**Załącznik nr 3 do SWZ - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Zamawiający dopuszcza możliwość złożenia oferty na poszczególne pozycje w ramach pakietów**

**PAKIET NR 1**

**Pozycja nr 1: Pozycja 1: Stół rehabilitacyjny wraz z wyposażeniem - 9 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji (2023)……………………………………………………………………......

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Trzyczęściowy stacjonarny stół | Tak |  |
|  | Regulacja elektryczna | Tak |  |
|  | Sterowanie z ramy nożnej | Tak |  |
|  | Banany do stabilizacji min. 3 szt. | Tak |  |
|  | Zagłówek z podłokietnikami | Tak |  |
|  | Wieszak na podkład celuluzowy | Tak |  |
|  | Wymiary stołu min. 198x69 cm | Tak |  |
|  | Regulacja wysokości min. 66-90 cm | Tak |  |
|  | Maksymalna waga pacjenta min. 150 kg | Tak |  |
|  | Uchwyty na pasy do stabilizacji po obu stronach leża | Tak |  |
| 11. | System jezdny | Tak |  |

**Pozycja nr 2 : Materac rehabilitacyjny -15 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )………………………………………………………………………

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Materac rehabilitacyjny trzyczęściowy składany | Tak |  |
|  | Uchwyty do transportu materaca  | Tak |  |
|  | Wymiary min.195x85x5 cm  | Tak |  |
|  | Wypełnienie twarda pianka poliuretanowa | Tak |  |
|  | Tapicerka z materiału skóropodobnego | Tak |  |

**Pozycja 3: Szyna do ćwiczeń biernych -3 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji (2023)……………………………………………………………………......

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Szyna do ćwiczeń biernych i czynnych stawu barkowego wg koncepcji CPM | Tak |  |
|  | Urządzenie zapewniające zgodny z anatomią i biomechaniką ruch PNF (Prorioceptive Neuromuscular Facilitation)  | Tak |  |
|  | Minimum trzy zsynchronizowane silniki zapewniające ruchy wielopłaszczyznowe w następujących osiach: - przodopochylenie i tyłopochylenie,- przywodzenie i odwodzenie,- rotacja wewnętrzna i zewnętrzna,- prostowanie i zginanie (z prostą lub zgiętą ręką w łokciu).  | Tak |  |
|  | Wybór synchronizacji lub braku synchronizacji pracy poszczególnych silników | Tak |  |
|  | Niska waga urządzenia - do 28 kg | Tak |  |
|  | Stabilne urządzenie ze zintegrowanym fotelem o miękkim obiciu w pełni dezynfekowalnym z regulowaną pozycją oparcia pleców i zdrowego ramienia, ze stabilizacją obręczy barkowej zapobiegającej kompensacji ruchów przez pacjenta.  | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w kółka transportowe i zagłówek. | Tak |  |
|  | Zastosowanie na kończynę prawą lub lewą bez konieczności stosowania przystawek lub akcesoriów z pomocą dedykowanego interaktywnego programu konwersji. | Tak |  |
|  | Kontrola wszystkich parametrów za pomocą pilota sterującego.  | Tak |  |
|  | Możliwość bezpośredniego i symultanicznego ustalania zakresów ruchu dla poszczególnych płaszczyzn na panelu danego siłownika | Tak |  |
|  | Funkcja blokady menu pilota oraz wybranych funkcji. | Tak |  |
|  | Pilot wyposażony w wyraźny podświetlany dotykowy ekran kolorowy LCD TFT z regulacją jasności. | Tak |  |
|  | Intuicyjna filozofia obsługi z zastosowaniem graficznych ikon funkcyjnych na ekranie lub/i obsługa (oprogramowani) w języku polskim.  | Tak |  |
|  | Możliwość wyboru języka obsługi – co najmniej 15 wbudowanych języków. | Tak |  |
|  | Bieżąca informacja o przebiegu ruchu, funkcji i programie terapii wyświetlana na ekranie pilota. Możliwość wyboru ekran standardowego oraz szczegółowego z większą ilością informacji. | Tak |  |
|  | Oskalowane elementy regulacyjne szyny z wymiarami wysokości osi stawu, długości ramienia, przedramienia, kąta ustawienia łokcia | Tak |  |
|  | Funkcja „nowy pacjent” resetująca ustawienia dla nowego pacjenta i ustawiająca urządzenie w pozycji wyjściowej | Tak |  |
|  | Funkcja „transport” automatyczne ustawienie się szyny w pozycji do transportu | Tak |  |
|  | Łączny czas terapii – zapis całkowitego czasu terapii. | Tak |  |
|  | Możliwość ustawiania głośności sygnałów dźwiękowych. | Tak |  |
|  | Menu serwisowe dla celów serwisu. | Tak |  |
|  | Minimalny zakres wzrostu pacjenta 120 – 210 cm | Tak |  |
|  | Waga pacjenta minimum do 175 kg | Tak |  |
|  | Minimalny zakres ruchu w stawie barkowym: przywodzenie/odwodzenie 0° - 30° - 160° | Tak |  |
|  | Minimalny zakres ruchu w stawie barkowym: przodopochylenie/tyłopochylenie 110° - 0° - 10° | Tak |  |
|  | Minimalny zakres ruchu w stawie barkowym: podnoszenie 30° - 175° | Tak |  |
|  | Minimalny zakres ruchu w stawie barkowym: rotacja wewnętrzna/rotacja zewnętrzna 90° - 0° - 90° | Tak |  |
|  | Minimalny zakres ruchy w stawie barkowym: zginanie/prostowanie 0° - 30° - 160° | Tak |  |
|  | Minimalny zakres ustawień w stawie łokciowym wyprost/zgięcie 0° - 90° | Tak |  |
|  | Minimum ruchy wielopłaszczyznowe, zsynchronizowane i realizacja ćwiczeń zgodnych z koncepcją PNF | Tak |  |
|  | Regulacja prędkości pracy w minimum 20 poziomach. | Tak |  |
|  | Pauza nastawiana w zakresie minimum: od 0 do 30 sekund  | Tak |  |
|  | Stopniowe automatyczne przyspieszanie i zwalnianie ruchu przy nastawionych kątach granicznych. | Tak |  |
|  | Nastawy w czasie rzeczywistym – urządzenie porusza się odpowiednio w czasie ustawiania zakresu ruchu w celu uniknięcia urazów | Tak |  |
|  | Automatyczna zmiana kierunku ruchu po zatrzymaniu pracy.  | Tak |  |
|  | Adaptacyjna, automatyczna zmiana kierunku ruchu przy oporze – autorewers, z regulowanym zakresem tolerancji w minimum 20 poziomach. | Tak |  |
|  | Klasa ochronności II zabezpieczająca przed porażeniem elektrycznym bezpośrednim i pośrednim  | Tak |  |
|  | Aparat zgodny z normą IEC 60601-1-2:2014 i IEC 60601-1-11:2010 kompatybilności elektromagnetycznej. | Tak |  |
|  | Ćwiczenie ciągłe bez limitu czasu | Tak |  |
|  | Programowany czas ćwiczenia od 1 min do 12 godzin - ustawiany co minutę z funkcją prezentacji pozostałego czasu ćwiczenia w czytelnej formie graficznej na ekranie pilota  | Tak |  |
|  | Schemat PNF – proprioceptywne torowanie ruchu  | Tak |  |
|  | Schemat fali – ruchy falowane przypominające kształt ósemki  | Tak |  |
|  | Program izolacji – ruchy separowane w trzech płaszczyznach w ramach jednego ćwiczenia  | Tak |  |
|  | Funkcja regulacji pozycji zatrzymania silników w programie izolacji | Tak |  |
|  | Programy oscylacji – powtarzanie ruchu w obrębie ostatnich 10° przed osiągnięciem ustawionych jako maksimum wartości dla minimum odwiedzenia, tyłopochylenia i zewnętrznej rotacji. Ruch w obrębie ostatnich 10° powtarzany zgodnie z ustawionymi cyklami z mniejszą prędkością.  | Tak |  |
|  | Program rozgrzewki – płynne i stopniowe rozszerzenie do ustawionego zakresu ruchu w minimum 15 cyklach. | Tak |  |
|  | Program rozszerzania ruchu dla minimum tyłopochylenia, odwodzenia, rotacji wewnętrznej i zewnętrznej – automatyczne poszerzanie zakresu ruchu zgodnie z zaprogramowaną ilością cykli poprzez kontrolowaną próbę przekroczenia limitu o 5° z zabezpieczeniem autorewersu przy oporze.  | Tak |  |
|  | Cykle – wybór ilości powtórzeń dla izolacji, oscylacji i rozciągania w zakresie minimum 5-20 cykli | Tak |  |
|  | Zasilanie elektryczne 220-240V 50/60 Hz, przewodem zasilającym bezpośrednim bez zastosowania dodatkowych zasilaczy i przewodów. | Tak |  |
|  | Dokumentacja przebiegu terapii - rejestr wyników ćwiczeń w formie graficznej wyświetlany na ekranie pilota oddzielnie minimum dla przodo/tyłopochyl., odwodzenia/przywodzenia, rotacji wewn/zewn. | Tak |  |
|  | Karty pamięci do zapisu indywidualnych danych terapii pacjenta. | Tak |  |

**Pozycja nr 4: Osprzęt do UGUL -5 kpl.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji (2023) …………………………………………………………………….....

