**Załącznik nr 1A Formularz ofertowy**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nazwa i adres Wykonawcy)

**Formularz ofertowy**

Odpowiadając na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym pn. **„Budowa Infrastruktury Sportowo - Rehabilitacyjno - Edukacyjnej w Pobiedziskach”**

składamy niniejszym ofertę na wyposażenie w ramach zadania 6

**Wykonawca zobowiązany jest wypełnić tabele dot. parametrów oferowanego wyposażenia/ urządzeń.**

* Wyposażenie rehabilitacyjne w części WTZ i ŚDS:

A – Aparat do magnetoterapii – 1 sztuka

B - Aparat do terapii skojarzonej: elektroterapia i ultradźwięki – 1 sztuka

C – Aparat do krioterapii – 1 sztuka

D – System do rehabilitacji, reedukacji chodu i pionizacji w odciążeniu pacjenta –

E – Aparat do mikropolaryzacji – 1 sztuka

F – Bieżnia – 2 sztuki

G – Rower treningowy – 4 sztuki

H – Orbitrek – 2 sztuki

I – Ergometr – 2 sztuki

J – Monitor interaktywny – 2 sztuki

K – Zestaw światłowodów – 1 sztuka

L – Kolumna wodna – 1 sztuka

|  |
| --- |
| **A – APARAT DO MAGNETOTERAPII – 1 SZTUKA** |
| Lp. | Opis wymaganych parametrów technicznych | Wymagane parametry graniczne / wartość | Parametry oferowanego urządzenia |
|  | Nazwa handlowa, producent i model | Podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok min. produkcji 2024r.  | Tak - podać |  |
|  | Urządzanie przeznaczone do terapii polem magnetycznym | Tak |  |
|  | Urządzenie z dwoma niezależnymi kanałami zabiegowymi | Tak |  |
|  | Urządzenie z emisją ciągłą i impulsową | Tak |  |
|  | Emisja pola w kształtach min. prostokątnym jedno- i dwupołówkowym, trójkątnym jedno- i dwupołówkowym, sinusoidalnym jednopołówkowym, impulsowym jednopołówkowym |  |  |
|  | Urządzenie ze wizualnym wskaźnikiem aktywności pola  | Tak |  |
|  | Częstotliwość pracy urządzenia w zakresie 2 - 140 Hz lub szerszym | Tak |  |
|  | Dokładność zakresu częstotliwości pola magnetycznego do 0,01Hz | Tak - podać |  |
|  | Dokładność ustawiania czasu zabiegu z dokładnością do 1 sek. | Tak - podać |  |
|  | Urządzenie z możliwością wyboru jednostek chorobowych po nazwie | Tak |  |
|  | Gotowe programy zabiegowe z wizualizacją 3D | Tak |  |
|  | Urządzenie z możliwością tworzenia programów terapeutycznych użytkownika | Tak |  |
|  | Kolorowy ekran dotykowy min. 7” | Tak - podać |  |
|  | Urządzenie wyposażone w aplikator solenoidalny/ szpulowy o średnicy 35cm i maksymalnej indukcji znamionowej w środku: 10mT | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w aplikator solenoidalny/ szpulowy o średnicy 60cm i maksymalnej indukcji znamionowej w środku: 4mT, na dedykowanej leżance z odpowiednim systemem jezdnym  | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w mobilny stolik aparaturowy z dwoma półkami i uchwytem na papier, z hamulcami oraz możliwością regulacji wysokości półek | Tak |  |
|  | Maksymalna masa urządzenia 7kg | Tak - podać |  |
|  | Zasilanie 230 V/50–60 Hz | Tak |  |
| **Dodatkowe warunki zamówienia:** |
|  | Najpóźniej w ostatnim dniu okresu objętego gwarancją odblokowanie sprzętu w sposób zapewniający możliwość świadczenia usług pogwarancyjnych bezpośrednio przez Zamawiającego. W szczególności przekazanie Zamawiającemu wszelkich niezbędnych dostępów i kodów serwisowych do urządzenia. | Tak |  |
|  | Deklaracja zgodności i certyfikat zgodności jeżeli dotyczy – na potwierdzenie, że oferowany wyrób jest wyrobem medycznym spełniającym wymagana Dyrektywy 93/42/EWG (MDD) albo Rozporządzenia UE 2017/745 (MDR) – ***dokumenty potwierdzające dołączyć do oferty*** | Tak |  |
|  | Przeglądy techniczne zgodnie z zaleceniami producenta bezpłatnie w ramach obowiązującej gwarancji | Tak |  |
|  | Dostawa, montaż, uruchomienie i przeszkolenie z użytkowania oraz serwisowania urządzenia | Tak |  |

