**Załącznik nr 6 do SIWZ**

**Zadanie nr 1 – Zestaw do mobilnej magnetoterapii 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
| **I.** | **Urządzenie do mobilnej magnetoterapii** |  |  |
| 1. | Tryb pracy: programowy/ manualny | Tak |  |
| 2. | Duży, czytelny wyświetlacz | Tak |  |
| 3. | Baza 50 wbudowanych programów zabiegowych | Tak |  |
| 4. | Zegar zabiegowy: 1-30 minut | Tak |  |
| 5. | Dwa uniwersalne gniazda aplikatorów | Tak |  |
| 6. | Automatyczne rozpoznawanie rodzaju aplikatora | Tak |  |
| 7. | Kształt pola: sinus, trójkąt, prostokąt, półsinus, półtrójkąt, półprostokąt | Tak |  |
| 8. | Emisja ciągła i impulsowa | Tak |  |
| 9. | 10 programów do ustawienia przez użytkownika | Tak |  |
| 10. | Jednostki chorobowe wybierane po nazwie | Tak |  |
| 11. | Zakres częstotliwości: 2-120Hz | Tak |  |
| 12. | Masa sterownika: 6 kg | Tak |  |
| 13. | Wymiary sterownika: 30x30x13 cm (+/- 5%) | Tak |  |
| 14. | Wyposażenie: przewód sieciowy – 1 szt., aplikator płaski CP ze statywem – 1 szt., okulary ochronne dla pacjenta – 1 szt., instrukcja użytkowania – 1 szt., zapasowe bezpieczniki sieciowe – 2 szt. | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Aparat do magnetoterapii** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

*(pieczęć i podpis użytkownika)*

**Zadanie nr 2 – 4-kanałowy aparat do niezależnej terapii (elektroterapia, ultradźwięki, laser) 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
| **I.** | **4-kanałowy aparat do niezależnej terapii pacjentów** |  |  |
| 1. | Aparat 4-kanałowy do niezależnej terapii pacjentów (2 x elektroterapia, 1 x ultradźwięk, 1 x laser) | Tak |  |
| 2. | Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej min. 7 cali ułatwiający sterowanie aparatem | Tak |  |
| 3. | Parametry elektroterapii: | Tak |  |
| 4. | Możliwość pracy 2 kanałów niezależnie na różnych parametrach prądów | Tak |  |
| 5. | Dostępne prądy:Galwaniczny,Diadynamiczne (DF, MF, CP, LP, RS, CP-ISO),Träberta,Faradaya,NPHVSekwencje,Neofaradyczny,Rosyjska stymulacja – prąd KotzaImpulsy trapezoidalne Impulsy stymulująceImpulsy prostokątneImpulsy trójkątneImpulsy eksponencjalneImpulsy ze wzrostem ekspotencjalnymImpulsy łączone Impulsy PrzerywaneTENS (symetryczny, falujący, asymetryczny, bursty),2-polowa interferencja4-polowa interferencjaIzoplanarne pole wektoroweFale o średniej częstotliwości Stymulacja spastyczna – metoda HufschmidtaStymulacja spastyczna – metoda JantschaHVTImpulsy IGModulowany prąd impulsowy Prąd VMSEPIRPrąd LeducaMikroprądyFale HElektrodiagnostyka | Tak |  |
| 6. | Prosta zmiana polaryzacji elektrod | Tak |  |
| 7. | Tryb prądu stałego (cc) i stałego napięcia (cv) | Tak |  |
| 8. | Programowalne sekwencje (zestawy) prądów  | Tak |  |
| 9. | Elektrodiagnostyka: Krzywa I/t reobaza i chronaksja, punkt motoryczny, współczynnik akomodacji. | Tak |  |
| 10. | Test jakości elektrod  | Tak |  |
| 11. | Współpraca z aparatem podciśnieniowym VAC | Tak |  |
| 12. | Sygnały dźwiękowe | Tak |  |
| 13. | Kontrola kontaktu elektrod ze skórą | tak |  |
| 14. | Regulacja kontrastu ekranu | Tak |  |
| 15. | Możliwość zmiany kolorów ekranu | Tak |  |
| 16. | Podgląd (interpretacja graficzna) płynącego prądu | Tak |  |
| 17. | Płynna modyfikacja parametrów prądów | Tak |  |
| 18. | Sekwencje zapisywane przez użytkownika (minimum 150)  | Tak |  |
| 19. | Historia ostatnich 20 zabiegów | Tak |  |
| 20. | Bank programów terapeutycznych zapisanych w pamięci aparatu (gotowe diagnozy) | Tak |  |
| 21. | Możliwość tworzenia i zapisywania własnych programów terapeutycznych (minimum 500) | Tak |  |
| 22. | Kolorowa encyklopedia terapeutyczna z rysunkami anatomicznymi | Tak |  |
| 23. | Klasyfikacja protokołów według efektów terapeutycznych | Tak |  |
| 24. | Możliwość wyboru protokołu w zależności od miejsca aplikacji – klasyfikacja protokołów w minimum 10 grupach anatomicznych |  Tak |  |
| 25. | Funkcja ulubione – umożliwiająca szybkie uruchomienie programu terapeutycznego zaraz po wybraniu rodzaju terapii | Tak |  |
| 26. | Możliwość zdefiniowania minimum 8 programów terapeutycznych dostępnych jednocześnie na ekranie ulubione | Tak |  |
| 27. | Pokrętło nawigacyjne umożliwiające szybkie poruszanie się po menu aparatu | Tak |  |
| 28. | Baza danych pacjentów w aparacie | Tak |  |
| 29. | Możliwość przypisania terapii do pacjenta | Tak |  |
| 30. | Możliwość definiowania własnego hasła bezpieczeństwa w aparacie  | Tak |  |
| 31. | Wybór dźwięków, regulacja głośności, automatyczne wyłączanie  | Tak |  |
| 32. | Wielojęzyczne menu | Tak |  |
| 33. | Identyfikacja i test akcesoriów | Tak |  |
| 34. | Parametry lasera: | Tak |  |
| 35. | Sonda laserowa podczerwona o mocy 100mW i długości fali 830nm | Tak |  |
| 36. | Tryb pracy lasera ciągły i impulsowy 0 -10000 Hz | Tak |  |
| 37. | Częstotliwości Nogiera i EAV | Tak |  |
| 38. | Autotest podłączonych sond laserowych | Tak |  |
| 39. | Współczynnik wypełnienia 10 – 90 % | Tak |  |
| 40. | Dawka płynnie regulowana 0,1 – 99,0 J/cm2 | Tak |  |
| 41. | 2 pary okularów ochronnych do laseroterapii | Tak |  |
| 42. | Możliwość podłączenia do aparatu sond laserowych czerwonych, podczerwonych oraz prysznicowych | Tak |  |
| 43. | Możliwość podłączenia dwóch sond jednocześnie | Tak |  |
| 44. | Klasa lasera 3B | Tak |  |
| 45. | Sekwencje zapisywane przez użytkownika minimum 150  | Tak |  |
| 46. | Historia ostatnich 20 zabiegów | Tak |  |
| 47. | Bank programów terapeutycznych zapisanych w pamięci aparatu (gotowe diagnozy) | Tak |  |
| 48. | Możliwość tworzenia i zapisywania własnych programów terapeutycznych (minimum 500) | Tak |  |
| 49. | Wizualna identyfikacja aktywnych akcesoriów. | Tak |  |
| 50. | Parametry ultradźwięków | Tak |  |
| 51. | Wieloczęstotliwościowa (1MHz i 3MHz) i wodoodporna głowica ultradźwiękowa 5cm2 | Tak |  |
| 52. | Podgrzewane głowice ultradźwiękowe | Tak |  |
| 53. | Możliwość jednoczesnego podłączenia dwóch głowic do aparatu | Tak |  |
| 54. | Wizualna kontrola kontaktu głowicy ze skórą pacjenta | Tak |  |
| 55. | Praca ciągła i impulsowa (10-150Hz) | Tak |  |
| 56. | Możliwość ustawienia automatycznego przełączania częstotliwości przez aparat (1MHz i 3MHz) | Tak |  |
| 57. | Współczynnik wypełnienia 5-95 % | Tak |  |
| 58. | Natężenie od 0,1 do 3W/cm2 przy pracy impulsowej i do 2W/cm2 przy pracy ciągłej | Tak |  |
| 59. | Możliwość współpracy z głowicami ultradźwiękowymi montowanymi na ciele pacjenta za pomocą pasów, umożliwiającymi prowadzenie terapii bez obecności terapeuty | Tak |  |
| 60. | Możliwość podłączenia wieloczęstotliwościowej (1MHz i 3MHz) i wodoodpornej głowicy ultradźwiękowej 1cm2 | Tak |  |
| 61. | Płynna modyfikacja parametrów ultradźwięku  | Tak |  |
| 62. | Specjalistyczny stolik producenta aparatu wyposażony w minimum 5 otwieranych uchylnie schowków umożliwiający jednoczesne bezpieczne zainstalowanie aparatu oraz aparatu podciśnieniowego | Tak |  |
| 63. | Wyposażenie aparatu: 2 przewody do elektrod, 4 elektrody 70x50 mm, woreczki na elektrody 70x50mm, pasy do mocowania elektrod, głowica ultradźwiękowa 5cm2 1/3 MHz, żel 300ml, kabel sieciowy wraz z zasilaczem, stacjonarna głowica ultradźwiękowa o powierzchni 18 cm2 (1/3 MHz), pasy do mocowania głowicy ultradźwiękowej. | Tak |  |
| 64. | Obsługa aparatu oraz instrukcja w języku polskim | Tak |  |
| 65. | Klasa bezpieczeństwa II ( wg IEC 536 ) | Tak |  |
| 66. | Zasilanie 100-240 V, 50-60 Hz | Tak |  |
| 67. | Waga aparatu max 3 kg. | Tak |  |
| 68. | Wymiary 380 x 190 x 260 mm (+/- 20 mm) | Tak |  |
| 69. | Certyfikat CE, Deklaracja zgodności z CE | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **4-kanałowy aparat do niezależnej terapii**  | 3 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

*(pieczęć i podpis użytkownika)*

**Zadanie nr 3 – Szyna do ćwiczeń kończyn górnych 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
| **I.** | **Urządzenie do ćwiczeń biernych kończyny górnej** |  |  |
| 1. | Urządzenie do ćwiczeń biernych kończyny górnej z możliwością treningu CPM dla stawu barkowego , łokciowego, nadgarstka | Tak |  |
| 2. | Mobilizacja bierna stawu barkowego, łokciowego, nadgarstka | Tak |  |
| 3. | Wymagane ruchy do treningu CPM dla stawu barkowegounoszenie przodem: min. 5 o do 180 o stopniodwiedzenie/przywiedzenie: min. Od 35 o do 150 oRotacja zewnętrzna/wewnętrzna: min. Od 90 o – 0 o – 90 o (+/- 5%) | Tak |  |
| 4. | Wymagane ruchy do treningu CPM dla stawu łokciowegozgięcie/wyprost: min od 0 o do 150 oodwracanie/nawracanie: min od 90 o – 0 o - 90 o  | Tak |  |
| 5. | Wymagane ruchy do treningu CPM dla nadgarstkazgięcie/wyprost: min od 80 o - 0 o - 80 oOdwiedzenie promieniowe – odwiedzenie łokciowe min od 30° - 0° - 20° | Tak |  |
| 6. | Regulacja prędkości ruchu min: 1,5 o /s do 3,5 o /s (+/-5%) | Tak |  |
| 7. | Program rozgrzewki | Tak |  |
| 8. | Regulacja czasu trwania ćwiczeń | Tak |  |
| 9. | Automatyczne zwiększanie zakresu ruchu | Tak |  |
| 10. | Ustawienie przerwy po osiągnięciu skrajnych zakresów ruchu | Tak |  |
| 11. | Możliwość współpracy z kartą pamięci dla programowania treningu dla pacjenta | Tak |  |
| 12. | Możliwość pracy z urządzeniem ustawionym w różnych pozycjach np. dla pacjenta leżącego | Tak |  |
| 13. | Pilot bezpieczeństwa dla pacjenta | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Szyna do ćwiczeń kończyn górnych** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