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Linka długość do 1600 mm -14 szt | Tak |  |
|  | Linka długość do 960 mm-6 szt. | Tak |  |
|  | Linka długość do 2450 mm -1 szt | Tak |  |
|  | Linka długość do 5720 mm – 1 szt  | Tak |  |
|  | Linka długość do 3750 mm -3 szt | Tak |  |
|  | Linka długość do 5000 mm -1 szt | Tak |  |
|  | Podwieszka przedr. i podudzi min. 100x420 -6 szt. | Tak |  |
|  | Podwieszka ud i ramion min.145 x 540 -6 szt  | Tak |  |
|  | Podwieszka pod miednicę min.230 x 750 -2 szt. | Tak |  |
|  | Podwieszka klatki piersiowej min.225x675/340x100-1 szt. | Tak |  |
|  | Podwieszka pod głowę min.150 x 530 -1 szt. | Tak |  |
|  | Podwieszka stóp min.75 x 610 -4 szt. | Tak |  |
|  | Podwieszka dwustawowa Pelota min. 160x80 pas 40X1350- 4szt. | Tak |  |
|  | Pas do wyciągu za miednicę uniwers. min.1330x170-1 szt. | Tak |  |
|  | Kamaszek -2 szt. | Tak |  |
|  | Pas do stabilizacji odcinka lędźwiowego lub klatki piersiowej Pelota min.210x448 3 paski 40x1130-1 szt | Tak |  |
|  | Pas do stabilizacji klatki piersiowej Pelota min.118x300 pas 40x1080—1 szt. | Tak |  |
|  | Pas do stabilizacji podudzia Pelota min. 100x120 pas 40x1320 -2 szt. | Tak |  |
|  | Pas do stabilizacji ramienia i przedra-mienia Pelota min.100 x 120 2paski 30 x 365 -2 szt  | Tak |  |
|  | Pas do stabilizacji ud Pelota min.118 x 300 2paski 30 x 1100 -1 szt  | Tak |  |
|  | Pętla Glissona z orczykiem-1 szt. | Tak |  |
|  | Ciężarek miękki 0,5 kg -2 szt. | Tak |  |
|  | Ciężarek miękki 1,0 kg-2 szt | Tak |  |
|  | Ciężarek miękki 1.5 kg-2 szt | Tak |  |
|  | Ciężarek miękki 2,0 kg-2 szt | Tak |  |
|  | Ciężarek miękki 2,5 kg-2 szt  | Tak |  |
|  | Ciężarek miękki 3,0 kg -1 szt. | Tak |  |
|  | Ciężarek miękki 4,0 kg -1 szt. | Tak |  |
|  | Esik – 60 szt. | Tak |  |

**Pozycja 5: Szyna do ćwiczeń biernych -5 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji (2023)……………………………………………………………………......

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Szyna do ćwiczeń biernych do mobilizacji biodra i kolana ruchem ciągłym | Tak |  |
|  | Szyna zmotoryzowana  | Tak |  |
|  | Szyna z układem kinematycznym gwarantującym zgodny fizjologicznie ruch kończyny dla dorosłych i dzieci  | Tak |  |
|  | Niska waga urządzenia - do 11 kg  | Tak |  |
|  | Stabilne urządzenie o niewielkich wymiarach - maksymalne wymiary urządzenia długość, szerokość oraz wysokość w najniższym punkcie: min. 97 x 36 x 23 cm | Tak |  |
|  | Kontrola wszystkich parametrów za pomocą pilota sterującego.  | Tak |  |
|  | Blokada klawiatury pilota przed przypadkową zmianą parametrów. | Tak |  |
|  | Wyraźny ekran LCD TFT z regulacją kontrastu o minimalnej wielkości 320 x 240 pikseli. Ze względów ergonomii i użytkowania także przez osoby starsze wyklucza się ekrany dotykowe. | Tak |  |
|  | Intuicyjna filozofia obsługi z zastosowaniem graficznych ikon funkcyjnych na ekranie  | Tak |  |
|  | Bieżąca informacja o przebiegu ruchu, funkcji i programie terapii wyświetlana na ekranie pilota. | Tak |  |
|  | Oskalowane elementy regulacyjne szyny z wymiarami długości uda i podudzia.  | Tak |  |
|  | Wygodnie regulowana pozycja oparć uda, podudzia i stopy za pomocą bloczków zaciskowych. | Tak |  |
|  | Funkcja „nowy pacjent” resetująca ustawienia dla nowego pacjenta i ustawiająca urządzenie w pozycji wyjściowej | Tak |  |
|  | Funkcja „transport” automatyczne ustawienie się szyny w pozycji do transportu | Tak |  |
|  | Łączny czas terapii – zapis całkowitego czasu terapii. | Tak |  |
|  | Menu serwisowe dla celów serwisu. | Tak |  |
|  | Minimalny zakres wymiarów uda od 31 do 49 cm i podudzia od 25-57 cm | Tak |  |
|  | Minimalny zakres wzrostu pacjenta 120 – 200 cm | Tak |  |
|  | Waga pacjenta minimum do 150 kg | Tak |  |
|  | Minimalny zakres ruchu biernego w stawie kolanowym od -10°do 120° | Tak |  |
|  | Minimalny zakres ruchu biernego w stawie biodrowym od 0°do 115° | Tak |  |
|  | Regulacja pozycji stawu skokowego w zakresie zginania podeszwowego/grzbietowego bez ograniczeń, a w zakresie inwersji/ewersji od 40° do 40°, wraz zachowaniem możliwości aktywnego ruchu rezystancyjnego i ćwiczeń izometrycznych. | Tak |  |
|  | Regulacja prędkości pracy w minimum 20 poziomach. | Tak |  |
|  | Pauza w wyproście/zgięciu nastawiana w zakresie minimum: od 0 do 59 sekund - regulowana co 1 sekundę i od 1 do 59 minut - regulowana co 1 minutę. | Tak |  |
|  | Stopniowe automatyczne przyspieszanie i zwalnianie ruchu przy nastawionych kątach granicznych. | Tak |  |
|  | Nastawy w czasie rzeczywistym – urządzenie porusza się odpowiednio w czasie ustawiania zakresu ruchu w celu uniknięcia urazów | Tak |  |
|  | Zatrzymanie ruchu szyny po naciśnięciu dowolnego przycisku – każdy przycisk, ze względów bezpieczeństwa, stanowi przycisk awaryjny. | Tak |  |
|  | Automatyczna zmiana kierunku ruchu po zatrzymaniu pracy.  | Tak |  |
|  | Automatyczna zmiana kierunku ruchu przy oporze – autorewers. | Tak |  |
|  | Możliwość kontrolowanego oporowania ruchu szyny przez pacjenta ze zmianą kierunku w dowolnym punkcie ustawionego zakresu w nastawianych minimum 25 poziomach siły oddziaływania.  | Tak |  |
|  | Klasa ochronności II zabezpieczająca przed porażeniem elektrycznym bezpośrednim i pośrednim  | Tak |  |
|  | Oparcia kończyny wykonane z elastycznego tworzywa z certyfikatem biokompatybilności w pełni dezynfekowane środkami bez konieczności rozcieńczania. | Tak |  |
|  | Aparat zgodny z normą IEC 60601-1-2:2014 i IEC 60601-1-11:2010 kompatybilności elektromagnetycznej. | Tak |  |
|  | Ćwiczenie ciągłe bez limitu czasu | Tak |  |
|  | Programowany czas ćwiczenia od 1 min do 24 godzin - ustawiany co minutę z funkcją prezentacji pozostałego czasu ćwiczenia w czytelnej formie graficznej na ekranie pilota  | Tak |  |
|  | Program rozgrzewki – płynne i stopniowe rozszerzenie do ustawionego zakresu ruchu w minimum 15 cyklach, rozpoczynając ruch od środka tego zakresu | Tak |  |
|  | Program rozciągania prostowania – automatyczne poszerzanie zakresu ruchu w kierunku wyprostu poprzez minimum 10 krotną kontrolowaną próbę przekroczenia limitu o 5° z zabezpieczeniem autorewersu przy oporze  | Tak |  |
|  | Program rozciągania zgięcia – automatyczne poszerzanie zakresu ruchu w kierunku zgięcia poprzez minimum 10 krotną kontrolowaną próbę przekroczenia limitu o 5° z zabezpieczeniem autorewersu przy oporze | Tak |  |
|  | Sekwencyjny i kombinacyjny program automatycznie łączący funkcję rozgrzewki, rozciągania prostowania, oscylacji prostowania, rozciągania zgięcia, oscylacji zgięcia i relaksacji (odwrócony program rozgrzewki) w obrębie jednego zabiegu. | Tak |  |
|  | Cykliczny program umożliwiający powolne doprowadzenie do zaprogramowanego zakresu ruchu w minimum 3 fazach – fazie ruchów w zakresie maksymalnie mniejszym o 5° od nastawionego, fazie rozszerzającym zakres o maksimum 1° w każdym cyklu oraz fazie pełnych ruchów do zakończenia terapii | Tak |  |
|  | Program oscylacji prostowania | Tak |  |
|  | Program oscylacji zgięcia | Tak |  |
|  | Program elektrostymulacji – umożliwiający stosowanie terapii CPM w synchronizacji z elektrostymulacją po podłączeniu dedykowanego elektrosymulatora | Tak |  |

**Pozycja 6: Zestaw do trakcji odcinka szyjnego kręgosłupa -1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji(2023) ……………………………………………………………………......

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Zestaw do trakcji odcinka szyjnego kręgosłupa  | Tak |  |
|  | Bezpośrednie skierowanie siły rozciągającej przez potylicę  | Tak |  |
|  | Rozciąganie zapobiegające obciążeniom stawów skroniowo-żuchwowych | Tak |  |
|  | Pneumatyczna aplikacja trakcji | Tak |  |
|  | Aplikowanie siły trakcyjnej do min. 20kg | Tak |  |
|  | Aplikacja siły za pomocą ruchomych klinów | Tak |  |
|  | Ustawienia kąta zabiegu 15O, 20O, 25O | Tak |  |
|  | Trakcja statyczna, przerywana, symetryczna i asymetryczna (jednostronna) | Tak |  |
|  | Wymiary: szer. x gł. x wys. (mm) max. 560 x 160 x 150 | Tak |  |
|  | Waga do 3 kg | Tak |  |

**Pozycja 7 : Stół do ćwiczeń manualnych - 1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji …………………………………………………………………….................

