NAI | | |
| 6. Να διαθέτει τουλάχιστον 69 προ-ρυθμισμένα πρωτόκολλα θεραπείας. | NAI | | |
| 7. Να διαθέτει τουλάχιστον 38 προ-ρυθμισμένες αλληλουχίες θεραπείας. | NAI | | |
| 8. Να διαθέτει τουλάχιστον 50 κενές θέσεις για αποθήκευση νέων προγραμμάτων από τον χρήστη. | NAI | | |
| 9. Να διαθέτει έγχρωμη θεραπευτική | NAI | | |

| | | | |
|---|-----|--|--|
| εγκυκλοπαίδια με απεικόνιση της θεραπευτικής μεθοδολογίας για όλα τα προ-ρυθμισμένα πρωτόκολλα θεραπείας. | | | |
| 10. Προαιρετικά να είναι δυνατή η σύνδεση διακόπτη ασφαλείας ασθενούς για την διακοπή της θεραπείας σε περίπτωση ανάγκης. | NAI | | |
| 11. Προαιρετικά να υπάρχει η δυνατότητα σύνδεσης με συσκευή αναρρόφησης. | NAI | | |
| 12. Προαιρετικά να υπάρχει η δυνατότητα λειτουργίας με ενσωματωμένη μπαταρία. | NAI | | |
| 13. Να διαθέτει ρυθμιζόμενα υποπόδια που να επιτρέπουν την αλλαγή του ύψους για ευκολία στον χειρισμό της συσκευής. | NAI | | |
| 14. Να διαθέτει εγγύηση τουλάχιστον 2 ετών | NAI | | |

3^η επιλογή

| ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΗΣ | ΑΠΑΙΤΗΣΗ | ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ | ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ |
|--|----------|--------------------|-----------|
| 1. Να διαθέτει οθόνη γραφικών LCD. | NAI | | |
| 2. Να διαθέτει δύο ανεξάρτητες εξόδους, με δυνατότητα εφαρμογής και διαφορετικών παραμέτρων θεραπείας σε έναν ή σε δύο ασθενείς. | NAI | | |
| 3. Να διαθέτει τις παρακάτω μορφές ρευμάτων: <ul style="list-style-type: none">- Διασταυρούμενα (isoplanar, dynamic, one channel AMF)- TENS (συμμετρικό, ασύμμετρο, εναλλασσόμενα, burst)- TENS για θεραπεία σπαστικής παράλυσης- Kotz / Ρώσικος ερεθισμός- Διαδυναμικά (MF, DF, CP, LP, CP-ISO)- Γαλβανικό- Μικρορεύματα- Παλμός Trabert- Τρίγωνο παλμικό- Ορθογώνιο παλμικό- Νεοφαραδικά- Τονόλυση- Leduc. | NAI | | |
| 4. Να διαθέτει ηλεκτροδιάγνωση. | NAI | | |
| 5. Να διαθέτει επιλογή λειτουργίας σε Continuous Current (CC) ή Continuous Voltage (CV). | NAI | | |
| 6. Να διαθέτει τουλάχιστον 59 προ-ρυθμισμένα πρωτόκολλα θεραπείας. | NAI | | |
| 7. Να διαθέτει τουλάχιστον 30 προ-ρυθμισμένες αλληλουχίες θεραπείας. | NAI | | |
| 8. Να διαθέτει την δυνατότητα δημιουργίας προγραμμάτων ορισμένων από τον χρήστη. | NAI | | |
| 9. Να διαθέτει την δυνατότητα | NAI | | |

| | | | |
|---|-----|--|--|
| αποθήκευσης αγαπημένων προγραμμάτων. | | | |
| 10. Προαιρετικά να είναι δυνατή η σύνδεση διακόπτη ασφαλείας ασθενούς για την διακοπή της θεραπείας σε περίπτωση ανάγκης. | NAI | | |
| 11. Προαιρετικά να υπάρχει η δυνατότητα σύνδεσης με συσκευή αναρρόφησης. | NAI | | |
| 12. Να διαθέτει εγγύηση τουλάχιστον 5 ετών | NAI | | |