*(pieczęć i podpis użytkownika)*

**Zadanie nr 4 – Urządzenie do ćwiczeń w podwieszeniu 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
| **I.** | **Urządzenie do ćwiczeń w podwieszeniu** |  |  |
| 1. | Urządzenie pozwala na całkowitą eliminację kompresji w stawach, redukcję siły grawitacji | Tak |  |
| 2. | Specjalnie opracowany, przesuwny system dwóch prowadnic, na których mocuje się elementy przesuwne służące do zamocowania systemu linek i podwieszek. Zestaw zawiera 2 aparaty i 2 poprzecznie zapewniając pełne podwieszenie oraz nieograniczone możliwości ćwiczeń. | Tak |  |
| 3. | Wymiary:Długość: 3224 mm (+/- 5%)Szerokość: 1200 mm (+/- 5%)Wysokość: 2107 mm (+/- 5%)Waga 217 kg (+/- 5%) | Tak |  |
| 4. | Wyposażenie:4 szt. – podwieszka ramion i ud1 szt. – podwieszka pod miednicę1 szt. – podwieszka z otworem pod głowę6 szt. – linka do zawieszeń z dwoma karabińczykami i bloczkami zaciskowymi1 sz. – linka elastyczna z mocowaniem dł. 60 cm (+/- 5%) – czerwona1 szt. – linka elastyczna z mocowaniem dł. 30 cm (+/- 5%) – czerwona1 szt. – linka elastyczna z mocowaniem dł. 60 cm (+/- 5%) – czarna1 szt. – linka elastyczna z mocowaniem dł. 30 cm (+/- 5%) – czarna1 szt. – wieszak na akcesoria | Tak |  |
| 5. | Dodatkowa kolumna do ćwiczeń oporowych, machanoterapii – przystawka mocowana do urządzenia do ćwiczeń w podwieszeniu | Tak |  |
| 6. | Ramię z uchwytem głównym oraz poprzeczką wyposażoną w przesuwne elementy mocujące podwieszki | Tak |  |
| 7. | Na całej wysokości ramienia znajdują się dwa uchwyty do podwieszek, które mogą być zablokowane przy pomocy szybkiej w użyciu dźwigni co 10 cm. | Tak |  |
| 8. | Wysokość ramienia regulowana za pomocą w zakresie 2120 – 2430 mm (+/- 5%) | Tak |  |
| 9. | Uchwyt do zmiany wysokości wyposażony jest w magnetyczną końcówkę mocującą do ramy gdy jest nieużywany | Tak |  |
| 10. | Na dole urządzenia na całej szerokości nogi dostępne są otwory do montażu osprzętu. | Tak |  |
| 11. | Dane techniczne kolumnyWymiar (dł. x szer. x wys. ) {mm} 1176 x 1200 x 2522 (+/- 5%)Maksymalne obciążenie (kg): 130 (+/- 5%) | Tak |  |
| 12. | Wyposażenie kolumny:2 szt. – uchwyt pojedynczy2 szt. – uchwyt do rąk prosty do ćwiczeń z gumami2 szt. – linka do zawieszeń z dwoma karabińczykami i bloczkami zaciskowymi dł. 2 m (+/- 5%)1 szt. – linka do ćwiczeń samowspomaganych lub oporowych dł. 5m(+/- 5%) | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Zestaw do ćwiczeń w podwieszeniu** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

*(pieczęć i podpis użytkownika)*

**Zadanie nr 5 – Szyna do ćwiczeń biernych kończyny dolnej 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
| **I.** | **Szyna do ćwiczeń biernych kończyny dolnej** |  |  |
| 1. | Urządzenie do ćwiczeń biernych kończyny dolnej (CPM stawu kolanowego i biodrowego) | Tak |  |
| 2. | Mobilizacja stawu biodrowego i kolanowego | Tak |  |
| 3. | Automatyczne zwiększenie wyprostu | Tak |  |
| 4. | Automatyczne zwiększenie zgięcia | Tak |  |
| 5. | Przerwa w trakcie wyprostu | Tak |  |
| 6. | Przerwa w trakcie zgięcia | Tak |  |
| 7. | Regulacja prędkości w trakcie zgięcia-wyprostu | Tak |  |
| 8. | Regulacja siły oporu | Tak |  |
| 9. | Regulacja czasu trwania ćwiczeń | Tak |  |
| 10. | Przerwa po osiągnięciu limitu zgięcia | Tak |  |
| 11. | Funkcja rozgrzewki „Warm up” | Tak |  |
| 12. | Powtórzenia ruchu na limicie zgięcia | Tak |  |
| 13. | Powtórzenia ruchu na limicie wyprostu | Tak |  |
| 14. | Regulacja podpory stopy | Tak |  |
| 15. | Limit automatycznego wzrostu zgięcia | Tak |  |
| 16. | Limit automatycznego wzrostu wyprostu | Tak |  |
| 17. | Zakres ruchu w stawie biodrowym minimum: 7° ÷ 115° | Tak |  |  |  |  |  |
| 18. | Zakres ruchu w stawie kolanowym minimum: -10° ÷ 120° | Tak |  |  |  |  |  |
| 19. | Siła min: 0-40 kg (+/-5%) | Tak |  |  |  |  |  |
| 20. | Prędkość ruchu minimum: 0.8°/sekundę ÷ 3,5°/sekundę | Tak |  |  |  |  |  |
| 21. | Możliwość pracy obu kończyn bez zmiany ustawień szyny | Tak |  |  |  |  |  |
| 22. | Konsola oraz programowalny pilot | Tak |  |  |  |  |  |
| 23. | Możliwość zastosowania przystawki do terapii kończyn mniejszych niż 72cm | Tak |  |  |  |  |  |
| 24. | Urządzenie elektryczne zasilane napięciem 230 V 60 Hz | Tak |  |  |  |  |  |
| 25. | Stabilne urządzenie o wadze max: 12 kg | Tak |  |  |  |  |  |
| 26. | Pilot start- stop  | Tak |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Szyna do ćwiczeń biernych kończyny dolnej** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

 *(pieczęć i podpis użytkownika)*

**Zadanie nr 6 – Elektryczna szyna do ćwiczeń biernych stawów kończyn górnych/ew. samego stawu barkowego 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
| **I.** | **Elektryczna szyna do ćwiczeń biernych stawów kończyn górnych/ew. samego stawu barkowego** |  |  |
| 1. | Fotel pacjenta o miękkim obiciu w pełni dezynfekowalnym z regulowaną pozycją oparcia pleców i zdrowego ramienia, ze stabilizacją obręczy barkowej zapobiegającej kompensacji ruchów przez pacjenta: wyposażony w kółka transportowe | Tak |  |
| 2. | Oskalowane elementy regulacyjne szyny z wymiarami wysokości osi stawów, długości ramienia, przedramienia, kąta pochylenia ułatwiające personelowi medycznemu codzienne i wielokrotne stosowanie | Tak |  |
| 3. | Mobilizacja bierna zsynchronizowana wielopłaszczyznowo, zgodna ż koncepcją PNF (Propriocaptlve Neuramuseuiar Facilitation), gwarantująca nerwowo-mięśniowe torowanie ruchu kończyny z naciskiem na wykorzystanie go w aktywności dnia codziennego (np. czesanie, golenie, mycie, czy jedzenie) | Tak |  |
| 4. | Zakres ruchu w stawie barkowym przywiedzenie/odwodzenie co najmniej od 30 o do 175o | Tak |  |
| 5. | Zakres ruchu w stawie barkowym prostowanie/zginanie co najmniej od 30 o do 175 o | Tak |  |
| 6. | Zakres ruchu w stawie barkowym podnoszenie co najmniej od 30 o do 175 o w pozycji siedzącej | Tak |  |
| 7. | Zakres ruchu w stawie barkowym rotacja wewnętrzna/rotacja zewnętrzna co najmniej od -90 o do +90 o | Tak |  |
| 8. | Zakres ustawień w stawie barkowym przywiedzenie poziome / odwodzenie poziome co najmniej od 0 o do 120 o | Tak |  |
| 9. | Zakres ruchu w stawie łokciowym prostowanie / zginanie co najmniej od -5 o (przeprost) do 140 o | Tak |  |
| 10. | Zakres ruchu w stawie łokciowym pronacja / supinacja co najmniej od -90 o do +90 o | Tak |  |
| 11. | Zakres ruchu w stawie nadgarstka prostowanie co najmniej do 90” / zginanie co najmniej do 90 o | Tak |  |
| 12. | Zakres ruchu w stawie nadgarstka ulnaryzacja co najmniej do 90 o / radializacja co najmniej do 90 o | Tak |  |
| 13. | Ruchy złożone wieloosiowe nadgarstka - połączenie ruchów co najmniej w S płaszczyznach ustawień w zakresie od -90 o do +90 o | Tak |  |
| 14. | Możliwość prowadzenia terapii u jednego, dwóch lub trzech różnych pacjentów jednocześnie | Tak |  |
| 15. | Sekwencyjne programy terapii realizujące naprzemiennie ruchy izolowane, powtarzane oscylacyjnie krańcowe zakresy ruchów oraz program rozgrzewki (rozluźnienie spastyczności) | Tak |  |
| 16. | Automatyczne poszerzenie ruchu w wybranym kierunku odwodzenia/podnoszenia, rotacji wewnętrznej/zewnętrznej, zginania/prostowania, supinacji/pronacji, kontrolowane zmianą prędkości i regulacją siły oddziaływania urządzenia na kończynę pacjenta  | Tak |  |
| 17. | Możliwość kontrolowanego oporowania ruchu szyny przez pacjenta ze zmianą kierunku w dowolnym punkcie ustawionego zakresu w co najmniej 20 poziomach siły oddziaływania | Tak |  |
| 18. | Kontrola wszystkich parametrów terapii za pomocą pilotów sterujących z blokadą przed przypadkową zmianą parametrów z obsługą intuicyjną z zastosowaniem ikon funkcyjnych oraz umożliwiającą monitorowanie przebiegu ruchu, funkcji i programów terapii na podświetlanym wyświetlaczu LCD-TFT 320x240 pikseli z regulacja kontrastu | Tak |  |
| 19. | Dokumentacja przebiegu osiągów terapii - rejestr wyników ćwiczeń w formie graficznej oddzielnie dla każdej z płaszczyzn ruchu dla poszczególnego pacjenta. | Tak |  |
| 20. | Karty chip do zapisu indywidualnych danych terapii pacjenta min. 5 szt., z możliwością przeniesienia wyników terapii do PC | Tak |  |
| 21. | Para bezprzewodowych mankietów kompresyjnych przeciwzakrzepowych z możliwością transferu danych USB | Tak |  |
| 22. | Klasyfikacja urządzenia zgodna z obowiązującą normą IEC/EN 60601-1 | Tak |  |
| 23. | II klasa ochronności przed porażeniem prądem ochrona przed wilgocią iP-21 | Tak |  |
| 24. | Kompatybilność elektromagnetyczna zgodna z normami IEC 60601-1-2:2014 i IEC 60601-1- 11:2010 | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Elektryczna szyna do ćwiczeń kończyn górnych/ew. samego stawu barkowego** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