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry i warunki graniczne | Wartość wymagana | Wartość oferowana\* |
|  | Stół wielofunkcyjny do ćwiczeń manualnych z oporem ręki  | Tak |  |
|  | Kolumna oporowa umieszczona w centralnej części stołu | Tak |  |
|  | 4 niezależne stanowiska każde z 3 urządzeniami | Tak |  |
|  | Możliwość ćwiczenia 4 pacjentów jednocześnie | Tak |  |
|  | Waga obciążenia stosu od 250-2750g  | Tak |  |

**Pozycja 8:** **Kształtki rehabilitacyjne - 2 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji (2023) ……………………………………………………………………......

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Duży wałek rehabilitacyjny min.60x100 cmmateriał skóropodobny i poliuteranowa pianka | Tak |  |
|  | Wałek do ćwiczeń kręgosłupa średnica min.48 cm x długość 60 cmmateriał skóropodobny i poliuteranowa pianka | Tak |  |
|  | Klin min.30x40x12materiał skóropodobny i poliuteranowa pianka | Tak |  |
|  | Klin min. 60x60x12materiał skóropodobny i poliuteranowa pianka |  |  |
|  | Klin min.70x60x30materiał skóropodobny i poliuteranowa pianka |  |  |
|  | Klin min.ortopedyczny 38x38x7materiał skóropodobny i poliuteranowa pianka | Tak |  |
|  | Klin po endoprotezieDługość:. min.35 cmSzerokość: min.20 cm -30 cmWysokość:. min.13 cmmateriał skóropodobny i poliuteranowa pianka | Tak |  |
|  | Kostka min.60x20x10materiał skóropodobny i poliuteranowa pianka | Tak  |  |
|  | Kostka min.50x50x50materiał skóropodobny i poliuteranowa pianka | Tak |  |
|  | Kostka 30x30x30materiał skóropodobny i poliuteranowa pianka | Tak |  |
|  | Kostka 25x25x10materiał skóropodobny i poliuteranowa pianka | Tak |  |
|  | Półwałek 60x15x10materiał skóropodobny i poliuteranowa pianka | Tak |  |
|  | Półwałek 60x30x10materiał skóropodobny i poliuteranowa pianka | Tak |  |
|  | Półwałek 60x40x20materiał skóropodobny i poliuteranowa pianka | Tak |  |
|  | wałek 40x50materiał skóropodobny i poliuteranowa pianka | Tak |  |
|  | wałek 12x30materiał skóropodobny i poliuteranowa pianka | Tak |  |
|  | wałek 30x50materiał skóropodobny i poliuteranowa pianka | Tak |  |
|  | wałek 60x50materiał skóropodobny i poliuteranowa pianka | Tak |  |
|  | wałek 50x100materiał skóropodobny i poliuteranowa pianka | Tak |  |

**Pozycja 9: Waga z analizatorem składu ciała - 2 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji (2023)…………………………………………………………………….....

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Dwuczęstotliwościowy analizator składu ciała z kolumną | Tak |  |
|  | Pełna analiza składu ciała w 20 sekund  | Tak |  |
|  | Technologia BIA  | Tak |  |
|  | Zintegrowana drukarka termiczna –wydruk bezpośrednio po pomiarze | Tak |  |
|  | Funkcja tary:0-10 kg z podziałką co 0,1 kg | Tak |  |
|  | Identyfikator :Max 16 znaków | Tak |  |
|  | Wprowadzane parametry: nazwa użytkownika: max 16 znaków, data urodzenia, płeć, typ sylwetki, wzrost, docelowa tkanka tłuszczowa | Tak |  |
|  | Częstotliwość pomiaru 6,25 kHz/50kHz | Tak |  |
|  | Natężenie prądu do 90 µA | Tak |  |
|  | Zakres pomiaru impedancji 150.0-1000,00 Ω | Tak |  |
|  | Pomiar masy :tensometryczny czujnik obciążenia  | Tak |  |
|  | Wyświetlacz :ekran LCD ,podwójny  | Tak |  |
|  | Interfejs: USB typ B x 1,RS232Cx1,karta SD | Tak |  |
|  | Podłączenie z komputerem ;oprogramowanie GMON | Tak |  |
|  | Kalibracja do 300 tys. pomiarów  | Tak |  |
|  | Dokładność przy pierwszej kalibracji +/- 0,2 kg |  |  |
|  | Wysokość z kolumną min.1070 mm | Tak |  |
|  | Wymiary platformy min.360mm x 360 mmx94 mm | Tak |  |
|  | Maksymalne obciążenie 270 kg (co 0,1 kg) | Tak |  |
|  | Pomiar indeksu masy ciała BMI | Tak |  |
|  | Inne parametry pomiarowe: ilość tkanki tłuszczowej w % (zakres 3-75%) ,masa tkanki tłuszczowej w kg, masa tkanki beztłuszczowej w kg, masa tkanki mięśniowej w kg, całkowita wartość wody w %,minerały kostne w kg, wskaźnik budowy ciała, wskaźnik tkanki tłuszczowej trzewnej, BMR(PPM) w kcal, wiek metaboliczny, ustalone cele (masa ciała, tkanka tłuszczowa) | Tak |  |

**Pozycja 10: Pas stabilizacyjny do stołów-10 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )……………………………………………………………………...

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Pas przeznaczony do stołów terapeutycznych  | Tak |  |
|  | Długość pasa 2,5 m +/- 10% | Tak |  |
|  | Szerokość pasa ok 4,5 cm +/- 10% | Tak |  |

**Pozycja 11: System rehabilitacji funkcjonalnej w wirtualnej rzeczywistości-1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji (2023)……………………………………………………………………......

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | System rehabilitacji funkcjonalnej | Tak |  |
|  | Stymulacja mózgu i układu nerwowego do tworzenia nowych połączeń neuronowych i poprawy funkcji motorycznych. | Tak |  |
|  | Wykorzystanie technologii wirtualnej rzeczywistości | Tak |  |
|  | Mobilne stanowisko | Tak |  |
|  | System optyczny w technologii 3D | Tak |  |
|  | Moduł kontroli równowagi | Tak |  |
|  | Automatyczna kalibracja | Tak |  |
|  | Kamera 3D z możliwością podłączenia do komputera przez kabel USB, | Tak |  |
|  | Zestaw wyposażony w komputer o minimalnych parametrach: OS (system operacyjny): Windows 10 64-bitCPU (procesor): Intel Core i5-7200U (Dual Core, 2.5 GHz, 3 MB cache) lub o zbliżonym wyniku w teście passmarkRAM: 8 GB - rozłożone na 2 kości po 4GBGPU (karta graficzna): kompatybilna z DirectX 11Dysk: SSD min. 120 GBPorty: USB 3.0 - min 1 szt., USB 2.0 - min 1 szt., HDMIbezprzewodowa komunikacja - WiFi | Tak |  |
|  | Monitor min. 40 cali, FullHD, | Tak |  |
|  | Stanowisko dla ośrodków z bezterminową licencją, | Tak |  |
|  | Bezprzewodowa platforma posturograficzna z monitoringiem parametrów równowagi i składaną barierką asekuracyjną | Tak |  |

**Pozycja 12: Rotor rehabilitacyjny -1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji …………………………………………………………………….................

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Profesjonalny rotor do pasywnej i aktywnej terapii ruchowej kończyn górnych i dolnych z biofeedbackiem | Tak |  |
|  | Urządzenie do rehabilitacji ruchem pasywnym i aktywnym  | Tak |  |
|  | Urządzenie do rehabilitacji kończyn górnych i dolnych | Tak |  |
|  | Zastosowanie w pozycji siedzącej na krześle lub wózku inwalidzkim | Tak |  |
|  | Kolorowy ciekłokrystaliczny wyświetlacz z funkcją dotykową, o przekątnej 7'' | Tak |  |
|  | Program do rehabilitacji ortopedycznej, neurologicznej, kardiologicznej i izokinetyka. | Tak |  |
|  | Funkcja automatycznego dostosowania ilości obrotów do poziomu ćwiczenia aktywnego | Tak |  |
|  | Funkcja automatycznej zmiany kierunku ćwiczenia  | Tak |  |
|  | Funkcja wykrywania aktywności pacjenta Trening ćwiczeń koncentracji, koordynacji ruchowej i symetrii terapii BIOFEEDBACK (Bramkarz) | Tak |  |
|  | Funkcja terapii przy braku jednej kończyn  | Tak |  |
|  | Funkcja ułatwiające postawienie stopy | Tak |  |
|  | Trening ćwiczeń koordynacji ruchowej, wytrzymałości i odbudowy siły mięśniowej BIOFEEDBACK "BIOFEEDBACK'' pasywny dla pacjentów z paraplegią z bieżącą informacją dotyczącą napięcia mięśniowego | Tak |  |
|  | Trening ćwiczeń koordynacji ruchowej, koncentracji BIOFEEDBACK (Słoneczko)  | Tak |  |
|  | Bieżący pomiar ilości obrotów | Tak |  |
|  | Bieżący pomiar zużytej energii  | Tak |  |
|  | Bieżący pomiar czasu ćwiczenia | Tak |  |
|  | Bieżący pomiar osiąganego dystansu | Tak |  |
|  | Ustawienie czułości wykrywania spastyki | Tak |  |
|  | Wybór programu rozluźniania spastyki | Tak |  |
|  | Funkcja automatycznego dostosowania ilości obrotów do poziomu ćwiczenia aktywnego | Tak |  |
|  | Bieżąca kontrola symetrii terapii BIOFEEDBACK ( Słupki )  | Tak |  |
|  | Bieżąca kontrola symetrii terapii BIOFEEDBACK ( Droga ) | Tak |  |
|  | Raportowanie wyników ćwiczenia START\STOP w barwach sygnalizacyjnych (czerwony, zielony) | Tak |  |
|  | Ustawienie kontrastu i podświetlenia wyświetlacza | Tak |  |
|  | Regulacja wysokości rotora | Tak |  |
|  | Elektroniczne koło zamachowe | Tak |  |
|  | Moc silnika 240 W  | Tak |  |
|  | Zasilanie 220V~, 50/60 Hz | Tak |  |
|  | Wysokość w zależności od konfiguracji maks 125,5 cm | Tak |  |
|  | Waga w zależności od konfiguracji maks. 45 kg | Tak |  |
|  | System automatycznego wyłączania w stanie spoczynku | Tak |  |

**Pozycja 13: Poręcze do nauki chodzenia -2 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )……………………………………………………………………...