|  |
| --- |
| **B - APARAT DO TERAPII SKOJARZONEJ: ELEKTROTERAPIA I ULTRADŹWIĘKI – 1 SZTUKA** |
| Lp. | Opis wymaganych parametrów technicznych | Wymagane parametry graniczne / wartość | Parametry oferowanego urządzenia |
|  | Nazwa handlowa, producent i model | Podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok min. produkcji 2024r.  | Tak - podać |  |
|  | Urządzenie do rehabilitacji za pomocą terapii skojarzonej: elektroterapia i ultradźwięki | Tak |  |
|  | Urządzenie do terapii za pomocą prądów:Galwanicznych, diadynamicznych, impulsowych, interferencyjnych, Kotz’a, unipolarnych falujących, TENS,tonolizy, mikroprądów | Tak |  |
|  | Dla elektroterapii czas zabiegowy w zakresie 1-60 minut lub szerszy | Tak |  |
|  | Częstotliwość pracy 1Mhz | Tak |  |
|  | Maksymalne natężenie dla terapii ultradźwiękami: 2/ 3 W/ cm2 | Tak |  |
|  | Wskaźnik wypełnienia w zakresie 5-75% lub szerszym | Tak - podać |  |
|  | Dla ultradźwięków czas zabiegowy w zakresie 1-30 minut lub szerszy | Tak - podać |  |
|  | Urządzenie wyposażone w akcesoria do **elektroterapii**:- 4 szt. elektrod w rozmiarze 6 x 6 cm,- 2 szt. elektrod w rozmiarze 7,5 x 9 cm,- 8 szt. pokrowców do elektrod 6 x 6 cm, - 4 szt. pokrowców do elektrod 7,5 x 9 cm, - 2 szt. pasów w rozmiarze 40 x 9 cm,- 2 szt. pasów w rozmiarze 100 x 9 cm,- 2 szt. kabli pacjenta | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w akcesoria do **ultradźwięków**:- głowica 1 MHz 1 cm2 z uchwytem,- głowica 1 MHz, 4 cm2 z uchwytem,- żel min. 0,5l | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w torbę przenośną dedykowaną do aparatu wraz z wyposażeniem | Tak |  |
|  | Maksymalna masa urządzenia 7kg | Tak - podać |  |
|  | Zasilanie 230 V/50–60 Hz | Tak |  |
| **Dodatkowe warunki zamówienia:** |
|  | Najpóźniej w ostatnim dniu okresu objętego gwarancją odblokowanie sprzętu w sposób zapewniający możliwość świadczenia usług pogwarancyjnych bezpośrednio przez Zamawiającego. W szczególności przekazanie Zamawiającemu wszelkich niezbędnych dostępów i kodów serwisowych do urządzenia. | Tak |  |
|  | Deklaracja zgodności i certyfikat zgodności jeżeli dotyczy – na potwierdzenie, że oferowany wyrób jest wyrobem medycznym spełniającym wymagana Dyrektywy 93/42/EWG (MDD) albo Rozporządzenia UE 2017/745 (MDR) – ***dokumenty potwierdzające dołączyć do oferty*** | Tak |  |
|  | Przeglądy techniczne zgodnie z zaleceniami producenta bezpłatnie w ramach obowiązującej gwarancji | Tak |  |
|  | Dostawa, montaż, uruchomienie i przeszkolenie z użytkowania oraz serwisowania urządzenia | Tak |  |