 *(pieczęć i podpis użytkownika)*

**Zadanie nr 7 i 9 – Laser wysokoenergetyczny 1 szt. + fala uderzeniowa 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
| **I.** | **Laser wysokoenergetyczny** |  |  |
| 1. | Aparat Combi, 2-kanałowy: terapia falami uderzeniowymi SWT oraz laser wysokoenergetyczny HIL 7W | Tak |  |
| 2. | Ekran kolorowy ekran dotykowy 5,7” | Tak |  |
| 3. | Wymiary 320 x 190 x 280mm (+/- 5%) (sterownik) | Tak |  |
| 4. | 330 x 220 x 300 mm (+/- 5%) (kompresor powietrzny) | Tak |  |
| 5. | Waga: aparat (bez akcesoriów) 7 kg (+/- 5%) | Tak |  |
| 6. | Waga: kompresor powietrzny max 20kg  | Tak |  |
| 7. | Zasilanie sieciowe 230V / 50-60Hz 115V / 50-60Hz | Tak |  |
| 8. | Specjalistyczny stolik umożliwiający montaż sterownika i kompresora, posiadający kuwetę z tworzywa sztucznego na akcesoria oraz 4 kółka skrętne. | Tak |  |
| 9. | Autoryzacja producenta na serwis i sprzedaż | Tak |  |
| 10. | Klasa lasera IV | Tak |  |
| 11. | Klasa ochronności sprzętu IIB | Tak |  |
| 12. | Laser diodowy | Tak |  |
| 13. | Moc maksymalna w trybie ciągłym 7W | Tak |  |
| 14. | Długość fali: 810nm, 980nm - jednocześnie | Tak |  |
| 15. | Tryby pracy: ciągły, impulsowy, pojedynczy impuls | Tak |  |
| 16. | Moduł kalibracji wbudowany w aparat | Tak |  |
| 17. | Bank jednostek chorobowych min 38 | Tak |  |  |  |  |  |
| 18. | Encyklopedia terapii z kolorowymi rysunkami anatomicznymi - minimum 38 | Tak |  |  |  |  |  |
| 19. | Możliwość tworzenia i zapisywania własnych procedur terapeutycznych – minimum 200 | Tak |  |  |  |  |  |
| 20. | Kartoteka pacjentów z możliwością przypisywania terapii do pacjenta | Tak |  |  |  |  |  |
| 21. | Nakładka dystansowa na aplikator mocowana magnetycznie, średnica 30mm  | Tak |  |  |  |  |  |
| 22. | Wyłącznik bezpieczeństwa | Tak |  |  |  |  |  |
| 23. | Obsługa za pomocą sterownika nożnego | Tak |  |  |  |  |  |
| 24. | Światło nawigacyjne (Klasyfikacja strumienia celującego - Klasa 3B, Długość fali - 650nm Maksymalna moc wychodząca - 1mw) | Tak |  |  |  |  |  |
| 25. | Menu w języku polskim | Tak |  |  |  |  |  |
| 26. | Maksymalna dawka w trybie ciągłym 200 J/cm2 | Tak |  |  |  |  |  |
| 27. | Obszar leczenia do 500cm2 | Tak |  |  |  |  |  |
| 28. | Częstotliwość 1hz - 100hz | Tak |  |
| 29. | Czas trwania impulsu 2 ms - 1000 ms | Tak |  |
| 30. | Okulary ochronne 2 szt. | Tak |  |
| **II.** | **Parametry fali uderzeniowej** | Tak |  |
| 1. | Maksymalne ciśnienie do 5 barów | Tak |  |
| 2. | Częstotliwość 1-22Hz | Tak |  |
| 3. | Tryb pojedynczych i ciągłych uderzeń | Tak |  |
| 4. | Tryb BURST (wiązki uderzeń)  | Tak |  |
| 5. | Liczba protokołów 27 | Tak |  |
| 6. | Encyklopedia z rysunkami anatomicznymi | Tak |  |
| 7. | Programy użytkownika: 100  | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| **1.** | **Laser wysokoenergetyczny** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
| **2.** | **Fala uderzeniowa** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

*(pieczęć i podpis użytkownika)*

**Zadanie nr 8 –Platforma diagnostyczno-rehabilitacyjna 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
| I. | **Platforma diagnostyczno-rehabilitacyjna** |  |  |
| 1. | Platforma stabilometryczna do treningu z pacjentami neurologicznymi na stałym i niestabilnym podłożu | Tak |  |
| 2. | Niestabilne podłoże symulowane za pomocą poduszki gąbkowej z wyrysowaną podziałką do ustawienia stóp | Tak |  |
| 3. | Platforma umożliwiająca prowadzenie badań, trening oraz gry | Tak |  |
| 4. | System umożliwiający prowadzenia bazy danych oraz raportowanie postępu pacjenta w prowadzonej rehabilitacji | Tak |  |
| 5. | System umożliwiający prowadzenie testów i pomiarów tj.:* test Limit of Stability,
* test CTSIB,
* pomiar CoP,
* pomiar dystrybucji obciążenia,
* śledzenie drogi oraz dowolnego ruchu i balansu dynamicznie i statycznie
 | Tak |  |
| 6. | Komunikacja: USB | Tak |  |
| 7. | Eksport do arkusza Excel | Tak |  |
| 8. | W zestawie komputer typu laptop kompatybilny z platformą | Tak |  |
| 9. | W zestawie podstawa dynamiczna do treningu balansowego z możliwością ustawienia osi balansu za pomocą wkręcanych półkul | Tak |  |
| 10. | Wymiary (dł. x szer. x wys.) [cm]: 50 x 30 x 5 (+/- 5%) | Tak |  |
| 11. | Waga [kg]: 3 (+/- 5%) | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Platforma diagnostyczno-rehabilitacyjna**  | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

*(pieczęć i podpis użytkownika)*

**Zadanie nr 10 – zestaw 1: Urządzenie do laseroterapii 1 aparat + 1 leżanka + 2 taborety zwykłe + 2 szt. okularów ochronnych 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
| **I.** | **Urządzenie do laseroterapii** |  |  |
| 1. | **Moc maksymalna w trybie ciągłym 7W** | Tak |  |
| 2. | Długość fali: 810nm, 980nm - jednocześnie | Tak |  |
| 3. | Tryby pracy: ciągły, impulsowy, pojedynczy impuls | Tak |  |
| 4. | Moduł kalibracji wbudowany w aparat | Tak |  |
| 5. | Bank jednostek chorobowych min 38 | Tak |  |
| 6. | Encyklopedia terapii z kolorowymi rysunkami anatomicznymi - minimum 38 | Tak |  |
| 7. | Możliwość tworzenia i zapisywania własnych procedur terapeutycznych – minimum 200 | Tak |  |
| 8. | Kartoteka pacjentów z możliwością przypisywania terapii do pacjenta | Tak |  |
| 9. | Nakładka dystansowa na aplikator mocowana magnetycznie, średnica 30mm  | Tak |  |
| 10. | Wyłącznik bezpieczeństwa | Tak |  |
| 11. | Obsługa za pomocą sterownika nożnego | Tak |  |
| 12. | **Możliwość rozbudowy o moduł fali uderzeniowej o ciśnieniu do 5 barów i częstotliwości 22Hz** | Tak |  |
| 13. | Zasilanie 230V / 50-60 Hz, 115V/ 50-60Hz | Tak |  |
| 14. | Klasa lasera IV | Tak |  |
| 15. | Klasa ochronności IIb | Tak |  |
| 16. | **Laser diodowy** | Tak |  |
| 17. | Światło nawigacyjne (Klasyfikacja strumienia celującego - Klasa 3B, Długość fali - 650 nm Maksymalna moc wychodząca - 1 mW) | Tak |  |  |  |  |  |
| 18. | Kolorowy ekran dotykowy min 5,7 cala | Tak |  |  |  |  |  |
| 19. | Menu w języku polskim | Tak |  |  |  |  |  |
| 20. | **Maksymalna dawka w trybie ciągłym 200 J/cm2** | Tak |  |  |  |  |  |
| 21. | Obszar leczenia do 500 cm2 | Tak |  |  |  |  |  |
| 22. | Częstotliwość 1 Hz - 100 Hz | Tak |  |  |  |  |  |
| 23. | Czas trwania impulsu 2 ms - 1000 ms | Tak |  |  |  |  |  |
| 24. | Autoryzacja producenta na serwis i sprzedaż  | Tak |  |  |  |  |  |
| 25. | Okulary ochronne 2 szt. | Tak |  |  |  |  |  |
| 26. | Wymiary sterownika 320/190/280mm (+/- 5%) | Tak |  |  |  |  |  |
| 27. | Waga sterownika max 7 kg | Tak |  |  |  |  |  |
| 28. | **Moc maksymalna w trybie ciągłym 7W** | Tak |  |  |  |  |  |
| 29. | Długość fali: 810 nm, 980 nm - jednocześnie | Tak |  |  |  |  |  |
| 30. | Tryby pracy: ciągły, impulsowy, pojedynczy impuls | Tak |  |  |  |  |  |
| 31. | Moduł kalibracji wbudowany w aparat | Tak |  |  |  |  |  |
| **II.** | **Leżanka** | Tak |  |
| 1. | Posiada lekką drewnianą konstrukcję i wygodny materac | Tak |  |
| 2. | Blat obity jest materiałem skóropodobnym lub winylowym o wysokich parametrach wytrzymałościowych | Tak |  |
| 3. | Posiada otwór na twarz | Tak |  |
| 4. | Wymiary: 200cm x 70cm x 65cm (+/- 5%) | Tak |  |
| 5. | Regulacja kąta nachylenia zagłówka: od 0 ° do + 35 °  | Tak |  |
| 6. | Dopuszczalne obciążenie: min. 200 kg | Tak |  |
| 7. | Waga: 34 kg (+/- 5%) | Tak |  |
| **III.** | **Taboret zwykły** |  |  |
| 1. | Posiada chromowaną konstrukcję. | Tak |  |
| 2. | Wyposażoną w wygodny chromowany podnóżek. | Tak |  |
| 3. | Posiada siłownik gazowy umożlwiający regulację wysokości siedziska. | Tak |  |
| 4. | Taboret oparty na stopkach lub kółkach. | Tak |  |
| 5. | Siedzisko obite jest materiałem skóropodobnym lub winylowym o wysokich parametrach wytrzymałościowych. | Tak |  |
| 6. | Możliwość wyboru koloru tapicerki. | Tak |  |
| **IV.** | **Okulary ochronne** |  |  |
| 1. | Wygodne okulary z filtrem ochronnym do szerokiego zakresu widma świetlnego | Tak |  |
| 2. | Tłumienie w zakresie 630-730nm i 770-1070nm | Tak |  |
| 3. | Można je zakładać razem z okularami korekcyjnymi  | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1 | Urządzenie do laseroterapii | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 2 | Leżanka  | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 3 | Taboret medyczny do lasera 1szt. dla terapeuty i 1szt. dla pacjenta | 2 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 4 | Okulary do lasera 2 sztuki dla pacjenta i terapeuty | 2 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