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana  | Oferowana wartość |
|  | Poręcze do nauki chodzenia do ćwiczeń korygujących,  nie wykształconych lub utraconych funkcji chodu. | Tak |  |
|  | Długość pochwytów: min.3000 mm | Tak |  |
|  | Rozstaw pochwytów: min.350 ÷ 750 mm | Tak |  |
|  | Regulacja wysokości pochwytów: min.630 ÷ 1150 mm | Tak |  |
|  | Maksymalna masa ćwiczącego min.150 kg  | Tak |  |

**Pozycja 14: Urządzenie do krioterapii -2 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )………………………………………………………………………

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Aparat do krioterapii na ciekły azot (LN2) | Tak |  |
|  | Zbiornik na ciekły azot min 30 l | Tak |  |
|  | Wyświetlacz LED  | Tak |  |
|  | Urządzenie przeznaczone do miejscowego wychładzania tkanki | Tak |  |
|  | Temperatura strumienia gazu przy wylocie dyszy -160° C | Tak |  |
|  | Tryby pracy - pulsacja 1 i pulsacja 2 oraz zamiennie płynną regulację mocy | Tak |  |
|  | Segmentowy monochromatyczny wyświetlacz LED | Tak |  |
| 1. 6.
 | Liczba stopni intensywności nadmuchu- 4+kriopunktura + 2 pulsacyjne  | Tak |  |
| 1. .
 | Możliwość zaprogramowania czasu zabiegu | Tak |  |
|  | Szybka gotowość urządzenia do pracy max 30 s. | Tak |  |
|  | Wagowy pomiar ilości ciekłego azotu w zbiorniku | Tak |  |
|  | Zużycie ciekłego azotu od 6 do 13 dkg/min  | Tak |  |
| 1. 6
 | Liczba zabiegów z jednego zbiornika ok 50  | Tak |  |
| 1. 7
 | Urządzenie na ramie jezdnej  | Tak |  |

**Pozycja 15: Aparat do terapii ultradźwiękowej -1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )……………………………………………………………………..

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Duży (4,3’) kolorowy graficzny wyświetlacz z panelem dotykowym | Tak |  |
|  | Przyjazna obsługa przyciskami oraz ekranem dotykowym | Tak |  |
|  | Głowice dwuczęstotliwościowe: 1MHz i 3,3MHz o powierzchni 5cm2 i głowica automatyczna o pow. 18 cm2 | Tak |  |
|  | Praca ciągła i impulsowa | Tak |  |
|  | Do wyboru dwie wygodne, ergonomiczne wersje głowic | Tak |  |
|  | Głowice wodoodporne | Tak |  |
|  | Regulacja wypełnienia impulsów płynna lub skokowa | Tak |  |
| 1. 6
 | Sygnalizacja świetlna i dźwiękowa sprzęgania głowicy z pacjentem | Tak |  |
| 1. .
 | Gotowe programy zabiegowe dla typowych schorzeń | Tak |  |
|  | Częstotliwość impulsów 10-150Hz  | Tak |  |
|  | Wypełnienie impulsów płynnie 5-100% ,krok 5% | Tak |  |
|  | Wypełnienie impulsów skokowo 6,25%,12,5% 25%,50%  | Tak |  |
| 1. 6
 | Zegar sterujący-1s-30 min | Tak |  |
| 1. 7
 | Masa sterownika ok.2,5 kg  | Tak |  |

**Pozycja 16: Aparat do głębokiej stymulacji elektromagnetycznej -1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )……………………………………………………………………..

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Urządzenie do terapii polem magnetycznym o mocy minimum 2,5 tesle | Tak |  |
|  | Umożliwia stymulację głębokich struktur mięśniowych, co nie jest możliwe przy elektroterapiiStymuluje efektywnie tkanki mięśni bez bezpośredniego kontaktu ze skórąJest metodą bezbolesną, nieinwazyjną oraz odpowiednią dla pacjentów, u których niemożliwe jest użycie standardowej elektroterapii | Tak |  |
|  | Stymulacja elektromagnetyczna działająca silnie biostymulacyjnie oraz zwiększa siłę i mięśni na które oddziałuje. | Tak |  |
|  | Głębokość funkcjonalnej stymulacji powodującej skurcze mięśni minimum 10cm | Tak |  |
|  | Aparat dwukanałowy. Możliwość podłączenia 2 aplikatorów jednocześnie. | Tak |  |
|  | Możliwość zapisania własnych programów zabiegowych – minimum 100 | Tak |  |
|  | Graficzna baza jednostek chorobowych. Minimum 79 jednostek. | Tak |  |
| 1. 6
 | Modulacja amplitudy linii pola magnetycznego w zakresie min. 10% - 50% | Tak |  |
| 1. .
 | Modulacja częstotliwości w zakresie min. 1 do 160 Hz | Tak |  |
|  | Czas aktywności regulowany w zakresie min. 1 do 20 s | Tak |  |
|  | Regulowany czas trwania każdego cyklu min. 1 s – 20 min | Tak |  |
|  | Czas pauzy regulowany w zakresie min. 0 do 240 s | Tak |  |
| 1. 6
 | Możliwość zaprogramowania minimum 99 różnych cykli z różnymi konfiguracjami na jeden program zabiegowy | Tak |  |
| 1. 7
 | Czas trwania zabiegu regulowany w zakresie minimum 1 do 60 min | Tak |  |
|  | Aparat bezolejowy | Tak |  |
|  | Aparat do pracy ciągłej, nie wymaga przerw na chłodzenie | Tak |  |
|  | Aplikatory chłodzone powietrzem | Tak |  |
|  | Wymiary sterownika max. (W x L x H): 41 x 59 x 27 cm | Tak |  |
|  | Dotykowy ekran graficzny o przekątnej 8.4 cala | Tak |  |
|  | Waga sterownika max. 12kg | Tak |  |
|  | Urządzenie posiada certyfikat medyczny | Tak |  |
| 1. 6
 | Klasyfikacja IEC 60601/1: Klasa I, Type BF | Tak |  |
| 1. .
 | Klasyfikacja MDD 93/42/EEC: Klasa IIa | Tak |  |
|  | Aplikator manualny duży do aparatu o rozmiarze L- 15 cm | Tak |  |
|  | Dedykowany wózek z uchwytem na aplikator typy gęsia szyja. | Tak |  |
|  | Ulotki informacyjne dla pacjentów minimum 50szt. | Tak |  |

**Pozycja 17: Urządzenie do elektroterapii -2 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )……………………………………………………………………...

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Aparat umożliwia wykorzystanie 40 rodzajów modulacji prądu oraz szerokie zakresy ich regulacji | Tak |  |
|  | Niezależna regulacja natężenia prądu w każdym kanale | Tak |  |
|  | Program elektrodiagnostyki | Tak |  |
|  | Automatyczne wyliczanie podstawowych parametrów diagnostycznych | Tak |  |
|  | Funkcja elektrogimnastyki z szeroką możliwością regulacji | Tak |  |
|  | Tryb pracy programowy :baza gotowych parametrów zabiegów dla typowych schorzeń (ponad 100 pozycji) i manualny  | Tak |  |
|  | Indywidualna regulacja parametrów dla każdego pacjenta | Tak |  |
| 1. 6
 | Możliwość własnych ustawień parametrów zabiegu wybranych przez obsługę (50 pozycji) | Tak |  |
|  | Stymulacja porażeń wiotkich i spastycznych  | Tak |  |
| 1. .
 | Aparat z możliwością wykonywania zabiegów prądami:Diadynamicznymi wg Bernarda (MF, DF, CP, LP, RS, MM, CPiso, LPiso) - z możliwością ustawiania sekwencjiinterferencyjnymi wg Nemeca (statyczne, statyczne przerywane, statyczne wstępnie modulowane, dynamiczne)impulsowymi średniej częstotliwości (stymulacja porażeń - prostokąt, trójkąt, trapez, sinus - unipolarne i bipolarne)tonolizy wg HufschmidtaTENS (klasyczny, Burst, HV) - z funkcją modulacji drażniącej (impulsy stochastyczne)Kotz (standardowy i regulowany)Träbert (Ultra Reiz)(UR 2-5) (standardowy i regulowany)Faradycznymi i neofaradycznymigalwanicznymi (w tym jonoforeza) | Tak |  |
|  | Natężenie prądu interferencyjnego RMS: 0-60 mA | Tak |  |
|  | Natężenie prądu galwanicznego: 0-50 mA | Tak |  |
|  | Amplituda prądu TENS, HV, KOTZ, UR, faradycznego i neofaradycznego: 0-100 mA | Tak |  |
| 1. 6
 | Amplituda prądów impulsowych (stymulacji porażeń) i tonolizy: 0-100 mA | Tak |  |
| 1. .
 | Zasilanie: 230V / 50Hz / 70VA | Tak |  |
|  | Masa aparatu: 3 kg | Tak |  |
|  | Ekran ciekłokrystaliczny | Tak |  |
|  | Bieżąca kontrola sprawności aparatu | Tak |  |

**Pozycja 18: Aparat do magnetoterapii -1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )……………………………………………………………………...

