|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje**  **(wartości minimalne wymagane)** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Ergometr pionowy – 1 sztuka**  Oferowany model: …………………………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji ………………………………………………………… | | | |
|  | Urządzenie nowe, nieużywane, wyklucza się urządzenia demonstracyjne. Rok produkcji min. 2022. | TAK, podać |  |
|  | Dowolna regulacja siedziska dla pacjenta o wzroście min. 120 – 210 cm. | TAK, podać |  |
|  | Maksymalna waga pacjenta: min. 150 kg. | > 150 kg - 5 pkt  150 kg - 0 pkt |  |
|  | Niezależne od prędkości obciążenie od min. 15 do 600 W, zmiana co 5 W. | TAK, podać |  |
|  | Regulacja pochylenia kierownicy. | TAK, podać |  |
|  | Zasilanie: 230V, 50/60 Hz. | TAK, podać |  |
|  | Kontrolowane mikroprocesorem hamowanie przy pomocy prądów wirowych. | TAK, podać |  |
|  | Komputer z wyświetlaczem monochromatycznym: puls, obciążenie, czas, dystans, spalone kalorie. | TAK, podać |  |
|  | Zakres prędkości obrotowej: min 20-130 rpm. | TAK, podać |  |
|  | Panel kontrolny z min. 5 przyciskami. | TAK, podać |  |
|  | Dodatkowy wyświetlacz LED dla pacjenta. | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie wyposażone w interfejs cyfrowy do transmisji danych z szybkością min. 20kb/s (przygotowany do kontroli systemu rehabilitacyjnego). | TAK, podać |  |
|  | Parametry wyświetlane na wyświetlaczu min. WATT, RPM, TIME. | TAK, podać |  |
|  | Ergometr zapewniający pełną zgodność z oprogramowaniem sterującym, pochodzącym od tego samego producenta. | TAK, podać |  |
|  | Integralną częścią ergometru jest oprogramowanie sterujące. | TAK, podać |  |
|  | Waga ergometru max. 80 kg. | TAK, podać |  |
|  | Funkcja sterowania siodełkiem. | TAK, podać |  |
|  | Ergometr przystosowany do komunikacji z centralą sterującą. | TAK, podać |  |
|  | Ergometr wyposażony w elektryczną regulację wysokości siodełka. | TAK, podać |  |
|  | Ergometr napędzany paskiem. | TAK, podać |  |
|  | Panel (wyświetlacz) ergometru obracany o min. 180º. | TAK, podać |  |
|  | Wyrób medyczny. | TAK, podać |  |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje**  **(wartości minimalne wymagane)** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Ergometr poziomy – 1 sztuka**  Oferowany model: …………………………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji ………………………………………………………… | | | |
|  | Urządzenie nowe, nieużywane, wyklucza się urządzenia demonstracyjne. Rok produkcji min. 2022. | TAK, podać |  |
|  | Maksymalna waga pacjenta: min. 150 kg. | > 150 kg - 5 pkt  150 kg - 0 pkt |  |
|  | Zależne od prędkości obciążenie na poziomie min. od 15 do 600 W, zmiana co 5 W. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość manualnej zmiany obciążenia z krokiem min. 5W. | TAK, podać |  |
|  | Dokładność obciążenia: min. do 400 W – 5 %, powyżej 400W – 10%. | TAK, podać |  |
|  | Treningi: min. manualny, kardio, profile. | TAK, podać |  |
|  | Zasilanie: 230V, 50/60 Hz. | TAK, podać |  |
|  | Kontrolowane mikroprocesorem hamowanie przy pomocy prądów wirowych. | TAK, podać |  |
|  | Komputer z wyświetlaczem monochromatycznym: puls, obciążenie, czas, dystans, spalone kalorie. | TAK, podać |  |
|  | Klasa ochronności: min. IP21. | TAK, podać |  |
|  | Zakres prędkości obrotowej: min. 20 – 120 rpm. | TAK, podać |  |
|  | Panel kontrolny z min. 5 przyciskami. | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie wyposażone w interfejs cyfrowy do transmisji danych z szybkością min. 20kb/s (przygotowany do kontroli systemu rehabilitacyjnego). | TAK, podać |  |
|  | Wymiary ergometru max. 160 x 55 x 125 cm. | TAK, podać |  |
|  | Parametry wyświetlane na wyświetlaczu: min. RPM, TIME, WATT. | TAK, podać |  |
|  | Ergometr zapewniający pełną zgodność z oprogramowaniem sterującym, pochodzącym od tego samego producenta. | TAK, podać |  |
|  | Integralną częścią ergometru jest oprogramowanie sterujące. | TAK, podać |  |
|  | Waga ergometru max 75 kg. | TAK, podać |  |
|  | Pionowa, zmienna regulacja siedziska. | TAK, podać |  |
|  | Wyrób medyczny. | TAK, podać |  |
|  | Ergometr przystosowany do komunikacji z centralą sterującą. | 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