*(pieczęć i podpis użytkownika)*

**Zadanie nr 11 – Zestaw 2: ultradźwięki 1 aparat + 1 leżanka + 1 taboret zwykły + wózek na aparat 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
| **I.** | **Aparat do ultradźwięków** |  |  |
| 1. | Jeden kanał do terapii ultradźwiękowej | Tak |  |
| 2. | Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej min. 4,3 cala ułatwiający sterowanie aparatem | Tak |  |
| 3. | Możliwość podłączenia wieloczęstotliwościowej (1mhz i 3mhz) i wodoodpornej głowicy ultradźwiękowej 1cm2 (OPCJA) | Tak |  |
| 4. | Podgrzewane głowice ultradźwiękowe  | Tak |  |
| 5. | Możliwość jednoczesnego podłączenia dwóch głowic do aparatu | Tak |  |
| 6. | Wizualna kontrola kontaktu głowicy ze skórą pacjenta | Tak |  |
| 7. | Praca ciągła i impulsowa (10-150Hz) | Tak |  |
| 8. | Możliwość ustawienia automatycznego przełączania częstotliwości przez aparat (1mhz i 3mhz) | Tak |  |
| 9. | Współczynnik wypełnienia 5-95 % | Tak |  |
| 10. | Natężenie od 0,1 do 3W/cm2 przy pracy impulsowej i do 2W/cm2 przy pracy ciągłej | Tak |  |
| 11. | Możliwość podłączenia głowicy ultradźwiękowej wieloczęstotliwościowej (1mhz i 3mhz) o powierzchni 12 cm2 lub 18 cm2, montowanej na ciele pacjenta za pomocą pasów, umożliwiającej prowadzenie terapii bez obecności terapeuty | Tak |  |
| 12. | Aparat wyposażony w wieloczęstotliwościową (1mhz i 3mhz) i wodoodporną głowicę ultradźwiękową 5cm2 | Tak |  |
| 13. | Płynna modyfikacja parametrów ultradźwięku  | Tak |  |
| 14. | Sekwencje zapisywane przez użytkownika minimum 150  | Tak |  |
| 15. | Bank programów terapeutycznych zapisanych w pamięci aparatu (gotowe diagnozy) | Tak |  |
| 16. | Możliwość tworzenia i zapisywania własnych programów terapeutycznych (minimum 500) | Tak |  |
| 17. | Kolorowa encyklopedia terapeutyczna z rysunkami anatomicznymi | Tak |  |  |  |  |  |
| 18. | Klasyfikacja protokołów według efektów terapeutycznych | Tak |  |  |  |  |  |
| 19. | Sygnały dźwiękowe | Tak |  |  |  |  |  |
| 20. | Wizualna identyfikacja aktywnych akcesoriów | Tak |  |  |  |  |  |
| 21. | Obsługa aparatu oraz instrukcja w języku polskim | Tak |  |  |  |  |  |
| 22. | Klasa bezpieczeństwa II (wg IEC 536) | Tak |  |  |  |  |  |
| 23. | Zasilanie 100-240 V, 50-60 Hz | Tak |  |  |  |  |  |
| 24. | Waga aparatu max 3 kg. | Tak |  |  |  |  |  |
| 25. | Wymiary 380 x 190 x 260 mm (+/- 5%) | Tak |  |  |  |  |  |
| 26. | Gwarancja min. 24 miesiące  | Tak |  |  |  |  |  |
| 27. | Autoryzacja od producenta na sprzedaż i serwis urządzenia na terenie Polski | Tak |  |  |  |  |  |
| 28. | Certyfikat CE, Deklaracja zgodności z CE | Tak |  |  |  |  |  |
| **II.** | **Leżanka** |  |  |
| 1. | Posiada lekką drewnianą konstrukcję i wygodny materac | Tak |  |
| 2. | Blat obity jest materiałem skóropodobnym lub winylowym o wysokich parametrach wytrzymałościowych | Tak |  |
| 3. | Posiada otwór na twarz | Tak |  |
| 4. | Wymiary: 200 cm x 70 cm x 65 cm (+/- 5%) | Tak |  |
| 5. | Regulacja kąta nachylenia zagłówka: od 0 ° do + 35 ° | Tak |  |
| 6. | Dopuszczalne obciążenie: min. 200 kg | Tak |  |
| 7. | Waga: 34 kg (+/- 5%) | Tak |  |
| **III.** | **Taboret zwykły** |  |  |
| 1. | Posiada chromowaną konstrukcję | Tak |  |
| 2. | Wyposażoną w wygodny chromowany podnóżek | Tak |  |
| 3. | Posiada siłownik gazowy umożlwiający regulację wysokości siedziska | Tak |  |
| 4. | Taboret oparty na stopkach lub kółkach | Tak |  |
| 5. | Siedzisko obite jest materiałem skóropodobnym lub winylowym o wysokich parametrach wytrzymałościowych | Tak |  |
| 6. | Możliwość wyboru koloru tapicerki | Tak |  |
| **IV.** | **Wózek na aparat** |  |  |
| 1. | Stabilna i trwała konstrukcja – wykonany z profili aluminiowych i półek stalowych, malowanych proszkowo | Tak |  |
| 2. | Wózek wyposażony w 4 kółka w tym 2 z hamulcami | Tak |  |
| 3. | Przeznaczony pod urządzenia medyczne oraz aparaty fizykoterapeutyczne | Tak |  |
| 4. | Płynna regulacja wysokości półek stolika na różnych wysokościach w zależności od potrzeb użytkownika | Tak |  |
| 5. | Półki mogą być pochylane pod kątem do 10° | Tak |  |
| 6. | Wymiary:Wysokość stolika: 80 cm (+/- 5%)Podstawa: 46 x 46 cm (+/- 5%)Półka: 40x 36 cm (+/- 5%)Półka z wycięciami boczna: 56 x 41 cm (+/- 5%) | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Aparat do ultradźwięków** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 2. | **Leżanka drewniana do fizykoterapii do ultradźwięków**  | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 3. | **Taboret zwykły** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 4. | **Wózek na aparat do ultradźwięków** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

*(pieczęć i podpis użytkownika)*

**Zadanie nr 12 – Zestaw 3: Prądy 3 aparaty + 3 wózki na aparaty + 6 leżanek + 1 fotel obrotowy + 200 szt. podkładów wiskozowych**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
| **I.** | **Aparat do elektroterapii 3 szt.** |  |  |
| 1. | Aparat 2-kanałowy do elektroterapii | Tak |  |
| 2. | Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej min. 4,3 cala ułatwiający sterowanie aparatem | Tak |  |
| 3. | Możliwość pracy 2 kanałów niezależnie na różnych parametrach prądów | Tak |  |
| 4. | Dostępne prądy:* Galwaniczny,
* Diadynamiczne (DF, MF, CP, LP, RS, CP-ISO),
* Träberta,
* Faradaya,
* NPHV
* Sekwencje,
* Neofaradyczny,
* Rosyjska stymulacja - prąd Kotza
* Impulsy trapezoidalne
* Impulsy stymulujące
* Impulsy prostokątne
* Impulsy trójkątne
* Impulsy eksponencjalne
* Impulsy ze wzrostem ekspotencjalnym
* Impulsy łączone
* Impulsy Przerywane
* TENS (symetryczny, falujący, asymetryczny, bursty),
* 2-polowa interferencja
* 4-polowa interferencja
* Izoplanarne pole wektorowe
* Fale o średniej częstotliwości
* HVT
* Impulsy IG
* Modulowany prąd impulsowy
* Prąd VMS
* Prąd Kotza
* EPIR
* Prąd Leduca
* Fale H
* Mikroprądy
* Stymulacja spastyczna wg Hufschmidta
* Stymulacja spastyczna wg Jantscha
* Elektrodiagnostyka
 | Tak |  |
| 5. | Prosta zmiana polaryzacji elektrod | Tak |  |
| 6. | Tryb prądu stałego (cc) i stałego napięcia (cv) | Tak |  |
| 7. | Programowalne sekwencje (zestawy) prądów  | Tak |  |
| 8. | Elektrodiagnostyka: Krzywa I/t reobaza i chronaksja, punkt motoryczny, współczynnik akomodacji. | Tak |  |
| 9. | Test jakości elektrod  | Tak |  |
| 10. | Współpraca z aparatem podciśnieniowym VAC | Tak |  |
| 11. | Sygnały dźwiękowe | Tak |  |
| 12. | Kontrola kontaktu elektrod ze skórą | Tak |  |
| 13. | Regulacja kontrastu ekranu | Tak |  |
| 14. | Możliwość zmiany kolorów ekranu | Tak |  |
| 15. | Podgląd (interpretacja graficzna) płynącego prądu | Tak |  |
| 16. | Płynna modyfikacja parametrów prądów | Tak |  |
| 17. | Sekwencje zapisywane przez użytkownika (minimum 150)  | Tak |  |  |  |  |  |
| 18. | Historia ostatnich 20 zabiegów | Tak |  |  |  |  |  |
| 19. | Bank programów terapeutycznych zapisanych w pamięci aparatu (gotowe diagnozy) | Tak |  |  |  |  |  |
| 20. | Możliwość tworzenia i zapisywania własnych programów terapeutycznych (minimum 500) | Tak |  |  |  |  |  |
| 21. | Kolorowa encyklopedia terapeutyczna z rysunkami anatomicznymi | Tak |  |  |  |  |  |
| 22. | Klasyfikacja protokołów według efektów terapeutycznych | Tak |  |  |  |  |  |
| 23. | Możliwość definiowania własnego hasła bezpieczeństwa w aparacie  | Tak |  |  |  |  |  |
| 24. | Wybór dźwięków, regulacja głośności, automatyczne wyłączanie  | Tak |  |  |  |  |  |
| 25. | Wielojęzyczne menu  | Tak |  |  |  |  |  |
| 26. | Możliwość swobodnej modyfikacji parametrów elektroterapii | Tak |  |  |  |  |  |
| 27. | Identyfikacja i test akcesoriów  | Tak |  |  |  |  |  |
| 28. | Wyposażenie aparatu : 2 przewody do elektrod, 4 elektrody 70x50 mm, woreczki na elektrody 70x50mm, pasy do mocowania elektrod, kabel sieciowy wraz z zasilaczem. | Tak |  |  |  |  |  |
| 29. | Obsługa aparatu oraz instrukcja w języku polskim | Tak |  |  |  |  |  |
| 30. | Klasa bezpieczeństwa II ( wg IEC 536 ) | Tak |  |  |  |  |  |
| 31. | Zasilanie 100-240 v, 50-60 Hz | Tak |  |  |  |  |  |
| 32. | Waga max 3 kg. | Tak |  |  |  |  |  |
| 33. | Wymiary 380 x 190 x 260 mm (+/- 5%) | Tak |  |  |  |  |  |
| 34. | Gwarancja min. 24 miesiące  | Tak |  |  |  |  |  |
| 34. | Możliwość zasilania akumulatorowego (OPCJA) | Tak |  |  |  |  |  |
| 36. | Autoryzacja od producenta na sprzedaż i serwis urządzenia na terenie Polski | Tak |  |  |  |  |  |
| **II.** | **Wózek na aparat 3 szt.**  |  |  |
| 1. | Stabilna i trwała konstrukcja – wykonany z profili aluminiowych i półek stalowych, malowanych proszkowo | Tak |  |
| 2. | Wózek wyposażony 4 kółka w tym 2 z hamulcami | Tak |  |
| 3. | Przeznaczony pod urządzenia medyczne oraz aparaty fizykoterapeutyczne | Tak |  |
| 4. | Płynna regulacja wysokości półek stolika na różnych wysokościach w zależności od potrzeb użytkownika. | Tak |  |
| 5. | Półki mogą być pochylane pod kątem do 10°. | Tak |  |
| 6. | Wymiary:Wysokość stolika: 80 cm (+/- 5%)Podstawa: 46 x 46 cm (+/- 5%)Półka: 40x 36cm (+/- 5%)Półka z wycięciami boczna: 56 x 41cm (+/- 5%) | Tak |  |
| **III.** | **Leżanka 6 szt.** |  |  |
| 1. | Posiada lekką drewnianą konstrukcję i wygodny materac | Tak |  |
| 2. | Blat obity jest materiałem skóropodobnym lub winylowym o wysokich parametrach wytrzymałościowych | Tak |  |
| 3. | Posiada otwór na twarz | Tak |  |
| 4. | Wymiary: 200 cm x 70 cm x 65 cm (+/- 5%) | Tak |  |
| 5. | Regulacja kąta nachylenia zagłówka: od 0 ° do + 35 °  | Tak |  |
| 6. | Dopuszczalne obciążenie: min. 200 kg | Tak |  |
| 7. | Waga: 34 kg (+/- 5%) | Tak |  |
| **IV.** | **Fotel obrotowy 1 szt.** |  |  |
| 1. | Posiada chromowaną konstrukcję | Tak |  |
| 2. | Wyposażoną w wygodny chromowany podnóżek | Tak |  |
| 3. | Wyposażony w tapicerowane oparcie | Tak |  |
| 4. | Posiada siłownik gazowy umożlwiający regulację wysokości siedziska | Tak |  |
| 5. | Fotel oparty na kółkach. | Tak |  |
| 6. | Siedzisko obite jest materiałem skóropodobnym lub winylowym o wysokich parametrach wytrzymałościowych | Tak |  |
| 7. | Możliwość wyboru koloru tapicerki | Tak |  |
| 8. | Regulacja wysokości w zakresie od 60 cm do 78 cm (+/- 5%) | Tak |  |
| 9. | Dopuszczalnie obciążenie min. 120 kg | Tak |  |
| 10. | Podnóżek regulowany w zakresie od 26 cm do 46 cm | Tak |  |
| **V.** | **Podkłady wiskozowe 200 szt.** |  |  |
| 1. | Podkłady wiskozowe pasujące do elektrod o wym. 70x50 mm | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Aparat do elektroterapii**  | 3 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 2. | **Wózek na aparat do elektroterapii**  | 3 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 3. | **Leżanka drewniana do elektroterapii**  | 6 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 4. | **Fotel obrotowy**  | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 5. | **Podkłady wiskozowe do elektroterapii 200 szt.** | 200 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