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana |  Oferowana wartość |
|  | 2 niezależne w czasie zabiegi | Tak |  |
|  | każdy aplikator posiada swój własny zegar zabiegowy i może być włączany niezależnie od drugiego | Tak |  |
|  | Podłączenie na min, 2 aplikatory | Tak |  |
|  | Gotowe programy zabiegowe dla typowych schorzeń | Tak |  |
|  | Programy własne – możliwość zapisywanie własnych programów zabiegowych przez terapeutę. | Tak |  |
|  | Indywidualna regulacja wszystkich parametrów zabiegowych. | Tak |  |
|  | Kolorowy ekran graficzny min, 4 ‘’ z panelem dotykowy  | Tak |  |
| 1. 6
 | Obsługa przyciskami oraz ekranem dotykowym. | Tak |  |
|  | zakres częstotliwości pracy pola magnetycznego min. od 1 do 100Hz | Tak |  |
|  | automatyczna zmiana modulacji | Tak |  |
|  | Automatyczne wykrywanie aplikatura | Tak |  |
|  | Zmiana indukcji pola magnetycznego w zakresie min. 0-20 mT | Tak |  |
| 1. 6
 | Masa aparatu (sterownika < 5 kg | Tak |  |
| 1. .
 | Rozmiar sterownika 142 x 283 x 335 (+/- 5%) | Tak |  |
|  | Aplikator okrągły pola magnetycznego 600 mm | Tak |  |
|  | Aplikator okrągły pola magnetycznego 315 mm | Tak |  |
|  | Leżanka przesuwnik do aplikatura 600 mm | Tak |  |
| 18. | Stolik 3 półkowy pod aparat wykonany z aluminiowych profili z możliwością regulacji wysokości półek, wyposażony w kółka jezdne | Tak |  |

**Pozycja 19: Diatermia krótkofalowa -2 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )……………………………………………………………………...

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana |  Oferowana wartość |
|  | Aparat diatermia krótkofalowa –szt. 1 | Tak |  |
|  | Kolorowy ekran dotykowy min. 5,7”  | Tak |  |
|  | Praca w trybie ciągłym i impulsowym (efekt termiczny i a-termiczny) | Tak |  |
|  | Możliwość regulowania pozycji ramion w pełnym zakresie (360 stopni ) | Tak |  |
|  | Moc w trybie impulsowym 400 W  | Tak |  |
|  | Moc w trybie ciągłym 200 W | Tak |  |
|  | 62 gotowe programy terapeutyczne | Tak |  |
| 1. 6
 | encyklopedia z opisami terapii oraz kolorowymi ilustracjami, przedstawiającymi umiejscowienie aplikatorów | Tak |  |
|  | Możliwość tworzenia i zapisywania 100 własnych programów użytkownika | Tak |  |
|  | Częstotliwość pracy 27,12 MHz | Tak |  |
|  | Częstotliwość impulsu 50–1500 Hz  | Tak |  |
|  | Czas trwania impulsu 50–2000 µs | Tak |  |
| 1. 6
 | Możliwość jednoczesnej terapii dwoma aplikatorami indukcyjnymi | Tak |  |
| 1. .
 | Baza danych pacjentów | Tak |  |
|  | Jeden kanał pola kondensatorowego | Tak |  |
|  | Jeden lub dwa kanały pola indukcyjnego | Tak |  |
|  | Wymiary 560 x 980 x 560 mm | Tak |  |
|  | Aplikator indukcyjny o średnicy 14cm | Tak |  |
|  | Kabel do aplikatora indukcyjnego | Tak |  |
| 1. 18.
 | Waga 38 kg | Tak |  |

**Pozycja 20: Aparat do laseroterapii -1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )……………………………………………………………………...

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Sterownik do laseroterapii z aplikatorem skanującym i sondami punktowymi do laseroterapii | Tak |  |
|  | Aplikator skanujący R+IR 100mW +450mW ze statywem oraz sterownikiem : duża moc źródeł promieniowanie mierzona na wyjściu, trzy tryby kreślenia pola zabiegowego: elipsa, linia, krzywe w granicach prostokąta, regulacja wysokości ramienia 60-140cm, regulacja położenia głowicy w dwóch osiach, automatyczne przeliczanie czasu pracy w zależności od wielkości pola zabiegowego i odległości skanera od ciała pacjenta, głowica skanująca umieszczona na ramieniu wyposażonym w siłownik pneumatyczny podtrzymujący ramię, podstawa wyposażona w kółka z hamulcami, półka na sterownik i okulary | Tak |  |
|  | Sonda punktowa do laseroterapii punktowej IR o mocy 400mW i długości fali 808nm  | Tak |  |
|  | Sonda punktowa do laseroterapii punktowej R o mocy 80mW i długości fali 660 nm  | Tak |  |
|  |  - regulacja mocy sond i aplikatorów | Tak |  |
| 1. 6
 |  - tryb emisji: ciągły i impulsowy  | Tak |  |
|  | Możliwość podłączenia prętów światłowodowych do sond punktowych | Tak |  |
|  | Ilość gniazd do podłączenia aplikatorów - 3 | Tak |  |
|  | Tryb manualny i programowy | Tak |  |
|  | Kontrola nad parametrami zabiegowymi | Tak |  |
| 1. 6
 | Jednostki chorobowe w trybie programowym wybierane po nazwie | Tak |  |
| 1. .
 | Ilustrowana encyklopedia zabiegowa | Tak |  |
|  | Dawka energii :0,5 J/cm2 – 15 J/cm2 z krokiem regulacji 0,5 J/cm2 | Tak |  |
|  | Regulacja mocy 25%-100% | Tak |  |
|  | Wypełnienie przy pracy impulsowej 10 – 90% z krokiem regulacji 10% | Tak |  |
|  | Ilość wbudowanych programów zabiegowych :175  | Tak |  |
|  | Ilość sekwencji zabiegowych dla skanera 26 | Tak |  |
| 1. 18.
 | Gotowe programy z częstotliwościami Nogiera 8 | Tak |  |
|  | Programy użytkownika do 200  |  |  |
|  | Edycja nazw programów użytkownika | Tak |  |
|  | Możliwość automatycznego powtórzenia zabiegu | Tak |  |
| 1. 6
 |  Dotykowy Wyświetlacz 5'' | Tak |  |
| 1. .
 | Zegar zabiegowy 1 sekunda – 100 minut, krok zmienny | Tak |  |
|  | Wtyk blokady drzwi DOOR | Tak |  |
|  | Zasilanie 230V, 50Hz, 40W | Tak |  |
|  | Możliwość pracy na baterii | Tak |  |

**Pozycja 21: Wanna jezdna do masażu -1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )……………………………………………………………………...

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Wanna do masażu wirowego kończyn górnych i dolnych  | Tak |  |
|  | Skorupa wanny wykonana z materiału kompozytowego wzmacnianego włóknem szklanym | Tak |  |
|  | ilość dysz do hydromasażu min 14 szt. | Tak |  |
|  | Ilość dysz do masażu stóp min 4  | Tak |  |
|  | regulacja wydajności dysz i stopnia napowietrzania | Tak |  |
|  | zabezpieczenie pompy przed pracą na sucho | Tak |  |
|  | Maksymalna pojemność wanny 48 l | Tak |  |
| 1. 6
 | Użyteczna pojemność max 40 l | Tak |  |
|  | czas napełniania max 1,5 min. | Tak |  |
|  | Czas wypuszczania wody do kratki ściekowej max 4,1 min | Tak |  |
|  | Czas wypuszczania wody do umywalki max 5,9 min  | Tak |  |
|  | waga 70 kg +/- 5% | Tak |  |
| 1. 6
 | Wymiary długość x szerokość x wysokość ( 1060x660x795-1445 mm) +/- 5% | Tak |  |
| 1. .
 | Elektroniczne podnoszenie, regulacja wysokości min 600 mm | Tak |  |
|  | Zasilanie 230V/50 Hz | Tak |  |
|  | Moc min 800 VA | Tak |  |
|  | Wirówka nie wymagająca podłączania na stałe do sieci wod/kan | Tak |  |
|  | Wirówka wyposażona w cztery kółka w tym dwa z blokadą  | Tak |  |
|  | Elektromagnetyczny zmiękczacz wody Krzesło | Tak |  |
|  | Krzesło pacjenta  | Tak |  |

**Pozycja 22**: **Kozetka lekarska -20 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )……………………………………………………………………...

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Wymiary kozetki (wys. x dł. X szer.)52x188x56 | Tak |  |
|  | Rama malowana proszkowo  | Tak |  |
|  | leżysko dwuczęściowe  | Tak |  |
|  | Tapicerowane leżysko, materiał skóropodobny | Tak |  |
|  | Uchwyt na prześcieradło celulozowe  | Tak |  |

**Pozycja 23: Wózek na aparaty-6 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )……………………………………………………………………...

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Wózek trzypółkowy pod aparaturę | Tak |  |
|  | Wymiary min. (wys. x głęb. szer.) 80 x 51 x 46 cm +/-5% | Tak |  |
|  | Aluminiowa rama | Tak |  |
|  | Możliwość dowolnej regulacji wysokości półek | Tak |  |
|  | Kółka jezdne z hamulcem |  |  |
|  | Wyprofilowane wycięcia w podstawie wózka ułatwiające dostęp do urządzeń umieszczonych na wózku | Tak |  |

**Pozycja 24: Diatermia kontaktowa -1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )……………………………………………………………………...

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Diatermia oporowo-pojemnościowa do terapii celowanej | Tak |  |
|  | Różne częstotliwości pracy celem optymalizacji leczenia różnych tkanek na różnych głębokościach | Tak |  |
|  | Minimum 4 częstotliwości pracy 420 kHz +/- 5%500 kHz +/- 5%720 kHz +/- 5%1000 kHz +/- 5% | Tak |  |
|  | Maksymalna moc wyjściowa minimum: 300 W, regulowana w sposób ciągły | Tak |  |
|  | Częstotliwość trybu pulsowego 1-5 Hz | Tak |  |
|  | Pomiar i wskazanie przekazanej do tkanek energii (J) celem prawidłowego i powtarzalnego dawkowania energii | Tak |  |
|  | Wyświetlanie współczynnika oporności tkanek (celem ich rozróżniania co ułatwia jak najlepsze wykonanie zabiegu) - Ciągłe i impulsowe tryby działania (do zabiegów atermicznych) | Tak |  |
|  |  Wysokiej jakości wyświetlacz i pokrętło sterowania mocą | Tak |  |
|  | Wskaźnik świetlny aktywności elektrody (podczas zabiegu aplikator emituje światło o intensywności odpowiadającej jego mocy wyjściowej) | Tak |  |
|  | Monochromatyczny dotykowy monitor wysokiej jasności 130x72mm | Tak |  |
|  | Maksymalna moc wyjściowa na elektrodzie oporowej min. 400 Vpp | Tak |  |
|  | Maksymalne napięcie na elektrodzie pojemnościowej min. 600 Vpp | Tak |  |
|  | Podświetlane aplikatory | Tak |  |
|  | Wymiary DxSxW: 330 x 470 x 220 mm +/-10% | Tak |  |
|  | Masa max: 8 Kg | Tak |  |

**Pozycja 25: Urządzenie do leczenie dysfunkcji dna miednicy -1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )……………………………………………………………………...

