|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje**  **(wartości minimalne wymagane)** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Medyczny ergometr rowerowy z siedziskiem – 1 szt.**  Oferowany model: …………………………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji ………………………………………………………… | | | |
|  | Urządzenie nowe, nieużywane. Wyklucza się urządzenia demonstracyjne. Rok produkcji: 2022. | Tak, podać |  |
|  | Medyczny ergometr rowerowy z siedziskiem | Tak, podać |  |
|  | Siedzisko z regulacją horyzontalną. Blokada regulacji siedziska. Siedzisko z oparciem. | Tak, podać |  |
|  | System kart chipowych. Wyświetlacz kolorowy z informacją zwrotną – typu biofeedback | Tak, podać |  |
|  | Programy typu (minimum).:quick, watt, pulse. | Tak, podać |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie minimum 150 kg. | Dopuszczalne obciążenie >150 kg – 10 pkt.  Dopuszczalne obciążenie 150 kg- 0 pkt. |  |
|  | Zakres wydajności minimum: 15-500 Wat. | Tak, podać |  |
|  | Wymiary urządzenia [±20 cm]:  długość 159 cm,  szerokość 65 cm,  wysokość 137 cm. | Tak, podać |  |
|  | Koło zamachowe. | Tak, podać |  |
|  | System rezystancji: samozasilający się hamulec bez zewnętrznego źródła zasilania. | Tak, podać |  |
|  | Regulowane stopki do poziomowania urządzenia. | Tak, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Wymagane parametry i funkcje**  **(wartości minimalne wymagane)** | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
|  | **Wymagania techniczne – dotyczy wszystkich powyższych urządzeń** |  |  |
|  | Paszport techniczny oraz instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z urządzeniem. /dotyczy sprzętu medycznego/ | Tak, podać |  |
|  | Obsługa urządzenia i komunikaty w języku polskim/jeśli dotyczy/ | Tak, podać |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące od dnia instalacji potwierdzonej protokołem uruchomienia i przekazania urządzenia w terminie uwzględniającym godziny pracy Zamawiającego. | > 35 m-cy – 10 pkt.  24-35 m-cy – 0 pkt. |  |
|  | Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 24 godz. /dotyczy sprzętu medycznego/ | Tak, podać |  |
|  | Czas oczekiwania na skuteczne usunięcie uszkodzenia /dotyczy sprzętu medycznego/:  a. nie wymagającej importu części nie dłużej niż 2 dni robocze /dotyczy sprzętu medycznego/  b. wymagającej importu części nie dłużej niż 10 dni roboczych. /dotyczy sprzętu medycznego/ | Tak, podać |  |
|  | Wykonawca dostarczy, urządzenie oraz przeprowadzi instruktarz obsługi i konserwacji w cenie oferty. | Tak, podać |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wraz z urządzeniem uzupełnionego paszportu technicznego o dane identyfikujące urządzenie (m.in. numer seryjny, rok produkcji, model, producent). | Tak, podać |  |
|  | Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 10 lat od daty sprzedaży /dotyczy sprzętu medycznego | Tak, podać |  |
|  | Urządzenie wykonane w technologii energooszczędnej – urządzenie energooszczędne / jeśli dotyczy/ | Tak, podać |  |

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie nawet jednego z  w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w  oferowanej konfiguracji.

…………………………………..

Podpis osoby uprawnionej do

reprezentowania Wykonawcy