 *(pieczęć i podpis użytkownika)*

**Zadanie nr 13 – Zestaw 4: Zestaw do magnetoterapii 1 aparat + 1 leżanka + 1 taboret zwykły**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
| **I.** | **Aparat do magnetoterapii** |  |  |
| 1. | Aparat jednokanałowy służący do wykonywania zabiegów magnetoterapii | Tak |  |
| 2. | Możliwość wyboru kształtu pola: sinus, trójkąt, prostokąt, półsinus, półtrójkąt, półprostokąt | Tak |  |
| 3. | Emisja ciągła i impulsowa | Tak |  |
| 4. | Duża indukcja pola magnetycznego | Tak |  |
| 5. | Tryb mieszany: różne rodzaje pola w jednej sesji zabiegowej | Tak |  |
| 6. | Szeroki zakres częstotliwości | Tak |  |
| 7. | Urządzenie posiada 79 wbudowanych programów zabiegowych | Tak |  |
| 8. | Możliwość ustawienia przez użytkownika do 50 programów | Tak |  |
| 9. | Pełna kontrola nad parametrami zabiegowymi dla zaawansowanych użytkowników w trybie manualnym | Tak |  |
| 10. | Dedykowana półka pod aparatu montowana do leżanki | Tak |  |
| **II.** | **Leżanka 1 szt.** |  |  |
| 1. | Leżanka do magnetoterapii przystosowana specjalnie do zabiegów magnetoterapii z zamocowaną półką pod aparat do magnetoterapii | Tak |  |
| 2. | Wymiary leżanki w mm 2010 x 660 x 310 (+/- 5%) ( dł. x szer. x wys. ) | Tak |  |
| **III.** | **Aplikator pola magnetycznego niskoprądowy**  |  |  |
| 1. | Wyposażenie: aplikator pola magnetycznego o średnicy 60 cm, przewód sieciowy, instrukcja użytkowania, zapasowe bezpieczniki sieciowe 2 szt.,  | Tak |  |
| **IV.** | **Taboret zwykły 1 szt.** |  |  |
| 1. | Posiada chromowaną konstrukcję | Tak |  |
| 2. | Wyposażoną w wygodny chromowany podnóżek |  |  |
| 3. | Posiada siłownik gazowy umożlwiający regulację wysokości siedziska | Tak |  |
| 4. | Taboret oparty na stopkach lub kółkach | Tak |  |
| 5. | Siedzisko obite jest materiałem skóropodobnym lub winylowym o wysokich parametrach wytrzymałościowych | Tak |  |
| 6. | Możliwość wyboru koloru tapicerki | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Aparat do magnetoterapii**  | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 2. | **Leżanka**  | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 3. | **Aplikator pola magnetycznego** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 4. | **Taboret zwykły**  | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych ..............................................

 *(pieczęć i podpis użytkownika)*

**Zadanie nr 14 – Zestaw 5: Aparat impulsowego pola magnetycznego niskiej częstotliwości + 1 leżanka 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
| **I.** | **Aparat impulsowego pola magnetycznego niskiej częstotliwości** |  |  |
| 1. | Sterowanie manualne z klawiatury lub pilotem podczerwieni | Tak |  |
| 2. | Ustawianie parametrów poprzez wybór 3 programów terapeutycznych, 3 sposobów aplikacji, 13 stopni intensywności  | Tak |  |
| 3. | Zasilanie 230V/115V ±10%; 50 Hz/60Hz | Tak |  |
| 4. | Maksymalny pobór mocy w trybie „stand-by” <5 VA | Tak |  |
| 5. | Maksymalny pobór mocy <26 VA | Tak |  |
| 6. | Tryb pracy ciągły | Tak |  |
| 7. | Dopuszczalna temperatura od +10 do +40°C | Tak |  |
| 8. | Dopuszczalna wilgotność pracy max 80% | Tak |  |
| 9. | Rodzaj ochrony IP 40 (nie zabezpieczony przed wodą) | Tak |  |
| 10. | Wymiary sterownika 32 cm x 27 cm x 17,5 cm (+/- 5%) | Tak |  |
| 11. | Masa sterownika 3,4 kg (+/- 5%) | Tak |  |
| 12. | W zestawie aplikator stacjonarny (mata + leżanka + pierścień) o parametrach: Wymiary leżanki: 196 cm x 67 cm x 59 cm Wymiary pierścienia FI85* średnica zewnętrzna: 92 cm
* średnica wewnętrzna: 79 cm głębokość: 48 cm (+/- 5%)
* wysokość: 103 cm (+/- 5%)

Wymiary rzeczywiste aplikatorów mogą się różnić +/- 2 cm od wartości podanych przy opisie aplikatoraIndukcja pola magnetycznego maty* średnia – 1,05 μT – 25,2 μT
* szczytowa – 11,5 μT – 276 μT

Częstotliwość pola magnetycznego maty: 0,08 – 195 HzIndukcja pola magnetycznego pierścienia* średnia – 0,31 µT – 7,48 µT
* szczytowa – 3,50 µT – 84 µT

Częstotliwość pola magnetycznego pierścienia: 0,08 – 195 Hz | Tak |  |
| 14. | W zestawie aplikator przenośny o parametrach:Przeznaczony do zabiegów miejscowych na kończyny.Tapicerskie pokrycie do dezynfekcji chemicznejMożliwość łączenia z innym aplikatorem do magnetostymulacji, zabieg wykonywany aplikatorem pierścieniowym może był łączony z zabiegiem aplikatorem typu mata.Wymiary:* średnica zewnętrzna: 37 cm
* średnica wewnętrzna: 25 cm
* głębokość: 20 cm
* wymiary rzeczywiste mogą się różnić +/- 2 cm od wartości podanych przy opisie aplikatora

Indukcja pola magnetycznego (średnia): 1,78 µT – 42,7 µTIndukcja pola magnetycznego (szczytowa): 20 µT – 480 µTCzęstotliwość pola magnetycznego: 0,08 – 195 | Tak |  |
| 15. | W zestawie aplikator punktowy o parametrach:Wymiary:* średnica zewnętrzna – 1,6 cm (+/- 5%)
* długość – 17 cm (+/- 5%)

Powierzchnia aplikacji: ok (+/- 5%) 1 cm 2Indukcja pola magnetycznego w impulsie: 560 μT – 13,4 mT* indukcja na powierzchni wierzchołka aplikatora:wartość szczytowa – 1120 x I [uT]
* wartość średnia – 100 x I [uT]

Częstotliwość pola magnetycznego: 0,08 – 195 Hz | Tak |  |
| 16. | W zestawie aplikator świetlny o parametrach:Długość fali promieniowania czerwonego: 630 nm ± 5nmDługość fali promieniowania podczerwonego: 855nm ± 5nmMoc maksymalna promieniowania czerwonego w impulsie: 105 mWMoc maksymalna promieniowania podczerwonego w impulsie: 720 mWPowierzchnia aplikacji: ok. 20 cm2 (koło o średnicy ok. 5 cm)Indukcja pola magnetycznego (szczytowa): 50 μT – 1200 μTCzęstotliwość pola magnetycznego: 0,08 – 195 HzSygnalizacja pracy aplikatora: migająca dioda żółta | Tak |  |
| 17. | Na wyposażeniu także:* Adapter (rozdzielacz)
* Pilot zdalnego sterowania
* Wskaźnik pola magnetycznego
* Statyw do zestawu
 | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Aparat impulsowego pola magnetycznego niskiej częstotliwości** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

*(pieczęć i podpis użytkownika)*

**Zadanie nr 15 – Zestaw 6: Wirówka do kończyn górnych 1 szt. + 1 krzesło obrotowe bez kółek 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
| **I.** | **Wirówka kończyn górnych**  |  |  |
| 1. | Urządzenie do masażu kończyn górnych  | Tak |  |
| 2. | Akrylowa niecka wzmocniona matami z włókna szklanego | Tak |  |
| 3. | Min. 44 dysze do hydromasażu  | Tak |  |
| 4. | Pojemność zabiegowa: 40 litrów, pojemność do przelewu: 48 litrów  | Tak |  |
| 5. | Pompa zabezpieczona przed pracą na sucho | Tak |  |
| 6. | Sterowany elektronicznie system odkamieniania | Tak |  |
| 7. | Czujnik temperatury wody | Tak |  |
| 8. | Prysznic ciepły | Tak |  |
| 9. | Hydromasaż za pomocą strumienia wody o uregulowanej sile (przez napowietrzenie - bierny masaż perełkowy) | Tak |  |
| 10. | Na wyposażeniu krzesło obrotowe bez kółek | Tak |  |
| 11. | Pobór mocy: 0,9kW | Tak |  |
| 12. | Waga: 50 kg (+/- 5%) | Tak |  |
| 13. | Wymiary: 90x95x92 cm (+/- 5%) | Tak |  |
| 14. | Zasilanie: 230V/50Hz | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Wirówka kończyn górnych** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

*(pieczęć i podpis użytkownika)*

**Zadanie nr 16 – Zestaw 7: Wirówka do kończyn dolnych 1 szt. + 1 krzesło obrotowe bez kółek 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
| **I.** | **Wirówka do stóp i podudzi** |  |  |
| 1. | Urządzenie do masażu wirowego stóp i podudzi  | Tak |  |
| 2. | Akrylowa niecka wzmocniona matami z włókna szklanego | Tak |  |
| 3. | 38 dysz do hydromasażu  | Tak |  |
| 4. | Pojemność zabiegowa / do przelewu : 40/ 62 litry | Tak |  |
| 5. | Pompa zabezpieczona przed pracą na sucho | Tak |  |
| 6. | Sterowany elektronicznie system odkamieniania | Tak |  |
| 7. | Czujnik temperatury wody | Tak |  |
| 8. | Prysznic ciepły | Tak |  |
| 9. | Hydromasaż za pomocą strumienia wody o uregulowanej sile (przez napowietrzenie - bierny masaż perełkowy) | Tak |  |
| 10. | Na wyposażeniu krzesło obrotowe bez kółek | Tak |  |
| 11. | Pobór mocy: 0,9kW | Tak |  |
| 12. | Wymiary: 98x90x62 cm (+/- 5%) | Tak |  |
| 13. | Waga: max 49 kg  | Tak |  |
| 14. | Zasilanie: 230V/50Hz | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Wirówka do stóp i podudzi** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

*(pieczęć i podpis użytkownika)*

**Zadanie nr 17– Zestaw 8: Wirówka głęboka 1 szt. + 1 schodek + 1 krzesło obrotowe bez kółek 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
| **I.** | **Wirówka do kończyn dolnych i kręgosłupa** |  |  |
| 1. | Urządzenie do masażu wirowego kończyn dolnych i kręgosłupa  | Tak |  |
| 2. | Niecka wzmocniona matami z włókna szklanego | Tak |  |
| 3. | 12 dysz kierunkowych | Tak |  |
| 4. | Możliwość pracy na dwóch poziomach: kończyny dolne/ kończyny dolne + kręgosłup | Tak |  |
| 5. | Pojemność zabiegowa: 75-145 litrów  | Tak |  |
| 6. | Pompa zabezpieczona przed pracą na sucho | Tak |  |
| 7. | Sterowany elektronicznie system odkamieniania | Tak |  |
| 8. | Czujnik temperatury wody, czujnik poziomu wody  | Tak |  |
| 9. | Prysznic ciepły | Tak |  |
| 10. | Regulacja intensywności masażu poprzez napowietrzanie dysz niezależnie dla stref | Tak |  |
| 11. | System automatycznego napełniania  | Tak |  |
| 12. | Półautomatyczny system opróżniania  | Tak |  |
| 13. | Regulowane stopki umożliwiające wypoziomowanie wanny | Tak |  |
| 14. | Na wyposażeniu schodek ułatwiający wchodzenie  | Tak |  |
| 15. | Na wyposażeniu krzesło obrotowe bez kółek | Tak |  |
| 16. | Pobór mocy: 0,9kW | Tak |  |
| 17. | Wymiary: 98x90x62 cm (+/- 5%) |  |  |
| 18. | Waga: max 49 kg  | Tak |  |
| 19. | Zasilanie: 230V/50Hz | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Wirówka do kończyn dolnych i kręgosłupa** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