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Urządzenie do terapii polem magnetycznym o mocy minimum 3 tesle. | Tak |  |
|  | Urządzenie do leczenia jednostek chorobowych takich jak:- zaburzenia układu moczowo-płciowego: np. nietrzymanie moczu u kobiet, ból prostaty, problemy z erekcją- problemy z mięśniami dna miednicy np. problemy pooperacyjne, poporodowe | Tak |  |
|  | Możliwość pracy na dwóch aplikatorach w trakcie jednego zabiegu. | Tak |  |
|  | Dotykowy ekran graficzny o przekątnej 8.4 cala | Tak |  |
|  | Aparat minimum dwukanałowy  | Tak |  |
|  | Impulsowe pole magnetyczne powodujące skurcze dna miednicy  | Tak |  |
|  | Bezkontaktowa metoda leczenia | Tak |  |
|  | Stymulacja elektromagnetyczna działająca silnie biostymulacyjnie oraz zwiększa siłę mięśni na które oddziałuje. | Tak |  |
|  | Głębokość funkcjonalnej stymulacji powodującej skurcze mięśni minimum 12cm w głąb organizmu | Tak |  |
|  | Graficzna baza jednostek chorobowych. Minimum 43 jednostek. | Tak |  |
|  | Możliwość zapisania własnych programów zabiegowych – minimum 100 | Tak |  |
|  | Modulacja kształtu linii pola magnetycznego, sinusoida, półsinusoida, trapez wstępujący, trapez zstępujący, prostąkąt z możliwością regulacji zakresów częstotliwości | Tak |  |
|  | Modulacja amplitudy linii pola magnetycznego w zakresie min. 10% - 50% | Tak |  |
|  | Modulacja częstotliwości w zakresie min. 1 do 160 Hz | Tak |  |
|  | Regulowany czas trwania każdego cyklu min. 1 s – 20 min | Tak |  |
|  | Czas aktywności regulowany w zakresie min. 1 do 20 s | Tak |  |
| 1. 6
 | Czas pauzy regulowany w zakresie min. 0 do 240 s | Tak |  |
| 1. .
 | Możliwość zaprogramowania minimum 99 różnych cykli z różnymi konfiguracjami na jeden program zabiegowy | Tak |  |
|  | Waga sterownika: 12 kg | Tak |  |
|  | Czas trwania zabiegu regulowany w zakresie minimum 1 do 60 min | Tak |  |
|  | Aparat bezolejowy | Tak |  |
|  | Sterownik | TAK, |  |
|  | Fotel bez większych elementów metalowych z wmontowanym aplikatorem w siedzisku do stymulacji mięśni dna miednicy | TAK,  |  |
|  | Wózek 3 – półkowy na kółkach dedykowany do urządzenia | TAK,  |  |
|  | Ulotki informacyjne dla pacjentów minimum 50szt. | TAK,  |  |

**Pozycja 26: Aparat do terapii falami uderzeniowymi -1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )………………………………………………………………………

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Urządzenie do terapii falą uderzeniową pracujące z aplikatorami o średnicy w przedziale minimalnym od 12mm do 36mm | Tak |  |
|  | Kolorowy dotykowy wyświetlacz LCD o przekątnej min. 12.1’’ | Tak |  |
|  | Wbudowane programy terapeutyczne ; 51 | Tak |  |
|  | Baza danych Pacjentów („kartoteka”) z możliwością rozszerzenia pamięci do min. 1.000.000 | Tak |  |
|  | Baza programów ulubionych z możliwością rozszerzenia pamięci do min. 1.000.000 | Tak |  |
|  | Licznik impulsów | Tak |  |
|  | Wizualna skala bólu  | Tak |  |
|  | Aktualizacja oprogramowania | Tak |  |
|  | Możliwość ustawienia przepływu energii do tkanki 0,68 mJ/mm2 | Tak |  |
|  | Możliwość zainstalowania dwóch gniazd do podłączenia dwóch aplikatorów | Tak |  |
|  | Aplikator fali uderzeniowej wyposażony w 4 rodzaje przekaźniki energii | Tak |  |
|  | Wyposażenie aparatu :* Aplikator
* Przewód zasilający
* 1 naboi regenerujących
* 1 komplet dodatkowych bezpieczników
* 1przekaźnik o rozmiarze S – metalowy
* 1 przekaźnik o rozmiarze M – metalowy
* 1 przekaźnik o rozmiarze Mlong – metalowy
* 1 przekaźnik o rozmiarze L – metalowy
* Instrukcja obsługi

 żel sprzęgający | Tak |  |
|  | Maksymalne ciśnienie zabiegowe 6,6 bar | Tak |  |
|  | Aparat wyposażony w kompresor powietrzny o mocy min. 7,4 bar | Tak |  |
|  | Częstotliwość uderzeń od 1 do 22 Hz ( opcjonalnie do 35 Hz ) | Tak |  |
|  | Głębokość penetracji zabiegowej min. 0 – 55 mm | Tak |  |

**Pozycja 27: Komora hiperbaryczna -1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )……………………………………………………………………..

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Komora hiperbaryczna z poliwęglanowo-aluminiowym cylindrem  | Tak |  |
|  | Wymiary(długość × średnica) 230 × 90 cm | Tak |  |
|  | Waga ~100 kg | Tak |  |
|  | Temperatura pracy 10ºC – 30ºC | Tak |  |
|  | Ciśnienie od 1,1 ATA do 1,5 ATA | Tak |  |
|  | Przyłącza pneumatyczne 16 mm | Tak |  |
|  | Liczba zaworów bezpieczeństwa 1 | Tak |  |
|  | Liczba manometrów 2 | Tak |  |
|  | Liczba okien 1 przesuwne | Tak |  |
|  | Klimatyzacja  | Tak |  |
|  | Typ sprężarki bezolejowa | Tak |  |
|  | Możliwość podłączenia dwóch koncentratorów | Tak |  |
|  | Sterowanie automatyczne | Tak |  |

**Pozycja 28: Inhalator ultradźwiękowy -1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )……………………………………………………………………...

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Inhalator do pracy ciągłej | Tak |  |
|  | Zabezpieczenie przed pracą na „sucho” – obwód wyłączający wytwarzanie aerozolu | Tak |  |
|  | Sterowanie funkcjami inhalatora z pomocą ekranu dotykowego | Tak |  |
|  | Pobór mocy max. 60VA | Tak |  |
|  | Poziom głośności mniejszy niż 35dB | Tak |  |
|  | Częstotliwość przetwornika 1,7MHz | Tak |  |
|  | Zakres nebulizacji regulowany w zakresie minimum 0-3 ml/min | Tak |  |
|  | Zakres średnicy cząstek minimum 0,5-5,0µm | Tak |  |
|  | Przepływ powietrza regulowany do max. 20 l/min | Tak |  |
|  | Pojemność zbiornika na wodę 300 ml +/- 10% | Tak |  |
|  | Pojemność maksymalna zbiornika na lek min. 150 ml | Tak |  |
|  | Zegar czasu rzeczywistego | Tak |  |
|  | Ustawienie czasu 1-100 minut | Tak |  |
|  | Wyświetlacz LCD  | Tak |  |
|  | Wymiary 260x250x200 mm +/- 10% | Tak |  |
|  | Waga do 2 kg | Tak |  |
|  | Wyposażenie: wąż pacjenta, maska dla dorosłych x 1 szt.,, maska dla dzieci x 1 szt., filtr antybakteryjny x 1 szt., ustnik, 3 wkładki do dozowania małych ilości, kabel zasilający | Tak |  |

**Pozycja 29:** **Zestaw do miejscowej terapii zimnem lub ciepłem z wyposażeniem -1 kpl**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji (2023)……………………………………………………………………......

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Kombinacja krioterapii i terapii cieplnej oraz presoterapii | Tak |  |
|  | Regulacja temperatur w zakresie min 0 do +40st C | Tak |  |
|  | Czas terapii 1-90 min  | Tak |  |
|  | Precyzyjne ustawienie temperatury zabiegu | Tak |  |
|  | Wyposażenie z mankietami 12 komorowymi | Tak |  |
|  | Praca w min 4 trybach  | Tak |  |
|  | Możliwość pracy dwóch mankietów jednocześnie  | Tak |  |
|  | Wyposażenie min 3 mankiety 12 komorowe | Tak |  |

**Pozycja 30: Diodowy aparat do laseroterapii -1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )……………………………………………………………………...