|  |
| --- |
| **C - APARAT DO KRIOTERAPII – 1 SZTUKA** |
| Lp. | Opis wymaganych parametrów technicznych | Wymagane parametry graniczne / wartość | Parametry oferowanego urządzenia |
|  | Nazwa handlowa, producent i model | Podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok min. produkcji 2024r.  | Tak - podać |  |
|  | Urządzenie do terapii nadmuchem zimnego powietrza | Tak |  |
|  | Temperatura zabiegowa -30°C | Tak |  |
|  | Obieg zamknięty powietrza, bez konieczności używania skroplonych gazów | Tak |  |
|  | Maksymalny przepływ powietrza 9000 l/min  | Tak - podać |  |
|  | Urządzenie wyposażone w 3 różne dysze nadmuchowe o średnicy 5, 10 i 15 mm wraz z końcówkami | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w panel sterujący | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w regulowane ramię podtrzymujące do zamontowania dyszy nadmuchowej w konkretnej pozycji | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w blat na akcesoria  | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w zbiornik na skroploną ciecz  | Tak |  |
|  | Urządzenie posiadające 9 wbudowanych poziomów nadmuchu | Tak |  |
|  | Masa urządzenia < 80 kg | Tak - podać |  |
|  | Urządzenie na 4 kołach | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w uchwyt na aplikator | Tak |  |
|  | Urządzenie mobilne, z hamulcami, na stoliku aparaturowym | Tak |  |
|  | Maksymalna masa urządzenia: 30 kg | Tak - podać |  |
|  | Zasilanie 230V/50-60Hz | Tak |  |
| **Dodatkowe warunki zamówienia:** |
|  | Najpóźniej w ostatnim dniu okresu objętego gwarancją odblokowanie sprzętu w sposób zapewniający możliwość świadczenia usług pogwarancyjnych bezpośrednio przez Zamawiającego. W szczególności przekazanie Zamawiającemu wszelkich niezbędnych dostępów i kodów serwisowych do urządzenia. | Tak |  |
|  | Deklaracja zgodności i certyfikat zgodności jeżeli dotyczy – na potwierdzenie, że oferowany wyrób jest wyrobem medycznym spełniającym wymagana Dyrektywy 93/42/EWG (MDD) albo Rozporządzenia UE 2017/745 (MDR) – ***dokumenty potwierdzające dołączyć do oferty*** | Tak |  |
|  | Przeglądy techniczne zgodnie z zaleceniami producenta bezpłatnie w ramach obowiązującej gwarancji | Tak |  |
|  | Dostawa, montaż, uruchomienie i przeszkolenie z użytkowania oraz serwisowania urządzenia | Tak |  |