*(pieczęć i podpis użytkownika)*

**Zadanie nr 18 – Zestaw 9: Promiennik podczerwieni 2 szt. + 2 leżanki + 2 szt. okularów ochronnych**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
| **I.** | **Promiennik podczerwieni** |  |  |
| 1. | Nowoczesna lampa do naświetlań światłem podczerwonym | Tak |  |
| 2. | Lampa wyposażona w elektroniczny sterownik czasowy z regulacją jasności | Tak |  |
| 3. | Posiada wyświetlacz czas/jasność | Tak |  |
| 4. | Posiada możliwość programowanie sekwencji czas/jasność | Tak |  |
| 5. | Powiada zegar zabiegowy | Tak |  |
| 6. | Stabilna konstrukcja mechaniczna  | Tak |  |
| 7. | Posiada wymuszone chłodzenie tubusa | Tak |  |
| 8. | Tubus posiada siatkę zabezpieczającą przez skutkami pęknięcia promiennika i filtra | Tak |  |
| 9. | Możliwość wypięcia lampy i ustawienia jej na statywie stołowym dołączonym do zestawu | Tak |  |
| 10. | Zegar zabiegowy z regulacją w zakresie 1-30min | Tak |  |
| 11. | Jasność regulowana krokowo o 10% w zakresie 10-100% | Tak |  |
| 12. | Maksymalna moc żarówki 375W | Tak |  |
| 13. | Maksymalny pobór mocy 450W | Tak |  |
| 14. | Wysokość urządzenia na statywie w zakresie 1,2 m do 1,9 m | Tak |  |
| 15. | Masa urządzenia: max 13,7kg (z żarówką i filtrem) | Tak |  |
| 16. | Wyposażenie: przewód sieciowy, promiennik 375W, filtr czerwony, filtr niebieski, okulary ochronne dla pacjenta + okulary ochronne dla terapeuty, zapasowe bezpieczniki , instrukcja użytkowania, statyw stołowy | Tak |  |
| **II.** | **Leżanka** |  |  |
| 1. | Posiada lekką drewnianą konstrukcję i wygodny materac | Tak |  |
| 2. | Blat obity jest materiałem skóropodobnym lub winylowym o wysokich parametrach wytrzymałościowych | Tak |  |
| 3. | Posiada otwór na twarz | Tak  |  |
| 4. | Wymiary: 200 cm x 70cm x 65 cm (+/- 5%) | Tak |  |
| 5. | Regulacja kąta nachylenia zagłówka: od 0 ° do + 35 °  | Tak |  |
| 6. | Dopuszczalne obciążenie: 200 kg  | Tak |  |
| 7. | Waga: max 34 kg (+/- 5%) | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Promiennik podczerwieni** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 2. | **Leżanka**  | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

*(pieczęć i podpis użytkownika)*

**Zadanie nr 19 – Zestaw 10: Aparat do masażu wibracyjnego 1 szt. + leżanka 1 szt. + krzesło 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
| **I.** | **Urządzenie do masażu wibracyjnego** |  |  |
| 1. | Urządzenie do masażu membranowego z obiegiem zamkniętym | Tak |  |
| 2. | Wyposażenie aparatu do masażu: 2 węże, głowica wibracyjna, tuleja z rozdzielaczem, uszczelniacze (6 sztuk on różnych średnicach) do zakładania na krany, metalowy króciec, gumowa rurka odprowadzająca wodę, sitko mogące służyć jako prysznic, 10 różnych membran do zabiegów leczniczych | Tak |  |
| 3. | Waga aparatu do masażu: max.0,4 kg | Tak |  |
| 4. | Długość węży w aparacie do masażu: min. 1,5 m | Tak |  |
| 5. | Stanowisko do zasilania wodą w obiegu zamkniętym przeznaczone do współpracy z uniwersalnym aparatem do masażu wibracyjnego  | Tak |  |
| 6. | Pojemność robocza zbiornika: 7-10 l | Tak |  |
| 7. | Pobór mocy: max. 0,6kW | Tak |  |
| 8. | Wymiary szafki w cm : 63x50x87 (+/- 5%) (dł. x szer. x wys.) | Tak |  |
| 9. | Waga szafki: max 40kg | Tak |  |
| 10. | Zasilanie: 230V/50Hz | Tak |  |
| **II.** | **Leżanka** |  |  |
| 1. | Posiada lekką drewnianą konstrukcję i wygodny materac | Tak |  |
| 2. | Blat obity jest materiałem skóropodobnym lub winylowym o wysokich parametrach wytrzymałościowych | Tak |  |
| 3. | Posiada otwór na twarz | Tak |  |
| 4. | Wymiary: 200 cm x 70cm x 65 cm (+/- 5%) | Tak |  |
| 5. | Regulacja kąta nachylenia zagłówka: od 0 ° do + 35 °  | Tak |  |
| 6. | Dopuszczalne obciążenie: min. 200 kg | Tak |  |
| 7. | Waga: max 34 kg | Tak |  |
| **III.** | **Krzesło** |  |  |
| 1. | Krzesło łatwo zmywalne plastikowe z oparciem na stopkach. | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Urządzenie do masażu wibracyjnego** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 2. | **Leżanka** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 3. | **Krzesło** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

*(pieczęć i podpis użytkownika)*

**Zadanie nr 20 – Zestaw 11: Aparat do drenażu limfatycznego 1szt. + leżanka 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
| **I.** | **Zestaw do terapii uciskowej – szt. 1** |  |  |
| 1. | Zestaw do terapii uciskowej z mankietami  | Tak |  |
| 2. | Zakres regulacji ciśnienia 20 – 200 mmHg | Tak |  |
| 3. | 8 różnych trybów pracy | Tak |  |
| 4. | 10 poziomów ciśnienia | Tak |  |
| 5. | Możliwość ustawienia indywidualnego ciśnienia w każdej komorze | Tak |  |
| 6. | Regulacja czasu ciśnienia w komorach 0-6s, czas przerwy 0-19s | Tak |  |
| 7. | Zegar zabiegowy 1 -90 min. | Tak |  |
| 8. | Awaryjne odsysanie powietrza ze wszystkich komór jednocześnie | Tak |  |
| 9. | Możliwość obsługiwania 12 komór | Tak |  |
| 10. | Dwunastokomorowy mankiet na kończynę dolną - 2 szt. | Tak |  |
| 11. | Dwunastokomorowy mankiet na kończynę górną – 1 szt. | Tak |  |
| 12. | Poszerzacze do mankietów – 3 szt. | Tak |  |
|  | Duży ciekłokrystaliczny wyświetlacz  | Tak |  |
|  | Czytelny panel sterowania | Tak |  |
|  | Zachodzące na siebie komory w mankietach | Tak |  |
|  | Dane techniczne:Wymiary (dł. x szer. x wys.): 400 x 350 x 220 mm (+/- 5%)Waga: max 15 kg | Tak |  |
| **II.** | **Leżanka** | Tak |  |
| 1. | Posiada lekką drewnianą konstrukcję i wygodny materac | Tak |  |
| 2. | Blat obity jest materiałem skóropodobnym lub winylowym o wysokich parametrach wytrzymałościowych | Tak |  |
| 3. | Posiada otwór na twarz | Tak |  |
| 4. | Wymiary: 200cm x 70cm x 65cm (+/- 5%) | Tak |  |
| 5. | Regulacja kąta nachylenia zagłówka: od 0 ° do + 35 ° | Tak |  |
| 6. | Dopuszczalne obciążenie: min. 200 kg |  |  |
| 7. | Waga: max 34 kg | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Aparat do drenażu limfatycznego** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 2. | **Leżanka** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

*(pieczęć i podpis użytkownika)*

**Zadanie nr 21 – Zestaw 12: Przyrządy do nauki chodzenia: poręcze, schody z poręczą, pochylnie**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
| **I.** | **Przyrząd do nauki chodzenia**  |  |  |
| 1. | Schody do nauki chodzenia z pochylnią służące do ćwiczenia i rehabilitacji osób, które utraciły zdolność chodzenia | Tak |  |
| 2. | Możliwości regulacji wysokości oraz rozstawu poręczy pozwala na ćwiczenie dzieci i dorosłych | Tak |  |
| 3. | Konstrukcja schodów wykonana ze stalowych profili malowanych proszkowo | Tak |  |
| 4. | Stopnie schodów oraz pochylnia pokryte gumową wykładziną antypoślizgową | Tak |  |
| 5. | Długość min. 330cm | Tak |  |
| 6. | Szerokość podestu: 75cm | Tak |  |
| 7. | Maksymalna szerokość całkowita: 130 cm | Tak |  |
| 8. | Poręcze regulowane na wysokość w zakresie od 60 cm do 100 cm | Tak |  |
| 9. | Poręcze regulowane na szerokość w zakresie od 34 cm do 70 cm | Tak |  |
| 10. | Nachylenie pochylni: 12° | Tak |  |
| 11. | Wejście: 4 stopnie o wysokości 10 cm, głębokości 30 cm, szerokości 75 cm | Tak |  |
| 12. | Zejście: pochylnia o długości 180 cm i szerokości 75 cm (+/- 5%) | Tak |  |
| 13. | Zestaw zawiera: poręcze, schodu z poręczą, pochylnie | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Schody do nauki chodzenia z pochylnią** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

*(pieczęć i podpis użytkownika)*

**Zadanie nr 22 – Bieżnia 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
| **I.** | **Bieżnia elektryczna**  |  |  |
| 1. | Silnik o mocy 3.5 KM | Tak |  |
| 2. | System amortyzacji bieżni  | Tak |  |
| 3. | Regulacja kąta nachylenia bieżni do 15% | Tak |  |
| 4. | Dwa wyświetlacze LCD z niebieskim podświetleniem (kontrast STN) | Tak |  |
| 5. | Przyciski funkcyjne na poręczach umożliwiające szybką i wygodną zmianę prędkości i nachylenia bieżni w trakcie treningu | Tak |  |
| 6. | Wbudowane w poręcze czujniki pomiaru tętna | Tak |  |
| 7. | Pas telemetryczny do bezprzewodowego pomiaru pulsu w zestawie | Tak |  |
| 8. | Port USB 2.0 z możliwością ładowania urządzeń, wejście MP3, klucz bezpieczeństw, bluetooth | Tak |  |
| 9. | Wbudowany wentylator o 3 poziomach regulacji natężenia nawiewu | Tak |  |
| 10. | 26 programów treningowych | Tak |  |
| 11. | 4 profile użytkowników | Tak |  |
| 12. | Dostępne funkcje: prędkość, czas, dystans, kalorie, puls, nachylenie bieżni | Tak |  |
| 13. | Powierzchnia pasa bieżni: 152,4 x 50,8 cm (+/- 5%) (dł. x szer.) | Tak |  |
| 14. | Prędkość bieżni od 0 do 19,3 km/h | Tak |  |
| 15. | Deck 25mm | Tak |  |
| 16. | 3 warstwowy pas o grubości 2,5 mm | Tak |  |
| 17. | Konsola z miejscem na tablet | Tak |  |
| 18. | łatwe i bezpieczne rozkładanie i składanie bieżni jednym kliknięciem | Tak |  |
| 19. | Waga bieżni 115 kg (+/- 5%) | Tak |  |
| 20. | Max waga użytkownika 160 kg | Tak |  |
| 21. | Wymiary rozłożonej bieżni: 198,6 x 96 x 146 cm (dł. x szer. x wys.) (+/- 5%) | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Bieżnia elektryczna** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