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Typ źródła: laser diodowy | Tak |  |
|  | **4 długości fal**: **660 nm, 800 nm, 905 nm i 970 nm** +/- 15nm zapewniając idealnie zoptymalizowany zakres długości fal stosowanych w konkretnych jednostkach chorobowych przy laseroterapii wysokoenergetycznej plus dodatkowa wiązka prowadząca 650nm ±15nm, max. 1mW | Tak |  |
|  | Moc max. CW 15.0 W +/-3% | Tak |  |
|  | Moc maksymalna w trybie impulsowym min. 20 W | Tak |  |
|  | Moc min. CW 0.1 W +/-3% | Tak |  |
|  | Częstotliwość (Intense Super Pulse) pozwalająca redukować efekt termiczny i zwiększać głębokość działania laseroterapii regulowana do 20W | Tak |  |
|  | Modalność emisji promieniowania: CW (fale ciągłe) lub modulowane w zakresie minimalnym 1Hz do 20 000Hz, z modulacją co 1Hz  | Tak |  |
|  | Aktywacja lasera - ręczny przełącznik elektryczny | Tak |  |
|  | Zasilanie zewnętrzny, 100-240 V AC, 50/60 Hz (+5%) | Tak |  |
|  | Kolorowy ekran dotykowy LCD | Tak |  |
|  | Oprogramowanie z wbudowanym algorytmem dostosowującym parametry terapii do wybranego typu budowy typologicznej minimum: endomorficzny, mezomorficzny i ektomorficzny (wg. Sheldona) | Tak |  |
|  | Oprogramowanie z wbudowanym algorytmem dostosowującym parametry terapii do wybranej zawartości melaniny i pigmentacji skóry | Tak |  |
|  | Oprogramowanie z wbudowanym algorytmem dostosowującym parametry terapii w zależności od wybranej intensywności oraz chroniczności bólu | Tak |  |
|  | Wymiary: (szerokość, długość, wysokość) 180 x 200 x 190 mm +/- 10% | Tak |  |
|  | Złącze USB umożliwiające łatwą aktualizację oprogramowania oraz transfer danych użytkowników pomiędzy urządzeniem a pamięcią podręczną | Tak |  |
|  | Możliwość podglądu historii pracy urządzenia | Tak |  |
|  | Laser przenośny. Waga max. 1300g (sterowniki z baterią) | Tak |  |
|  | Dwie pary okularów ochronnych do laseroterapii w zestawie | TAK |  |
|  | Rękojeść z regulowaną wiązką optyczną w zakresie minimum 1 do 5cm2 i ręcznym przełącznikiem | TAK |  |
|  | Odkręcana, gwintowana końcówka sondy nadająca się do dezynfekcji i sterylizacji | TAK |  |
|  | Połączenie typu Interlock | TAK |  |
|  | Wbudowana bateria | TAK |  |
|  | Standardowo laser zapakowany w eleganckie pudełko wielokrotnego użytku zapewniające bezpieczny transport | TAK |  |
|  | Baza jednostek chorobowych | TAK |  |
|  | Intuicyjny interfejs graficzny | TAK |  |
|  | Możliwość tworzenia i zapisywania własnych terapii | TAK |  |

**Pozycja 31: Drabinki rehabilitacyjne -5 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )……………………………………………………………………...

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Drabinka rehabilitacyjna z uchwytem | Tak |  |
|  | Wymiary 225x90 cm | Tak |  |
|  | Obciążenie na uchwycie 130 kg  | Tak |  |
|  | Drabinka multifunkcja  | Tak |  |

**Pozycja 32: Bieżnia -1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………….......................

Oferowany model …………………………………………………………….................

Producent …………………………………………………………………………….............

Kraj pochodzenia ……………………………………………………………………...........

Rok produkcji ( 2023 )……………………………………………………………………….

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Bieżnia rehabilitacyjna z poręczami  | Tak |  |
|  | Zakres prędkości 0 – 19,2 km/h | Tak |  |
|  | Zakres wzniosu 0 – 15° | Tak |  |
|  | Praca w dwóch kierunkach  | Tak |  |
|  | Zdalny przycisk Stop | Tak |  |
|  | Powierzchnia biegowa 53x160 cm | Tak |  |
|  | Funkcjonalna konsola z ekranem LED  | Tak |  |
|  | Liczba programów min 8  | Tak |  |
|  | Wskaźnik pulsu | Tak |  |
|  | Zasilanie 100-240 VAC +- 20%, 50/60 HZ, 1,5 A | Tak |  |
|  | Max. Waga użytkownika do 250 kg  | Tak |  |

**Pozycja 33: Pozycja 2: Podnośnik do łózka -15 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )……………………………………………………………………...

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Maksymalny udźwig: 275 kg | Tak |  |
|  | Długość pasa podnośnika: maks. 2200 mm | Tak |  |
|  | Waga urządzenia: maks. 6,7 kg bez wieszaka | Tak |  |
|  | Wymiary: maks. 320 x 130 mm | Tak |  |
|  | Akumulator: 36 V, akumulator kwasowo-ołowiowy | Tak |  |
|  | Ładowanie: 100 - 240 V, 0,5A. | Tak |  |
|  | Gniazdo ładowarki mocowane na ścianie | Tak |  |
|  | Odporność podnośnika na czynniki zewnętrzne: IPx4 | Tak |  |
|  | Obudowa: odporna na uderzenia, profilowany ABS | Tak |  |
|  | Możliwość sterowania za pomocą przewodowego pilota i z panela kasety | Tak |  |
|  | Odporność pilota na czynniki zewnętrzne: IPx7 | Tak |  |
|  | Mocowanie podnośnika do instalacji szynowej za pomocą bagnetu | Tak |  |
|  | Szybkie i łatwe zdejmowanie podnośnika z instalacji bez użycia narzędzi  | Tak |  |
|  | poziom hałasu podczas podnoszenia/opuszczaniabez obciążenia maks. 51dB(A) | Tak |  |
|  | Poziom hałasu podczas podnoszenia/opuszczania przy maksymalnym obciążeniu maks 56dB(A) | Tak |  |
|  | Prędkość opuszczania min. 43 mm/sec z obciążeniem 89 kg | Tak |  |
|  | Prędkość podnoszenia 30 mm/sec z obciążeniem 89 kg | Tak |  |
|  | Ilość podniesień na 1 ładowaniu 50 podniesień na wys. 0,5m przy obciążeniu 100kg | Tak |  |
|  | Wieszak z ochronną warstwą pianki | Tak |  |
|  | Zamykane haki wieszaka | Tak |  |
|  | Zakres podnoszenia – 1950 mm | Tak |  |
|  | Silnik kontrolujący miękki start oraz zatrzymanie | Tak |  |
|  | Elektryczne opuszczanie awaryjne | Tak |  |
|  | Manualne opuszczanie awaryjne | Tak |  |
|  | Elektryczne zatrzymywanie awaryjne | Tak |  |
|  | Wskaźnik niskiego naładowania akumulatora (dioda LED) | Tak |  |
|  | Wskaźnik ładowania - dioda | Tak |  |
|  | Wskaźnik trybu włączonego | Tak |  |
|  | Ochrona przed przeciążeniem | Tak |  |
|  | Ładowanie akumulatorów kasety podnośnika poprzez pilota | Tak |  |
|  | Pilot z funkcją magnetycznego mocowania w naściennym gnieździe ładowarki  | Tak |  |
|  | Naścienne gniazdo ładowania akumulatorów z funkcją magnetycznego mocowania pilota | Tak |  |
|  | Gniazdo ładowarki mocowane na ścianie  | Tak |  |
|  | 3 komplety podwieszek do każdego urządzenia kompatybilne z oferowanymi wcześniej parametrami urządzenia.  | Tak |  |

**Pozycja 34: Platforma do analizy równowagi, stania i chodu -1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )……………………………………………………………………....

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Mata tensometryczna o długości 380cm z biofeedback | Tak |  |
|  | Badania rozkładu nacisku stóp na podłoże | Tak |  |
|  | Ocena reakcji sił podłoża w warunkach statycznych i dynamicznych, | Tak |  |
|  | Ocena reakcji podłoża, pedobarografem, podobarografem, baropodometrem itp.)  | Tak |  |
|  | ocena zaburzeń chodu i lokomocji oraz opcjonalnie badanie równowagi i zaburzeń koordynacji wzrokowo ruchowej | Tak |  |
|  | Możliwość zapisu kilku kroków w obu kierunkach | Tak |  |
|  | Częstotliwość próbkowania do 200Hz w czasie rzeczywistym | Tak |  |
|  | Czujniki rezystancyjne, pokryte 24 karatowym złotem; | Tak |  |
|  | Dodatkowe pasywne ścieżki | Tak |  |
|  | Czujniki kwadratowe | Tak |  |

**Pakiet nr 2**

**Pozycja 1: Obrotowa platforma do przesadzania niepełnosprawnych - 20 szt**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji (2023) ……………………………………………………………………....

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Transfer z łóżka na wózek/krzesło toaletowe | Tak |  |
|  | Transfer z wózka na toaletę | Tak |  |
|  | Transfer z fotela na wózek/krzesło toaletowe | Tak |  |
|  | Regulowane podpórki kolan | Tak |  |
|  | Płyta obrotowa wykonana z aluminium z kołami do transportu | Tak |  |
|  | Rękojeść w kolorze widocznym dla osób z problemami widzenia | Tak |  |
|  | Waga do 8 kg | Tak |  |
|  | Maksymalna waga pacjenta do 200 kg | Tak |  |

**Pozycja 2: Ergometr -3 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji (2023)……………………………………………………………………......

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Ergometr pionowy | Tak |  |
|  | Pomiar pulsu za pomocą czujników w uchwytach | Tak |  |
|  | System oporu generowany generatorem prądotwórczym | Tak |  |
|  | Poziomy oporu min 20 | Tak |  |
|  | Napęd pas Poly-V | Tak |  |
|  | Regulacja siodełka w pionie i poziomie | Tak |  |
|  | Koło zamachowe waga min. 14 kg | Tak |  |
|  | Wyświetlacz typu LED | Tak |  |
|  | Wyświetlane funkcje min.: czas, dystans, kalorie, puls, prędkość, RPM, Watt, poziom oporu | Tak |  |
|  | Programy: min. 12 programów treningowych  | Tak |  |
|  | Wymiary max :120x59x151 cm | Tak |  |
|  | Waga ergometru max 65 kg | Tak |  |
|  | Maksymalna waga pacjenta min. 150 kg  | Tak |  |

**Pozycja 3: Krzesła dla pacjentów -30 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )……………………………………………………………………..