|  |
| --- |
| **D - SYSTEM DO REHABILITACJI, REEDUKACJI CHODU I PIONIZACJI W ODCIĄŻENIU PACJENTA – 2 SZTUKI** |
| Lp. | Opis wymaganych parametrów technicznych | Wymagane parametry graniczne / wartość | Parametry oferowanego urządzenia |
|  | Nazwa handlowa, producent i model | Podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok min. produkcji 2024r.  | Tak - podać |  |
|  | System przeznaczony do rehabilitacji, reedukacji chodu oraz pionizacji | Tak |  |
|  | System zasilany elektrycznie  | Tak |  |
|  | System z elastycznym odciążeniem pacjenta przy pomocy gum | Tak |  |
|  | System mocowany do ściany wraz z podciągiem | Tak |  |
|  | System wieloelementowy, składający z się lin, pasów, podwieszek, mankietów, pasów biodrowych, stabilizatorów głowy, pasów piersiowych, stabilizatorów do podwieszania, kamizelek pionizacyjnych i innych, pozwalających na prowadzenie terapii z pacjentami z niepełnosprawnością ruchową, osobami leżącymi, poruszającymi się na wózku itp. | Tak |  |
|  | System wyposażony w:- stalowe elementy konstrukcyjne - podciąg wraz z wyposażeniem- drążek obrotowy wraz z wyposażeniem- siłownik- niezbędną elektronikę do sterowania: siłownik, sterowniki, kable zasilające, akumulator, ręczny i nożny pilot sterujący, wyłącznik awaryjny, bezpieczniki itp.- drążek drewniany do montażu (3szt.)- zblocze pięciokanałowe (2szt.)- zblocze pojedyncze (2szt.)- zblocze pojedyncze małe (2szt.)- grzebień duży (3szt.)- grzebień mały (4szt.)- szekla - linka – 180 (12szt.)- karabińczyk (30szt.)- wieszak na akcesoria (4szt.)- drążek drewniany długi- drążek drewniany krótki- uchwyty (2szt.)- pętla – na dłonie (2szt.)- podwieszki kończyn – szerokie małe (2szt.)- podwieszki kończyn – szerokie duże (2szt.)- podwieszki kończyn regulowane rzepem (4szt.)- podwieszki kończyn – wąskie małe (2szt.)- podwieszki kończyn – wąskie duże (2szt.)- mankiety kończyny górnej w dwóch rozmiarach: S i L- mankiety kończyny dolnej w dwóch rozmiarach: S i L- rękawice z zabezpieczeniem w dwóch rozmiarach: S i L- stabilizator głowy – podwieszka głowy- stabilizator głowy – pętla Glissona w dwóch rozmiarach: S i L- stabilizator głowy – czepiec (w dwóch rozmiarach: S i L- pas biodrowy – 3 szt. w rozmiarach: S, XL, XXXL,- pas piersiowy – 3 szt. w rozmiarach: S, XL, XXXL,- pas do przysiadów w dwóch rozmiarach: S i XL- stabilizator podwieszenia całkowitego w czterech rozmiarach: S, L, XL, XXXL,- kamizelka pionizacyjna góra w pięciu rozmiarach: XS, S, L, XL, XXXL,- kamizelka pionizacyjna dół w pięciu rozmiarach: XS, S, L, XL, XXXL,- podstawowy i specjalistyczny zestaw gum tubingowych, pozwalające szeroki zakres prowadzenia terapii ruchowej. | Tak |  |
| **Dodatkowe warunki zamówienia:** |
|  | Przeglądy techniczne zgodnie z zaleceniami producenta bezpłatnie w ramach obowiązującej gwarancji | Tak |  |
|  | Deklaracja zgodności i certyfikat zgodności jeżeli dotyczy – na potwierdzenie, że oferowany wyrób jest wyrobem medycznym spełniającym wymagana Dyrektywy 93/42/EWG (MDD) albo Rozporządzenia UE 2017/745 (MDR) – ***dokumenty potwierdzające dołączyć do oferty*** | Tak |  |
|  | Dostawa, montaż, uruchomienie i przeszkolenie z użytkowania oraz serwisowania urządzenia | Tak |  |
| **Dodatkowe wyposażenie systemu** ***(niżej wymienione wyposażenie należy traktować jako dodatkowe do każdej 1 sztuki systemu do rehabilitacji, reedukacji chodu i pionizacji w odciążeniu pacjenta)*** |
| **STÓŁ REHABILITACYJNY – 1 SZTUKA** |
|  | Nazwa handlowa, producent i model | Podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok min. produkcji 2024r.  | Tak - podać |  |
|  | Stół dwusegmentowy z hydrauliczną regulacją wysokości za pomocą sprężyny gazowej | Tak |  |
|  | Regulacja wysokości za pomocą pedału nożnego | Tak |  |
|  | Konstrukcja ze stali malowanej proszkowo | Tak |  |
|  | Tapicerka odporna na mycie i dezynfekcję | Tak |  |
|  | Stół na 4 regulowanych stopkach | Tak |  |
|  | Stół z systemem jezdnym z kółkami | Tak |  |
|  | Podgłówek regulowany sprężyną gazową | Tak |  |
|  | Otwór podgłówka z zatyczką | Tak |  |
|  | Dostawa, montaż, uruchomienie i przeszkolenie z użytkowania oraz serwisowania urządzenia | Tak |  |
| **ZESTAW PIŁEK DO REHABILITACJI** |
|  | Piłki rehabilitacyjne w 3 różnych rozmiarach (średnica 45cm, 65cm, 75cm) | Tak |  |
|  | Piłki gumowe do prowadzenia zajęć na siedząco | Tak |  |
|  | Piłki rehabilitacyjne dmuchane | Tak |  |
|  | Pompka manualna do nadmuchiwania | Tak |  |
| **ZESTAW WAŁKÓW DO REHABILITACJI** |
|  | Wałki wykonane z pianki poliuretanowej, pokryte materiałem skóropodobnym odpornym na mycie i dezynfekcję | Tak |  |
|  | Wałki rehabilitacyjne w 4 rozmiarach:- 12x60cm,- 20x60cm,- 30x50cm,- 50x100cm. |  |  |
| **MATY DO REHABILITACJI** |
|  | Zestaw 3 mat równoważnych Airex Balance Pad, wymiary: 200x100x1,5 cm ± 0,5cm | Tak |  |
| **MATERACE REHABILITACYJNE – 2 SZTUKI** |
|  | Materac przeznaczony do ćwiczeń i rehabilitacji, wykonany z materiału odpornego na mycie i dezynfekcję | Tak |  |
|  | Materac i wymiarach: 200x100x10 cm ± 3cm | Tak |  |
|  | Materac jednoczęściowy  | Tak |  |
| **DYSKI SENSORYCZNE – 3 SZTUKI** |
|  | Dysk dwustronny, jedna strona z wypustkami | Tak |  |
|  | Dysk do treningu równoważnego | Tak |  |
|  | Dysk o wymiarach 6x35 cm ± 2cm | Tak |  |
|  | Pompka do pompowania w zestawie | Tak |  |

