|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje**  **(wartości minimalne wymagane)** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Stół rehabilitacyjny z funkcją pivotu – 1 sztuka**  Oferowany model: …………………………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji ………………………………………………………… | | | |
|  | Stół nowy, nieużywany, wyklucza się stoły demonstracyjne. Rok produkcji min.2021. | TAK, podać |  |
|  | 7-sekcyjny stół do terapii manualnej . | TAK, podać |  |
|  | Regulowany zagłówek za pomocą sprężyny gazowej w zakresie min. -70º do +40º. | TAK, podać |  |
|  | Kąt pochylenia sekcji środkowej min 0/+30 º. | TAK, podać |  |
|  | Podgłówek z wycięciem na twarz plus zatyczka. | TAK, podać |  |
|  | Boczki podgłówka opuszczane. | TAK, podać |  |
|  | Opuszczane boczki w części środkowej leżyska. | TAK, podać |  |
|  | Regulowana wysokość leżyska, za pomocą siłownika elektrycznego, sterowana ramą umieszczoną w podstawie stołu, umożliwiającą regulacje wysokości z każdego miejsca stołu. | TAK, podać |  |
|  | Stół wyposażony w klucz magnetyczny zabezpieczający przez niepożądaną zmianą wysokości umiejscowiony w podstawie stołu. | TAK, podać |  |
|  | Podstawa z systemem 4 unoszonych kół kierunkowych oraz 4 stopkami z hamulcem. | TAK, podać |  |
|  | Wymiary (dł x szer.) maks 2050x700 mm. | TAK, podać |  |
|  | Leżysko w kształcie trapezu. | TAK, podać |  |
|  | Elektrycznie sterowany Pivot. | TAK, podać |  |
|  | Wysokość regulowana elektrycznie Min. 50-100 cm (±5%). | TAK, podać |  |
|  | Możliwość zamontowania bananka pachwinowego i bananków barkowych. | TAK, podać |  |
|  | Uchwyt do mocowania pasów stabilizacyjnych. | TAK, podać |  |
|  | Kąt pochylenia podnóżka min. +85 º /-30 º | TAK, podać |  |
|  | Tapicerka w min. 5 kolorach do wyboru. Odporna na działanie wysokich temperatur, odporna na ciecze (woda, krew), odporna na zadrapania. | TAK, podać |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie statyczne min. 350 kg. | TAK, podać |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie dynamiczne min. 225 kg. | > 225 kg - 5 pkt  225 kg – 0 pkt |  |
|  | Grubość leżyska Min. 35 mm. | TAK, podać |  |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje**  **(wartości minimalne wymagane)** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Stół rehabilitacyjny sterowany – 3 sztuki**  Oferowany model: …………………………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji ………………………………………………………… | | | |
|  | Stół nowy, nieużywany, wyklucza się stoły demonstracyjne. Rok produkcji min.2021. | TAK, podać |  |
|  | 5-sekcyjny stół do terapii manualnej. | TAK, podać |  |
|  | Regulowany zagłówek za pomocą sprężyny gazowej w zakresie min. -70º do +40º. | TAK, podać |  |
|  | Podgłówek z wycięciem na twarz plus zatyczka. | TAK, podać |  |
|  | Boczki podgłówka opuszczane. | TAK, podać |  |
|  | Opuszczane boczki w części środkowej leżyska. | TAK, podać |  |
|  | Regulowana wysokość leżyska, za pomocą siłownika elektrycznego, sterowana ramą umieszczoną w podstawie stołu, umożliwiającą regulacje wysokości z każdego miejsca stołu. | TAK, podać |  |
|  | Stół wyposażony w klucz magnetyczny zabezpieczający przez niepożądaną zmianą wysokości umiejscowiony w podstawie stołu. | TAK, podać |  |
|  | Podstawa z systemem 4 unoszonych kół kierunkowych oraz 4 stopkami z hamulcem. | TAK, podać |  |
|  | Wymiary (dł x szer.) maks. 2050x700 mm. | TAK, podać |  |
|  | Leżysko w kształcie trapezu. | TAK, podać |  |
|  | Wysokość regulowana elektrycznie min. 50-90 cm. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość zamontowania bananka pachwinowego i bananków barkowych. | TAK, podać |  |
|  | Uchwyt do mocowania pasów stabilizacyjnych. | TAK, podać |  |
|  | Kąt pochylenia podnóżka min. +85 º /0 º. | TAK, podać |  |
|  | Tapicerka w min. 5 kolorach do wyboru. Odporna na działanie wysokich temperatur, odporna na ciecze (woda, krew), odporna na zadrapania. | TAK, podać |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie statyczne min. 350 kg. | TAK, podać |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie dynamiczne min. 225 kg. | >225 kg - 5 pkt  225 kg – 0 pkt |  |
|  | Grubość leżyska min. 35 mm. | TAK, podać |  |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje**  **(wartości minimalne wymagane)** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Stół do ćwiczeń manualnych dłoni – 1 sztuka**  Oferowany model: …………………………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji ………………………………………………………… | | | |
|  | Stół nowy, nieużywany, wyklucza się stoły demonstracyjne. Rok produkcji min.2021. | TAK, podać |  |
|  | Wielofunkcyjny stół do ćwiczeń manualnych ręki. | TAK, podać |  |
|  | Kolumna oporowa umieszczonej w centralnej części stołu. | TAK, podać |  |