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Stelaż metalowy malowany proszkowo | Tak |  |
|  | Oparcie i siedzisko tapicerowane | Tak |  |
|  | Obicie materiał skóropodobny | Tak |  |
|  | Wysokość całkowita 82 cm | Tak |  |
|  | Szerokość całkowita 53 cm | Tak |  |

**Pozycja 4**: **Ławka dla pacjentów -1szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )……………………………………………………………………...

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Ławka trzyosobowa | Tak |  |
|  | Stelaż metalowy | Tak |  |
|  | Tapicerka siedzeń oraz obic skóropodobna | Tak |  |
|  | Szerokość 166 cm | Tak |  |
|  | Głębokość 60 cm  | Tak |  |
| 6. | Wysokość 80 cm  | Tak |  |

**Pozycja 5: stołek obrotowy -15szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )……………………………………………………………………...

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Stołek obrotowy | Tak |  |
|  | Siedzisko tapicerowane  | Tak |  |
|  | Wysokość regulowana sprężyną gazową  | Tak |  |
|  | Regulacja wysokości min. 44-55 cm  | Tak |  |
|  | Średnica siedziska min 34 cm  | Tak |  |

**Pozycja 6: Step do aerobiku -2 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )……………………………………………………………………...

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Step do fitness 3 stopniowy  | Tak |  |
|  | Materiał: Tworzywo PP | Tak |  |
|  | Powierzchnia do ćwiczeń: 67x27,5 cm | Tak |  |
|  | Wysokość: regulowana: 10,5; 15; 20 cm | Tak |  |
|  | Waga: 2,75 kg | Tak |  |
| 6. | Maksymalne obciążenie: 250 kg | Tak |  |

**Pozycja 7:** **Podnóżek do kozetki -20 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )……………………………………………………………………...

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Podnóżek ze stalową konstrukcją malowana proszkowo | Tak |  |
|  | Podest wykonany z materiału HPL | Tak |  |
|  | Wymiary(wys. x szer. x gł.)20x55x28 cm | Tak |  |
|  | Masa podnóżka 10 kg. | Tak |  |

**Pozycja 8: Okulary UV -7 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )……………………………………………………………………..

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Okulary UV dla operatora | Tak |  |
|  | Okulary przepuszczające światło widzialne | Tak |  |
|  | Norma EN 166, EN 169 | Tak |  |
|  | Klasa ochrony spawalniczej 1,7 | Tak |  |

**Pozycja 9: Okulary ochronne do laseroterapii -7 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )……………………………………………………………………..

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Okulary dla pacjenta i terapeuty podczas zabiegu laseroterapii biostymulacyjne | Tak |  |
|  | Filtr ochronny w zakresie promieniowania 650-845 nm | Tak |  |
|  | Waga 45 g | Tak |  |
|  | Rozstaw zauszników 150 mm | Tak |  |

**Pozycja 10: Szafa lekarska -1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )……………………………………………………………………...

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Korpus szafy wykonany z blachy gr. 0,8 mm | Tak |  |
|  | Drzwi szafy przeszklone | Tak |  |
|  | Półki szklane | Tak |  |
|  | Uchwyt drzwiowy z zamkiem zabezpieczającym, ryglującym drzwi w dwóch punktach | Tak |  |
|  | Wymiary (wys. x szer. x głęb.): 1800x1000x435mm +/-3% | Tak |  |
|  | Waga: 104kg | Tak |  |

**Pozycja 11: Trener równowagi -5 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )……………………………………………………………………...

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Wartość oferowana  |
|  | jednokomorowa podkładka powietrzna | Tak |  |
|  | regulacja stopnia trudności poprzez zmianę ciśnienia | Tak |  |
|  | Podstawa wykonana z utwardzonego PVC | Tak |  |
|  | Średnica powierzchni do balansowania: 54,5 cm | Tak |  |
|  | całkowita średnica: 57,5 cm (w obszarze ekspanderów 63,5 cm) |  |  |
|  | wysokość: 22 cm (można regulować przez zagęszczanie) |  |  |
|  | długość ekspanderów: 80 cm |  |  |
|  | maksymalna nośność: 200 kg |  |  |
|  | waga: 5 kg |  |  |
|  | Zestaw zawiera pompkę |  |  |
|  | 2 dodatkowe linki, zwiększające zakres możliwych do wykonywania ćwiczeń |  |  |

**Pozycja 12: Zestaw hantli -1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )………………………………………………………………………

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Hantle stałe, ogumowane | Tak |  |
|  | Hantle 2x 2,5 kg | Tak |  |
|  | Hantle 2x 5 kg | Tak |  |
|  | Hantle 2x 7,5 kg | Tak |  |
|  | Hantle 2x 10 kg | Tak |  |
|  | Hantle 2x 12,5 kg | Tak |  |
|  | Hantle 2x 15 kg | Tak |  |
|  | Hantle 2x 17,5 kg | Tak |  |
|  | Hantle 2x 20 kg | Tak |  |
|  | Hantle 2x 22,5 kg | Tak |  |
|  | Hantle 2x 25 kg | Tak |  |
|  | Materiał guma + stal chromowana | Tak |  |
|  | Stojak na zestaw hantli wskazanych powyżej | Tak |  |

**Pozycja 13: Dysk korekcyjny -5 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )……………………………………………………………………...

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Średnica 50 cm | Tak |  |
|  | wytrzymałe na duże obciążenia, odporne na zużycie | Tak |  |
|  | Dwustronny, dysk wypełniony powietrzem | Tak |  |
|  | posiada zaworek umożliwiający regulację twardości przyboru | Tak |  |
|  | Pompka w zestawie  | Tak |  |

**Pozycja 14: Platforma równoważna -2 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )……………………………………………………………………...

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Konstrukcja drewniana | Tak |  |
|  | Maksymalne obciążenie: 200 kg | Tak |  |
|  | Pod drewnianą platformą zamocowane dwie małe piłeczki wypełnione powietrzem | Tak |  |
|  | Wymiary: 48 x 48 x 7 cm | Tak |  |

**Pozycja 15: Komplet piłek rehabilitacyjnych -1 kpl.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )……………………………………………………………………...

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Piłki rehabilitacyjne  | Tak |  |
|  | Waga 0,5 do 3,0 kg co 0,5 kg po 1 szt | Tak |  |

**Pozycja 16: Taśmy rehabilitacyjne -1 kpl.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )……………………………………………………………………...

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Taśmy rehabilitacyjne bezlateksowe  | Tak |  |
|  | Długość 45,5 m | Tak |  |
|  | Trzy poziomy oporu: słaby, średni, mocny  | Tak |  |

**Pozycja 17: Wałek do masażu (Roller) -3 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )……………………………………………………………………...

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Roller/wałek gładki do masażu | Tak |  |
|  | Długość: 90 cm | Tak |  |
|  | Średnica: 15 cm | Tak |  |
|  | Twardy | Tak |  |

**Pozycja 18: Zestaw do ćwiczeń z obciążeniem -1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )……………………………………………………………………...

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Sztanga do cwiczen* Gryf prosty**170 cm, 10 kg, 30 mm**
* **90 kg obciążęń winylowych**: 4 x 2,5 kg, 2 x 5kg, 4 x 10kg, 2 x 15 kg
* **2 gwintowane zaciski w zestawie**
 | Tak |  |
|  | Ławka pod sztangę ze stojakiem* Ławka z 2-stopniową regulacją nachylenia
* Stojak z 5-stopniową regulacją wysokości
* Udżwig stojaka **200 kg**
* Udżwig oparcia **200 kg**
* **Możliwość składania**
* Wymiary (dł/szer/wys): **118/55/112 cm**
* Wymiary oparcia (dł/szer/wys): **110 / 25 / 5 cm**
* Waga **20 kg**
 | Tak |  |
|  | Modlitewnik do ćwiczeń* **Regulowany modlitewnik**
* **5-stopniowa regulacja modlitewnika**
* **5-stopniowa regulacja siedziska**
* **Udźwig modlitewnika: min. 100 kg**
* Udźwig stojaka: min. **80 kg**
* Udźwig siedziska: min. **150 kg**
* Wymiary: min. **96 x 65 x 103 cm**
* Waga: min. **14,5kg**
 | Tak |  |

**Pozycja 19: Fotel rehabilitacyjny -1 szt.**

Nazwa własna …………………………………………………………..........................

Oferowany model …………………………………………………………....................

Producent …………………………………………………………………………................

Kraj pochodzenia …………………………………………………………………..............

Rok produkcji ( 2023 )……………………………………………………………………..

Gwarancja …………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
|  | Przeznaczony do ćwiczeń wspomaganych biernych i czynnych wolnych i z oporem stawów kolanowych  | Tak |  |
|  | Wyposażonych w dwie głowice do ćwiczeń oporowych | Tak |  |
|  | wyposażony w pas do stabilizacji ud, miednicy i klatki piersiowej | Tak |  |
|  | wysokość siedziska 70 cm (+/-5 %) | Tak |  |
|  | wysokość całkowita 155 cm (+/-5%) | Tak |  |
|  | masa max 50 kg | Tak |  |
|  | szerokość fotela 100 cm | Tak |  |
|  | długość rozłożonego fotela 168 cm (+/- 5%) | Tak |  |
|  | obciążenie 10 kg (+/- 5%) | Tak |  |

**UWAGA! (DOTYCZY WSZYSTKICH POZYCJI W PAKIECIE NR 1 I W PAKIECIE NR 2)**

Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie wyrób medyczny już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „oferowana wartość” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”, bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

............................., dnia .......................... ………………....…………………………

 *(podpis Wykonawcy / Wykonawców)*

**Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**