3.ΥΠΕΡΗΧΟΙ

1^η επιλογή

| ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΗΣ | ΑΠΑΙΤΗΣΗ | ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ | ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ |
|--|----------|-----------------------|-----------|
| 1. Να διαθέτει έγχρωμη οθόνη αφής τουλάχιστον 7". | NAI | | |
| 2. Να διαθέτει δύο συχνότητες 1 MHz / 3,5 MHz. | NAI | | |
| 3. Να διαθέτει μία κεφαλή μεγέθους 4 cm ² , η οποία να λειτουργεί και στις δύο συχνότητες. | NAI | | |
| 4. Να διαθέτει ένδειξη για την καλή επαφή της κεφαλής. | NAI | | |
| 5. Η κεφαλή να είναι υδατοστεγής για ασφαλή χρήση μέσα σε νερό. | NAI | | |
| 6. Να διαθέτει μέγιστη ένταση 3 W/cm ² . | NAI | | |
| 7. Να διαθέτει συνεχή και παλμικό τρόπο λειτουργίας. | NAI | | |
| 8. Να διαθέτει επιλογή κύκλου εκπομπής από 5 έως 75% με βήμα 5%. | NAI | | |
| 9. Να διαθέτει τουλάχιστον 58 προ-ρυθμισμένα πρωτόκολλα θεραπείας. | NAI | | |
| 10. Να διαθέτει τουλάχιστον 50 κενές θέσεις για αποθήκευση νέων προγραμμάτων από τον χρήστη. | NAI | | |
| 11. Να διαθέτει έγχρωμη θεραπευτική εγκυκλοπαίδεια με απεικόνιση της θεραπευτικής μεθοδολογίας για όλα τα προ-ρυθμισμένα πρωτόκολλα θεραπείας. | NAI | | |
| 12. Προαιρετικά να μπορεί να συνδεθεί κεφαλή μεγέθους 1 cm ² . | NAI | | |
| 13. Προαιρετικά να υπάρχει η δυνατότητα λειτουργίας με ενσωματωμένη μπαταρία. | NAI | | |

| | | | |
|---|-----|--|--|
| 14. Να διαθέτει ρυθμιζόμενα υποπόδια που να επιτρέπουν την αλλαγή του ύψους για ευκολία στον χειρισμό της συσκευής. | NAI | | |
| 15. Να διαθέτει εγγύηση τουλάχιστον 2 ετών | NAI | | |

2^η επιλογή

| ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΗΣ | ΑΠΑΙΤΗΣΗ | ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ | ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ |
|---|----------|-----------------------|-----------|
| 1. Να διαθέτει οθόνη γραφικών LCD. | ΝΑΙ | | |
| 2. Να διαθέτει δύο συχνότητες 1 MHz / 3,5 MHz. | ΝΑΙ | | |
| 3. Να διαθέτει μία κεφαλή μεγέθους 4 cm ² , η οποία να λειτουργεί και στις δύο συχνότητες. | ΝΑΙ | | |
| 4. Να διαθέτει ακριβή ένδειξη πέντε επιπέδων για την καλή επαφή της κεφαλής. | ΝΑΙ | | |
| 5. Η κεφαλή να είναι υδατοστεγής για ασφαλή χρήση μέσα σε νερό. | ΝΑΙ | | |
| 6. Να διαθέτει μέγιστη ένταση 2,5 W/cm ² . | ΝΑΙ | | |
| 7. Να διαθέτει συνεχή και παλμικό τρόπο λειτουργίας. | ΝΑΙ | | |
| 8. Να διαθέτει επιλογή κύκλου εκπομπής από 10, 25, 50 και 75%. | ΝΑΙ | | |
| 9. Να διαθέτει τουλάχιστον 52 προ-ρυθμισμένα πρωτόκολλα θεραπείας. | ΝΑΙ | | |
| 10. Να διαθέτει τουλάχιστον 10 κενές θέσεις για αποθήκευση νέων προγραμμάτων από τον χρήστη. | ΝΑΙ | | |
| 11. Προαιρετικά να μπορεί να συνδεθεί κεφαλή μεγέθους 1 cm ² . | ΝΑΙ | | |
| 12. Να διαθέτει εγγύηση τουλάχιστον 5 ετών για την συσκευή και 2 ετών για την κεφαλή του υπερήχου | ΝΑΙ | | |