|  | Niezależne stosy ciężarków. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość ćwiczenia 4 pacjentów jednocześnie. | TAK, podać |  |
|  | Bardzo szeroki zakres regulacji oporu min. 250g max. 2750g każdego ze stosów. | TAK, podać |  |
|  | Stół wyposażony w minimum 12 niezależnych urządzeń:  ćwiczenie zginania palców ręki (stanowisko nr 1 ),  ćwiczenie chwytu cylindrycznego ręki (stanowisko nr 2),  ćwiczenie przeciwstawiania kciuka w stosunku do II-V palca ręki (stanowisko nr 3),  ćwiczenie chwytu szczypcowego palców ręki (stanowisko nr 4),  przyciąganie uchwytów o różnym kształcie do siebie (stanowisko nr 5),  podciąganie uchwytów o różnym kształcie do góry (stanowisko nr 6),  ćwiczenie zginania palców ręki w opozycji do kciuka (stanowisko nr 7),  ćwiczenie zginania dłoniowego i grzbietowego nadgarstka (stanowisko nr 8),  ćwiczenie chwytu wielopalcowego, tzw. kula (stanowisko nr 9),  ćwiczenie prostowania palców (stanowisko nr 10),  ćwiczenie pronacji i supinacji przedramienia (stanowisko nr 11),  ćwiczenie zginania dołokciowego i dopromieniowego nadgarstka (stanowisko nr 12). | TAK, podać |  |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje**  **(wartości minimalne wymagane)** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Kozetka drewniana/ medyczna – 5 sztuk**  Oferowany model: …………………………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji ………………………………………………………… | | | |
|  | Kozetki nowe, nieużywane, wyklucza się kozetki demonstracyjne. Rok produkcji min.2021. | TAK, podać |  |
|  | Kozetka (leżanka) drewniana. | TAK, podać |  |
|  | Zakres regulacji zagłówka minimum: 0/+25 st. | TAK, podać |  |
|  | Leżysko tapicerowane materiałem medycznym, zmywalnym  - dwuczęściowe. | TAK, podać |  |
|  | Stała wysokość min. 70 cm. | TAK, podać |  |
|  | Wymiary max. 190x65 cm. | TAK, podać |  |
|  | Obciążenie robocze minimum: 130 kg. | > 150 kg- 5 pkt  130-150kg – 0pkt |  |
|  | Leżanka wyposażona w uchwyt na papier. | TAK, podać |  |
|  | Tapicerka w min. 5 kolorach do wyboru. Odporna na działanie wysokich temperatur, odporna na ciecze (woda, krew), odporna na zadrapania. | TAK, podać |  |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje**  **(wartości minimalne wymagane)** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Stolik do terapii manualnej ręki – 1 sztuka**  Oferowany model: …………………………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji ………………………………………………………… | | | |
|  | Stolik nowy, nieużywany, wyklucza się stolik demonstracyjny. Rok produkcji min. 2021. | TAK, podać |  |
|  | Tablica do ćwiczeń manipulacyjnych ręki z oporem. | TAK, podać |  |
|  | Wykonany jest ze sklejki, drobne przyrządy z litego drewna. | TAK, podać |  |
|  | Całość zamontowana na stalowej podstawie lakierowanej proszkowo. | TAK, podać |  |
|  | Wyposażony w minimum w cztery obciążniki o wadze max. 0,25 kg oraz esy i pięć linek zamontowanych do przyrządu. | TAK, podać |  |
|  | Wysokość regulowana min. 55 cm max. 90 cm. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wyrównania nierówności podłoża za pomocą regulowanych stopek. | TAK, podać |  |
|  | Wymiary min 70x50 cm | TAK, podać |  |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje**  **(wartości minimalne wymagane)** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Parawany metalowe – 21 sztuk**  Oferowany model: …………………………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji ………………………………………………………… | | | |
|  | Parawany nowe, nieużywane, wyklucza się parawany demonstracyjne. Rok produkcji min. 2021. | TAK, podać |  |
|  | Parawan 2-skrzydłowy | TAK, podać |  |
|  | Stelaż z profilu aluminiowego, lakierowanego proszkowo na kolor biały | TAK, podać |  |
|  | Wypełnienie stanowi zasłonka z materiału - poliester z wodoodporną powłoką | TAK, podać |  |
|  | Kolor zasłonki do wyboru min. 4 kolorów. | TAK, podać |  |
|  | Wyposażony w minimum cztery koła w obudowie stalowej ocynkowanej o średnicy minimum 40 mm, w tym dwa z blokadą. | TAK, podać |  |
|  | Szerokość po rozłożeniu min: 100x180 cm. | TAK, podać |  |
|  | Szerokość podstawy min: 450 mm | TAK, podać |  |
|  | Masa maksymalna 5 kg. | 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 |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące od dnia instalacji potwierdzonej protokołem uruchomienia i przekazania urządzenia w terminie uwzględniającym godziny pracy Zamawiającego. | 24 m-ce – 0 pkt  30 m-cy – 5 pkt 36 m-cy – 10 pkt  42 m-ce – 15 pkt  48 m-cy – 20 pkt |  |
|  | Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 48 godz. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Czas oczekiwania na skuteczne usunięcie uszkodzenia /dotyczy sprzętu medycznego/:  a. niewymagającej 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 |  |

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