*(pieczęć i podpis użytkownika)*

**Zadanie nr 23 – Stół do pionizacji 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
| **I.** | **Stół do pionizacji**  |  |  |
| 1. | Jednoczęściowy stół do pionizacji z elektryczną regulacją wysokości oraz kąta nachylenia leżyska. | Tak |  |
| 2. | Blat jednoczęściowy. | Tak |  |
| 3. | Uchwyty na pasy do stabilizacji po obu stronach leża. | Tak |  |
| 4. | Możliwość wyboru koloru tapicerki. | Tak |  |
| 5. | Biały kolor stelaża. | Tak |  |
| 6. | System jezdny z 4 skrętnymi kółkami z hamulcem | Tak |  |
| 7. | 4 regulowane stopki. | Tak |  |
| 8. | Pilot ręczny do elektrycznej regulacji wysokości oraz kąta nachylenia leża. | Tak |  |
| 9. | 3 pasy do stabilizacji | Tak |  |
| 10. | Regulacja kąta nachylenia leża: od 0 ° do +88 ° | Tak |  |
| 11. | Waga: od 90 do 116 kg | Tak |  |
| 12. | Wymiary: (tolerancja wymiarów wynosi +/- 2 cm)Długość: od 195 cm do 206 cmSzerokość: od 70 do 72cmWysokość: regulowana w zakresie 75 cm do 90 cm | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Stół do pionizacji** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

*(pieczęć i podpis użytkownika)*

**Zadanie nr 24 – Parapodium dynamiczne 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
| I. | **Parapodium dynamiczne**  |  |  |
| 1. | Lekki, mobilny pionizator dynamiczny dla osób rozpoczynających proces nauki chodu | Tak |  |
| 2. | Uchylne siedzisko | Tak |  |
| 3. | Stelaż z kołami jezdnymi wyposażonymi w hamulce w tym 2 z hamulcami oporowymi | Tak |  |
| 4. | Zamykany pochwyt | Tak |  |
| 5. | Pas piersiowy | Tak |  |
| 6. | Podpórki pod pachy niskie | Tak |  |
| 7. | Podpórki pod pachy wysokie | Tak |  |
| 8. | Podpórki pod przedramiona | Tak |  |
| 9. | Uprząż stabilizująca miednicę mocowana do obejmy biodrowej urządzenia | Tak |  |
| 10. | ParametrySzerokość pochwytu 46cm +/- 1 cmWysokość podpaszek przy pionowym ustawieniu pelot od 123 do 159 cm (+/- 1 cm)Wysokość pochwytu od 91 do 122cm (+/- 1 cm)Wysokość siedziska 56cm (+/- 1 cm)Max. waga użytkownika 95 kg  | Tak |  |
| 11. | Wymiar urządzeniaSzerokość 78cm +/- 1 cmDługość 78cm +/- 1 cmWysokość 125cm +/- 1 cmWaga 17,5 kg | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Parapodium dynamiczne** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

*(pieczęć i podpis użytkownika)*

**Zadanie nr 25 – Rower 2 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
| **I.** | **Poziomy rower treningowy**  |  |  |
| 1. | Stacjonarny poziomy rower treningowy | Tak |  |
| 2. | Wytrzymała i stabilna konstrukcja o nośności 140 kg  | Tak |  |
| 3. | Duży czytelny wyświetlacz LCD pokazujący: czas, prędkość, dystans, spalone kalorie, puls, wydajność i ilość obrotów na minutę | Tak |  |
| 4. | 12 gotowych programów, 4 programy użytkownika, 4 programy HRC działające na podstawie tętna użytkownika, 3 programy z ustawieniem pożądanego celu, program WATT (wydajność w watach) i program manualny | Tak |  |
| 5. | 1 x port USB, 2 x wejście audio umożliwiające podłączenie słuchawek lub głośników | Tak |  |
| 6. | Regulowany fotel  | Tak |  |
| 7. | Uchwyt z wbudowanym pulsometrem i przyciskami kontrolnymi | Tak |  |
| 8. | Uchwyt na tablet i butelkę | Tak |  |
| 9. | Przyciski pozwalające na łatwe przerwanie i wznowienie pracy urządzenia | Tak |  |
| 10. | Konstrukcja wyposażona w kółka transportowe oraz system wyrównywania powierzchni | Tak |  |
| 11. | Wbudowany generator prądu wytwarzanego podczas ćwiczeń |  |  |
| 12. | Waga koła zamachowego 8,1 kg (+/- 5%) | Tak |  |
| 13. | Magnetyczny system hamulcowy | Tak |  |
| 14. | Posiada bieg jałowy | Tak |  |
| 15. | Całkowita ilość programów 26 | Tak |  |
| 16. | 16 trybów pracy | Tak |  |
| 17 | Waga: 68 kg (+/- 5%) | Tak |  |
| 18. | Brak limitu dla wzrostu użytkownika | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Poziomy rower treningowy** | 2 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

 *(pieczęć i podpis użytkownika)*

**Zadanie nr 26 – Rotor elektryczny dla kończyn górnych i dolnych 2 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
| **I.** | **Rotor elektryczny dla kończyn górnych i dolnych** |  |  |
| 1. | Tryb aktywny, pasywny i wspomagany kończyn dolnych oraz górnych  | Tak |  |
| 2. | System ciągłej kontroli, pasy stabilizujące i wsparcie podudzi  | Tak |  |
| 3. | System ciągłej kontroli nadzorujący opór urządzenia, przy jednoczesnym monitorowaniu siły użytkownika w trybie aktywnym. | Tak |  |
| 4. | Kontrola spastyczności  | Tak |  |
| 5. | Zdalne sterowanie i archiwizacja za pomocą tabletu oraz dedykowanej przez producenta aplikacji | Tak |  |
| 6. | Regulacja pozycji pedałów oraz wysokości uchwytów  | Tak |  |
| 7. | Regulacja wysokości uchwytów kończyn górnych 78 - 92 cm | Tak |  |
| 8. | Możliwość zaprogramowania ruchu do przodu i/lub do tyłu podczas jednej sesji terapeutycznej  | Tak |  |
| 9. | Zakres oporu: 1 - 120 Watt  | Tak |  |
| 10. | Programowalny czas: 1 - 120 minut  | Tak |  |
| 11. | Zakres prędkości 10 - 90 RPM | Tak |  |
| 12. | Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej minimum 10 cali | Tak |  |
| 13. | Interfejs w języku polskim  | Tak |  |
| 14. | Waga urządzenia – max 47 kg | Tak |  |
| 15. | Gwarancja: 12 miesięcy  | Tak |  |
| 16. | Deklaracja zgodności dla wyrobów medycznych  | Tak |  |
| 17. | Instrukcja w języku polskim  | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Rotor elektryczny dla kończyn górnych i dolnych** | 2 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

*(pieczęć i podpis użytkownika)*

**Zadanie nr 27 – Przyrządy do ćwiczeń stawu skokowego – krzyżak, walec z sandałami 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
| **I.** | **Rotor do ćwiczeń stawu skokowego** |  |  |
| 1. | Możliwość blokady obrotu w osi podłużnej i poprzecznej pod kątem 0 stopni, -25 stopni, 25 stopni. | Tak |  |
| 2. | 6 obciążników x 0,5 kg | Tak |  |
| 3. | Wykonany jest ze stali malowanej proszkowo | Tak |  |
| 4. | Ramię z uchwytami  | Tak |  |
| 5. | Wymiary: 75,5 cm x 44,5 cm x 129 cm ( dł. x szer. x wys.) (+/- 5%) | Tak |  |
| 6. | Waga urządzenia 14 kg (+/- 5%) | Tak |  |
| **II.** | **Walec z sandałami** |  |  |
| 1. | Walec służący do ćwiczeń równoważnych w jednej płaszczyźnie | Tak |  |
| 2. | Zalecane jest ćwiczenie przy poręczy lub drabince | Tak |  |
| 3. | Wyposażony w dwa sandały z rzepami | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Rotor do ćwiczeń stawu skokowego** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 1. | **Walec z sandałami** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

*(pieczęć i podpis użytkownika)*

**Zadanie nr 28 – Lustro korekcyjne 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
| I. | Nazwa urządzenia: Lustro korekcyjne |  |  |
| 1. | Lustro korekcyjne jedno skrzydłowe z siatką posturograficzną | Tak |  |
| 2. | Konstrukcja lustra wykonana z drewna | Tak |  |
| 3. | Kółka jezdne z hamulcami | Tak |  |
| 4. | Wymiary: 77cm x 180cm (szer. x wys.) (+/- 5%) | Tak |  |
| 5. | Wysokość skrzydła 166,5cm (+/- 5%) | Tak |  |
| 6. | Wymiary siatki posturograficznej: 15 x 19,5 cm | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Lustro korekcyjne** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

*(pieczęć i podpis użytkownika)*

**Zadanie nr 29 – Zestaw 14 Drabinki rehabilitacyjne 2 szt. + materac 2 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
| **I.** | **Drabinki rehabilitacyjne**  |  |  |
| 1. | Wykonana z drewna bukowego | Tak |  |
| 2. | Owalny kształt szczebli | Tak |  |
| 3. | Zgodna z normą PE-EN 12346 | Tak |  |
| 4. | Zestaw montażowy w cenie | Tak |  |
| 5. | Wymiary: 225 cm x 78 cm x 10 m ( wys. x szer. x grub.) (+/- 5%) | Tak |  |
| **II.** | **Materac trzyczęściowy składany** |  |  |
| 1. | Wykonany z twardej pianki poliuretanowej | Tak |  |
| 2. | Pokryty wytrzymałym, łatwo zmywalnym materiałem skóropodobnym | Tak |  |
| 3. | Materac składany trzyczęściowy | Tak |  |
| 4. | Możliwość wyboru koloru tapicerki | Tak |  |
| 5. | Wymiary: 5 cm x 85 m x 195 cm ( wys. x szer. x dł.) (+/- 5%) |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Drabinki rehabilitacyjne** | 2 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 2. | **Materac trzyczęściowy składany** | 2 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

*(pieczęć i podpis użytkownika)*

**Zadanie nr 30 – Zestaw 15: Kształtki, trenery dłoni, ławka gimnastyczna 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
| I. | **Klin rehabilitacyjny** |  |  |
| 1. | Wymiary: szerokość 40 cm, długość 30 cm, wysokość 14-16 cm (+/- 5%) | Tak |  |
| 2. | Obicie wysokiej jakości materiał skóropodobny, materiał łatwy do czyszczenia oraz dezynfekcji | Tak |  |
| 3. | Wypełnienie pianka poliuretanowa | Tak |  |
| 4. | Kolorystyka dowolna  | Tak |  |
| **II.** | **Wałek rehabilitacyjny duży 2 szt.**  |  |  |
| 1. | Wymiary: długość 60 cm, średnica 18 cm (+/- 5%) | Tak |  |
| 2. | Obicie wysokiej jakości materiał skóropodobny, materiał łatwy do czyszczenia oraz dezynfekcji | Tak |  |
| 3. | Wypełnienie pianka poliuretanowa | Tak |  |
| 4. | Kolorystyka dowolna | Tak |  |
| **III.** | **Wałek rehabilitacyjny mały 2 szt.** |  |  |
| 13. | Wymiary: długość 30 cm, średnica 10 cm (+/- 5%) | Tak |  |
| 14. | Obicie wysokiej jakości materiał skóropodobny, materiał łatwy do czyszczenia oraz dezynfekcji | Tak |  |
| 15. | Wypełnienie pianka poliuretanowa | Tak |  |
| 16. | Kolorystyka dowolna | Tak |  |
| **IV.** | **Roller 1 szt.** |  |  |
| 1. | Wałek do masażu i ćwiczeń rehabilitacyjnych | Tak |  |
| 2. | Wymiary: długość 40-50 cm, średnica 13-16 cm (+/- 5%) | Tak |  |
| 3. | Tworzywo sztuczne odporne na odkształcanie | Tak |  |
| 4. | Materiał łatwy do czyszczenia oraz dezynfekcji | Tak |  |
| 5. | Powierzchnia antypoślizgowa z małymi wypustkami | Tak |  |
| **V.** | **Półwałek rehabilitacyjny 1 szt.** |  |  |
| 1. | Wymiary: szerokość: 30 cm, długość 60 cm, wysokość 15 cm (+/- 5%) | Tak |  |
| 19. | Obicie wysokiej jakości materiał skóropodobny, materiał łatwy do czyszczenia oraz dezynfekcji | Tak |  |
| 20 | Wypełnienie pianka poliuretanowa | Tak |  |
| 15. | Kolorystyka dowolna | Tak |  |
| **VI.** | **Kostka rehabilitacyjna 2 szt.** |  |  |
| 18. | Wymiary: szerokość:25 cm, długość 25 cm, wysokość 15 cm (+/- 5%) | Tak |  |
| 19. | Obicie wysokiej jakości materiał skóropodobny, materiał łatwy do czyszczenia oraz dezynfekcji | Tak |  |
| 20 | Wypełnienie pianka poliuretanowa | Tak |  |
| 15. | Kolorystyka dowolna | Tak |  |
| **VII.** | **Przyrząd do treningu dłoni 1 szt.** |  |  |
| 17 | Do treningu zginaczy dłoni poprzez ściskanie | Tak |  |
| 18. | Materiał tworzywo sztuczne | Tak |  |
| 19. | Posiada dwa uchwyty pokryte antypoślizgowym tworzywem | Tak |  |
| 20 | Opór sprężynowy z płynną regulacją w zakresie: 5-20 kg | Tak |  |
| 15. | Kolorystyka dowolna | Tak |  |
| **VIII.** | **Przyrząd do treningu dłoni 1 szt.**  |  |  |
| 1. | do treningu zginania i prostowania palców z oporem  | Tak |  |
| 2. | forma: piłeczka z taśmami zakładanymi na palce | Tak |  |
| 3. | materiały: poliuretanowa piłka, gumowe taśmy, | Tak |  |
| 4. | stopień oporu średni | Tak |  |
| 5. | kolorystyka dowolna | Tak |  |
| **IX.** | **Ławka Gimnastyczna** |  |  |
| 15. | Drewniana | Tak |  |
| 16. | Długość 2 m  | Tak |  |
| 17 | Podpory środkowe i nogi wykonane z kształtowników metalowych | Tak |  |
| 18. | Nogi ławki wyposażone w antypoślizgowe stopki | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Klin rehabilitacyjny** | 2 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 2. | **Wałek rehabilitacyjny duży** | 2 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 3. | **Wałek rehabilitacyjny mały** | 2 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 4. | **Roller** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 5. | **Półwałek rehabilitacyjny** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 6. | **Kostka rehabilitacyjna** | 2 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 7. | **Przyrząd do treningu dłoni** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 8. | **Przyrząd do treningu dłoni** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 9. | **Ławka gimnastyczna** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. **Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

