|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje**  **(wartości minimalne wymagane)** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Urządzenie do trakcji odc. L-S – 1 sztuka**  Oferowany model: …………………………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji ………………………………………………………… | | | |
|  | Urządzenie nowe, nieużywane, wyklucza się urządzenia demonstracyjne. Rok produkcji min.2021. | TAK, podać |  |
|  | Przenośne, pneumatyczne urządzenie umożliwiające wykonanie trakcji lędźwiowego odcinka kręgosłupa. | TAK, podać |  |
|  | Aplikacja siły rozciągającej poprzez pneumatycznie rozsuwane leżysko. | TAK, podać |  |
|  | Leżysko aktywnie rozsuwane, dwuczęściowe. | TAK, podać |  |
|  | Siła generowana w zakresie minimum od 1 do 90 kg. | TAK, podać |  |
|  | Stabilizacja pacjenta podczas zabiegu poprzez pasy antypoślizgowe. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wykonywania trakcji symetrycznej i asymetrycznej. | TAK, podać |  |
|  | Mechanizm leżyska eliminujący siłę tarcia podczas wykonywania zabiegu. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wykonywania trakcji w pozycji pronacji i supinacji. | TAK, podać |  |
|  | Waga max 11 kg. | TAK, podać |  |
|  | Rodzaj trakcji: statyczna, przerywana. | TAK, podać |  |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje**  **(wartości minimalne wymagane)** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Szyna do ćwiczeń biernych kg, z możliwością ćwiczenia łokcia – 1 sztuka.**  Oferowany model: …………………………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji ………………………………………………………… | | | |
|  | Urządzenie nowe, nieużywane, wyklucza się urządzenia demonstracyjne. Rok produkcji min.2021. | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie do terapii biernej kończyny górnej wyposażone w 2 silniki sterujące ruchem dla kończyny górnej oraz dodatkowy silnik do ruchu w stawie łokciowym (zgięcie/wyprost) min. 10° do 135°. | TAK, podać |  |
|  | Szyna wyposażona w siedzisko do terapii z regulacją pracy na lewej i prawej kończynie górnej bez konieczności wstawania pacjenta. | TAK, podać |  |
|  | Zakres odwiedzenia / przywodzenia ze stałą rotacją min. 20°- 160°. | TAK, podać |  |
|  | Zakres odwiedzenia / przywodzenia zsynchronizowanego z rotacją przywodzenia: min. 20° / Odwiedzenia min. 160° rotacji wewnętrznej min. 30° / rotacji zewnętrznej min. 90°. | TAK, podać |  |
|  | Zakres rotacji barku ze stałym odwiedzeniem / przywodzeniem min. 60° wewnętrzna min 90° zewnętrzna. | TAK, podać |  |
|  | Zakres zgięcie / wyprost barku min. 20° - 180°. | TAK, podać |  |
|  | W zestawie moduł do ruchu w stawie łokciowym w zakresie od min. 10° to 135°. | TAK, podać |  |
|  | Regulacja prędkości min. 50-140 /min. | TAK, podać |  |
|  | Dopuszczalna waga użytkownika min. 130 kg. | Maks. waga użytkownika  >150 kg – 5 pkt  130 kg-150 kg - 0 pkt |  |
|  | Zakres wzrostu użytkownika min. 140-200 cm. | TAK, podać |  |
|  | Regulacja siły inwersji Min. 6 stopni. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość zaprogramowania min. 15 programów własnych. | TAK, podać |  |
|  | Zmiana kierunku ruchu przy oporze (autorewers przy spastyce). | TAK, podać |  |
|  | Ruch aktywny i pasywny. | TAK, podać |  |
|  | Blokada pilota. | TAK, podać |  |
|  | Montaż ustawienia szyny ułatwiony dzięki kolorowym znacznikom punktowym na elementach szyny. | TAK, podać |  |
|  | Waga max 50 kg. | TAK, podać |  |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje**  **(wartości minimalne wymagane)** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Urządzenie do ćwiczeń stawu skokowego – 3 sztuki**  Oferowany model: …………………………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji ………………………………………………………… | | | |
|  | Urządzenie nowe, nieużywane, wyklucza się urządzenia demonstracyjne. Rok produkcji min. 2021. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość stosowania obciążeń. | TAK, podać |  |
|  | Mocowanie stopy za pomocą skórzanego sandała i skórzanych pasków z zapięciem. | TAK, podać |  |
|  | Zakres ruchu w osi strzałkowej stopy 35o (±5 st). | TAK, podać |  |
|  | Zakres ruchu w osi poprzecznej stopy 35o (±5 st). | TAK, podać |  |
|  | Masa obciążnika min. 1 kg. | TAK, podać |  |
|  | Masa urządzenia bez obciążników max 6 kg. | TAK, podać |  |
|  | W zestawie min. 4 obciążniki po min. 1 kg. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość blokady obrotu stopy. | TAK, podać |  |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje**  **(wartości minimalne wymagane)** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Urządzenie do trakcji C – 1 sztuka**  Oferowany model: …………………………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji ………………………………………………………… | | | |
|  | Urządzenie nowe, nieużywane, wyklucza się urządzenia demonstracyjne. Rok produkcji min. 2021. | TAK, podać |  |
|  | Przenośne, pneumatyczne urządzenie do trakcji szyjnego odcinka kręgosłupa. | TAK, podać |  |
|  | Stopka umożliwia wykonanie zabiegu pod kątem minimum 15°, 20°, lub 25°. | TAK, podać |  |
|  | Kliny umożliwiające regulację szerokości. | TAK, podać |  |
|  | Waga max. 5,5 kg. | TAK, podać |  |
|  | Siła trakcji min. 20 kg. | TAK, podać |  |
|  | Rodzaj trakcji: statyczna, przerywana, symetryczna i asymetryczna. | TAK, podać |  |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje**  **(wartości minimalne wymagane)** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Wielofunkcyjny pistolet do masażu – 2 sztuki**  Oferowany model: …………………………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji ………………………………………………………… | | | |
|  | Urządzenie nowe, nieużywane, wyklucza się urządzenia demonstracyjne. Rok produkcji min. 2021. | TAK, podać |  |
|  | Poziomy prędkości min. 30 poziomów. | TAK, podać |  |
|  | Stopnie prędkości min. 1200-3800 obr/min. | TAK, podać |  |
|  | Bateria do ładowania wraz z ładowarką. | TAK, podać |  |
|  | Wymienna bateria. | TAK, podać |  |
|  | Pojemność baterii min. 2400mAh. | TAK, podać |  |
|  | Napięcie: 24V. | TAK, podać |  |
|  | Czas pracy min. 4 godziny. | TAK, podać |  |
|  | Wyświetlacz: Dotykowy LCD. | TAK, podać |  |
|  | Główki do masażu minimum: 5 główek. | Min. 6 główek-5 pkt  5 główek – 0 pkt |  |
|  | Waga max 1 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