4. ΥΠΕΡΥΘΡΕΣ ΑΚΤΙΝΕΣ

1^η επιλογή

| ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΗΣ | ΑΠΑΙΤΗΣΗ | ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ | ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ |
|--|----------|-----------------------|-----------|
| 1. Να είναι τροχήλατη συσκευή. | ΝΑΙ | | |
| 2. Να διαθέτει πληκτρολόγιο με ψηφιακές ενδείξεις (ένταση και υπολειπόμενος χρόνος θεραπείας). | ΝΑΙ | | |
| 3. Να διαθέτει ισχύ εξόδου 375 Watt τουλάχιστον. | ΝΑΙ | | |
| 4. Να διαθέτει ρυθμιζόμενη ένταση, από 10% έως 100%, με βήμα 10%. | ΝΑΙ | | |
| 5. Να διαθέτει ρυθμιζόμενο χρόνο θεραπείας από 1 έως 30 λεπτά τουλάχιστον. | ΝΑΙ | | |
| 6. Να διαθέτει φίλτρα, κόκκινο και μπλε. | ΝΑΙ | | |
| 7. Να διαθέτει γυαλιά προστασίας για τον ασθενή και τον θεραπευτή. | ΝΑΙ | | |
| 8. Να διαθέτει δυνατότητα ρύθμισης του ύψους και της κλίσης της κεφαλής. | ΝΑΙ | | |
| 9. Να διαθέτει τουλάχιστον 10 κενές θέσεις για δημιουργία προγραμμάτων ορισμένων από τον χρήστη. | ΝΑΙ | | |
| 10. Να διαθέτει εγγύηση τουλάχιστον 2 ετών. | ΝΑΙ | | |

2^η επιλογή

| ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΗΣ | ΑΠΑΙΤΗΣΗ | ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ | ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ |
|---|----------|-----------------------|-----------|
| 1. Να είναι τροχήλατη συσκευή. | ΝΑΙ | | |
| 2. Να διαθέτει ισχύ 250 Watt τουλάχιστον. | ΝΑΙ | | |
| 3. Να διαθέτει ρυθμιζόμενη ένταση. | ΝΑΙ | | |
| 4. Να διαθέτει ρυθμιζόμενο χρόνο θεραπείας από 10 έως 60 λεπτά, καθώς και επιλογή “continuous” για συνεχή λειτουργία. | ΝΑΙ | | |
| 5. Να διαθέτει δυνατότητα ρύθμισης του ύψους και της κλίσης της κεφαλής. | ΝΑΙ | | |
| 6. Να διαθέτει εγγύηση τουλάχιστον 2 ετών. | ΝΑΙ | | |

9. ΠΑΡΑΦΙΝΟΛΟΥΤΡΟ

| ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΗΣ | ΑΠΑΙΤΗΣΗ | ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ | ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ |
|---|----------|-----------------------|-----------|
| 1. Να διαθέτει ισχύ 180 Watt τουλάχιστον. | ΝΑΙ | | |
| 2. Να διαθέτει τέσσερα επίπεδα ρύθμισης της θερμοκρασίας. | ΝΑΙ | | |
| 3. Να περιλαμβάνει κάλυμμα χεριού. | ΝΑΙ | | |
| 4. Να περιλαμβάνει κάλυμμα ποδιού (έως και 45 νούμερο). | ΝΑΙ | | |
| 5. Να περιλαμβάνει θήκες βινυλίου μιας χρήσης. | ΝΑΙ | | |
| 6. Να περιλαμβάνει τέσσερα πακέτα παραφίνης. | ΝΑΙ | | |
| 7. Να διαθέτει πιάτο ασφαλείας (στον πάτο του κάδου). | ΝΑΙ | | |
| 8. Να διαθέτει εγγύηση τουλάχιστον 2 ετών. | ΝΑΙ | | |