|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje** **(wartości minimalne wymagane)** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Kolumna do kompleksowego treningu funkcjonalnego – 1 zestaw**Oferowany model: …………………………………………………………Producent: …………………………………………………………Rok produkcji ………………………………………………………… |
|  | Urządzenie nowe, nieużywane, wyklucza się urządzenia demonstracyjne. Rok produkcji min. 2021. | TAK, podać |  |
|  | Kolumna do treningu funkcjonalnego. | TAK, podać |  |
|  | Dwa regulowane uchwyty. | TAK, podać |  |
|  | Mechanizm przekształcający wychodzący opór na obciążenie w stosunku min. 1:5. Opór zmienia się minimalnie o 0,5kg/waga/linka (50kg) lub 1kg/waga/linka (80 lub 100kg). | TAK, podać |  |
|  | Bezpiecznie obudowany stos obciążników o łącznej wadze min. 100 kg. | TAK, podać |  |
|  | Wysokość uchwytu oraz linki może być regulowana za pomocą przełącznika dostępnego na chromowanej powierzchni w zakresie min. 5cm. | TAK, podać |  |
|  | Ruch w pełnym zakresie działania, mechanizm ciągnący pozwala na szybki, a nawet gwałtowny moment ćwiczenia. | TAK, podać |  |
|  | Cztery punkty zaczepu do ściany. | TAK, podać |  |
|  | Regulacja wagi - dwie osobne linki, na każdą linkę przypada przyrost wagi o 0,5kg, przy ich połączeniu można regulować wagę o 1kg. | TAK, podać |  |
|  | Stos min .100 kg – stos min: 40 x 2,5 kg.  | TAK, podać |  |
|  | Wysokość max 217 cm.  | TAK, podać |  |
|  | Szerokość max 60 cm. | TAK, podać |  |
|  | Głębokość max 60 cm.  | TAK, podać |  |
|  | Waga całkowita max 180kg.  | TAK, podać |  |
|  | Wbudowana platforma mobilna urządzenia – możliwość ustawienia w dowolnym miejscu. | TAK, podać |  |
|  | Wyrób medyczny.  | 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 pkt30 m-cy – 5 pkt 36 m-cy – 10 pkt42 m-ce – 15 pkt48 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