*(pieczęć i podpis użytkownika)*

**Zadanie nr 31 – Stół do indywidualnej terapii 2 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
| **I.** | **Stół do indywidualnej terapii** |  |  |
| 1. | Stół rehabilitacyjny 2-sekcyjny | Tak |  |
| 2. | Podgłówek regulowany sprężyną gazową w zakresie od -60° do +45° | Tak |  |
| 3. | Elektrycznie regulowana wysokość w zakresie od 60 cm do 88 cm | Tak |  |
| 4. | Wysokość regulowana za pomocą pilota | Tak |  |
| 5. | Leże posiada uchwyty na pasy po obu stronach  | Tak |  |
| 6. | Możliwy wybór koloru tapicerki | Tak |  |
| 7. | Stelaż w kolorze białym | Tak |  |
| 8. | Konstrukcja oparta na regulowanych stopkach | Tak |  |
| 9. | Wymiary 200 cm x 69 cm (w najszerszym punkcie) | Tak |  |
| 10. | Waga 58kg (+/- 5%) | Tak |  |
| 11. | Dopuszczalne obciążenie 150kg | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Stół do indywidualnej terapii** | 2 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

*(pieczęć i podpis użytkownika)*

**Zadanie nr 32 – Krzesło do masażu 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
| **I.** | **Nazwa urządzenia: Krzesło do masażu**  |  |  |
| 1. | Krzesło umożliwiające wykonywania masażu pleców, barków oraz szyi | Tak |  |
| 2. | Skokowo regulowana wysokość siedziska | Tak |  |
| 3. | Regulowany kąt nachylenie podgłówka | Tak |  |
| 4. | Regulowana półka pod ramiona | Tak |  |
| 5. | Konstrukcja stelaża wykonana z aluminium w dwóch kolorach do wyboru | Tak |  |
| 6. | Obicie wykonane z materiału skóropodobnego lub winylowego o wysokich parametrach wytrzymałościowych, dostępnym w szerokiej gamie kolorystycznej | Tak |  |
| 7. | WymiarySzerokość: 55 cm (+/- 5%)Wysokość: od 110 cm do 120 cm (+/- 5%)Głębokość: od 65 cm do 75 cm (+/- 5%) | Tak |  |
| 8. | Dopuszczalne obciążenie 150 kg | Tak |  |
| 9. | Waga 10 kg (+/- 5%) | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Krzesło do masażu** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

*(pieczęć i podpis użytkownika)*

**Zadanie nr 33 – Aparat ultrasonograficzny 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  **Lp.** | **Opis parametru wymaganego/ granicznego** | **Wartość wymagana/graniczna** | **Wartość oferowana** | **Punktacja** |
|  | **I Parametry ogólne** |
|  | Model / typ aparatu | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Nazwa producenta / kraj pochodzenia | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Aparat fabrycznie nowy, rok produkcji 2019 | TAK |  | Bez punktacji  |
|  | System o zwartej jednomodułowej konstrukcji wyposażony w cztery skrętne koła z możliwością blokowania na stałe i do jazdy na wprost dwóch z nich oraz wadze maksymalnie 90 kg | TAK |  | Bez punktacji  |
|  | **II Konstrukcja i konfiguracja** |
|  | Liczba procesowych kanałów odbiorczych min. 4 000 000 | TAK |  | Od 4 000 000 do 4 500 000 – 0 pkt > 4 500 000 kanałów - 5 pkt. |
|  | Monitor kolorowy LCD, przekątna ekranu min. 20” o wysokiej rozdzielczości | TAK |  | 20-21” 0 pkt.> 21” 10 pkt. |
|  | 4 aktywne, równoważne gniazda do przyłączenia głowic obrazowych | TAK |  | Bez punktacji |
|  | 1 aktywne gniazdo do przyłączenia głowicy dopplerowskiej tzw. „ślepej” | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Panel dotykowy o przekątnej min. 12”, wspomagający obsługę aparatu z możliwością regulacji jasności, przesuwania stron za pomocą dotyku jak tablet | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Funkcja zdublowania na ekranie panelu dotykowego obrazu diagnostycznego celem ułatwienia dostępu do uzyskiwanego obrazu USG np. podczas procedur interwencyjnych | TAK/NIE |  | NIE – 0 pktTAK – 10 pkt  |
|  | Liczba obrazów pamięci dynamicznej (cineloop) dla CD i obrazu 2D min. 2200 klatek oraz zapis dopplera spektralnego min. 45 sekund | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Dynamika aparatu min. 260 dB | TAK |  | 260 – 270 dB 0 pkt.> 270 dB 5 pkt. |
|  | Wewnętrzny dysk twardy o pojemności min.512 GB, formaty zapisu min. DICOM, AVI, JPG | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Automatycznie dodawana przeglądarka plików DICOM przy nagrywaniu na nośniki zewnętrzne | TAK  |  | Bez punktcji  |
|  | Zakres częstotliwości pracy ultrasonografu min. od 2,0 do 12,0 MHz (całkowity zakres częstotliwości fundamentalnych [nie harmonicznych] emitowanych przez głowice obrazowe możliwe do podłączenia na dzień składania ofert) | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość płynnej regulacji położenia panelu sterowania w kierunkach – góra/dół min 20 cm, obrót w lewo/prawo | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Videoprinter czarno-biały małego formatu | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **III Obrazowanie i prezentacja obrazu** |
|  | Regulacja głębokości penetracji w zakresie min. od 1 cm do 40 cm | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Regulacja wzmocnienia głębokościowego (TGC) min. 8 regulatorów oraz wzmocnienia poprzecznego (LGC) wiązki ultradźwiękowej min 4 | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Obrazowanie harmoniczne | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Obrazowanie harmoniczne z odwróceniem impulsu (inwersją fazy) | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Częstotliwość odświeżania obrazu 2D min. 1400 obrazów na sek. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Doppler pulsacyjny (PWD), Color Doppler (CD), Power Doppler (PD) dostępny na wszystkich oferowanych głowicach | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Power Doppler z oznaczeniem kierunku przepływu | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Regulacja wielkości bramki Dopplerowskiej (SV) w zakresie min. 0,5 mm - 20,0 mm | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Jednoczesne wyświetlanie na ekranie dwóch obrazów w czasie rzeczywistym typu B i B/CD | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Specjalistyczne oprogramowanie do badań naczyniowych w tym TCD oraz mięśniowo-szkieletowych,  | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **IV Funkcje użytkowe** |
|  | Min. 16-stopniowe powiększenie obrazu w czasie rzeczywistym | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Min. 16-stopniowe powiększenia obrazu zamrożonego | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Automatyczna optymalizacja obrazu 2D przy pomocy jednego przycisku (m.in. automatyczne dopasowanie wzmocnienia obrazu) | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Automatyczna optymalizacja widma dopplerowskiego przy pomocy jednego przycisku (m.in. automatyczne dopasowanie linii bazowej oraz PRF) | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **P**raca w trybie wielokierunkowego emitowania i składania wiązki ultradźwiękowej z głowic w pełni elektronicznych, z min. 9 kątami emitowania wiązki tworzącymi obraz 2D. | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Automatyczny obrys spektrum i wyznaczanie parametrów przepływu na zatrzymanym spektrum oraz w czasie rzeczywistym na ruchomym spektrum | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Adaptacyjne przetwarzanie obrazu redukujące artefakty i szumy | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość zaprogramowania w aparacie nowych pomiarów oraz kalkulacji | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Pomiar odległości, min. 8 pomiarów | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Pomiar obwodu, pola powierzchni, objętości, kątów | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **V Głowice ultradźwiękowe** |  |  |  |
|  | **Głowica liniowa do badań naczyniowych, mięśniowo-szkieletowych** | TAK |  | Bez punktacji  |
|  | Szerokopasmowa o zakresie częstotliwości min. od 4,0 do 13,0 MHz (±1 MHz) | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Liczba elementów akustycznych głowicy min. 256 | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Szerokość pola widzenia głowicy max. 40 mm | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość zastosowania przystawki biopsyjnej | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **Głowica sektorowa**  | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Szerokopasmowa o zakresie częstotliwości min. od 2,0 do 4,0 MHz  | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Szerokość pola widzenia głowicy min. 90° | TAK |  | Bez punktacji |
|  | **VI Inne** |  |  |  |
|  | Raporty dla każdego rodzaju i trybu badania z możliwością dołączenia obrazów do raportów | TAK |  | Bez punktacji  |
|  | Możliwość konfiguracji raportu poprzez zmianę jego wyglądu, definiowania pomiarów oraz np. możliwość zamieszczenia graficznego loga w nagłówku szpitala | TAK |  | Bez punktacji  |
|  | Możliwość rozbudowy o protokół komunikacji DICOM 3,0 do przesyłania obrazów i danych, min. klasy DICOM print, store, worklist, raporty strukturalne | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Możliwość rozbudowy o funkcje zabezpieczenia hasłem dostępu do danych pacjenta przez nieuprawnione osoby | TAK |  | Bez punktacji  |
|  | Możliwość rozbudowy o głowicę kardiologiczną pediatryczną o zakresie częstotliwości min. od 2,0 do 8,0 MHz (±1,0 MHz) | TAK  |  | Bez punktacji  |
|  | Możliwość rozbudowy o opcję obrazowania panoramicznego zapewniającą podgląd sklejanego obrazu w czasie rzeczywistym. | TAK |  | Bez punktacji  |
|  | **VII Gwarancja i serwis** |  |  |  |
|  | Wsparcie serwisowe (możliwość diagnostyki) oferowanego aparatu USG poprzez łącze zdalne. | TAK/NIE |  | TAK – 5 pktNIE – 0 pkt  |
|  | Gwarancja dostępności części zamiennych przez okres min. 8 lat od momentu złożenia oferty | TAK |  | Bez punktacji |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Aparat ultrasonograficzny** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

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

*(pieczęć i podpis użytkownika)*