**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Do Zamawiającego:**

### Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny

### Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Złocieńcu

reprezentowany przez Ewę Giza – Dyrektor Szpitala

ul. Kańsko 1

78-520 Złocieniec

**Przedmiot zamówienia:**

**Dostawa urządzeń do rehabilitacji**

Nr zamówienia: **08/ZAM/2023**

**Wykonawca:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… (Nazwa i adres wykonawcy)

| LP | OPIS WYMAGANYCH PARAMETRÓW | PARAMETRY OFEROWANE  (wpisać „tak” lub opisać) |
| --- | --- | --- |
|  | Stacjonarna urządzenie połączone stabilnie z barierką zabezpieczającą |  |
|  | Obudowa z materiału łatwego do dezynfekcji |  |
|  | Zasilanie: 230V 50/60Hz |  |
|  | Możliwość programowania trybów pracy pod pacjenta |  |
|  | Zintegrowane oprogramowanie pozwalające na indywidualne dobieranie programów terapeutycznych do wybranych schorzeń ortopedycznych i neurologicznych |  |
|  | Dwie poruszające się niezależnie w trzech płaszczyznach platformy, na których może stanąć pacjent |  |
|  | Ruchy platform losowe/stochastyczne |  |
|  | Maksymalne obciążenie: 150kg |  |
|  | Wymiary (tolerancja 8%): dł. x szer. x wys. (cm) 130 x 80 x 120 |  |
|  | Ekran dotykowy do ustawiania parametrów urządzenia |  |
|  | Rok produkcji: 2023 |  |
|  | Gwarancja minimalna: 36 miesięcy |  |
|  | Bezpłatny przegląd co najmniej raz w roku w okresie trwania gwarancji |  |

**Uwaga:**

Wszystkie pozycje w kolumnie „Parametry oferowane” muszą być wypełnione przez Wykonawcę. W pozycjach tych należy wpisać „Tak” – jeżeli parametr jest zgodny (identyczny) z wymaganym przez Zamawiającego lub podać wartość bądź opisać – w przypadku, gdy jest inny niż wymagany.

Oferowane urządzenie musi posiadać parametry nie gorsze niż wymagane przez Zamawiającego.

Niespełnienie przez oferowane urządzenie któregokolwiek parametru wymienionego w tabeli będzie skutkować odrzuceniem oferty. Jeżeli jakakolwiek pozycja nie zostanie wypełniona, Zamawiający uzna, że urządzenie nie spełnia wymogów określonych przez Zamawiającego i to również będzie skutkować odrzuceniem oferty.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(Nazwa urządzenia i producent)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI**

Oświadczam/y, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.