|  |
| --- |
| **E - APARAT DO MIKROPOLARYZACJI – 1 SZTUKA** |
| Lp. | Opis wymaganych parametrów technicznych | Wymagane parametry graniczne / wartość | Parametry oferowanego urządzenia |
|  | Nazwa handlowa, producent i model | Podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok min. produkcji 2024r.  | Tak - podać |  |
|  | Urządzenie do przezczaszkowej stymulacji prądem stałym | Tak |  |
|  | Urządzenie przeznaczone do elektrostymulacji mięśniowej w celu leczenia bólu | Tak |  |
|  | Możliwość zmniejszenia natężenia prądu w trakcie (dostosowanie do pacjenta) | Tak |  |
|  | Urządzenie z funkcją automatycznego wstrzymania stymulacji w przypadku niewystarczającej impedancji | Tak |  |
|  | Urządzenie z funkcją zapisywania ustawionych parametrów | Tak |  |
|  | Bieżąca informacja zwrotna w formie wyświetlania parametrów i czasu na wyświetlaczu (w czasie rzeczywistym) | Tak |  |
|  | DC – rodzaj prądu | Tak |  |
|  | Zakres natężenia prądu: 0,1-3,0 mA  | Tak - podać |  |
|  | Czas stymulacji: 1-45 min (1 min na stopień) | Tak - podać |  |
|  | Czas pauzy: 1-60 min (1 min na krok) | Tak - podać |  |
|  | Całkowita liczba cykli stymulacji: 1-1 | Tak - podać |  |
|  | Czas rampy w górę/w dół: 10-30 s (1 s na krok) | Tak - podać |  |
|  | Urządzenie z ciągłym monitorowaniem impedancji  | Tak |  |
| **Wyposażenie:** |
|  | 3 szt. czepków w różnych rozmiarach do montażu elektrod | Tak |  |
|  | 4 szt. elektrod gumowych tDCS | Tak |  |
|  | zestaw kabli do trybu tDCS (czerwony i niebieski) | Tak |  |
|  | 1 szt. gumowej opaski na głowę | Tak |  |
|  | 20 x podkładka z gąbki (7×5 cm) | Tak |  |
| **Dodatkowe warunki zamówienia:** |
|  | Deklaracja zgodności i certyfikat zgodności jeżeli dotyczy – na potwierdzenie, że oferowany wyrób jest wyrobem medycznym spełniającym wymagana Dyrektywy 93/42/EWG (MDD) albo Rozporządzenia UE 2017/745 (MDR) – ***dokumenty potwierdzające dołączyć do oferty*** | Tak |  |
|  | Przeglądy techniczne zgodnie z zaleceniami producenta bezpłatnie w ramach obowiązującej gwarancji | Tak |  |
|  | Dostawa, montaż, uruchomienie i przeszkolenie z użytkowania oraz serwisowania urządzenia | Tak |  |

|  |
| --- |
| **F - BIEŻNIA – 2 SZTUKI** |
| Lp. | Opis wymaganych parametrów technicznych | Wymagane parametry graniczne / wartość | Parametry oferowanego urządzenia |
|  | Nazwa handlowa, producent i model | Podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok min. produkcji 2024r.  | Tak - podać |  |
|  | Bieżnia do treningu chodu i biegania | Tak |  |
|  | Maksymalna moc silnika 4KM mocy ciągłej | Tak - podać |  |
|  | Regulacja prędkości w zakresie 1 - 20 km/h lub szerszym, co 0,1 km/h | Tak - podać |  |
|  | Kąt nachylenia pasa do 15%, regulowany co 1% | Tak |  |
|  | Regulacja prędkości i kąta nachylenia za pomocą przycisków na ekranie typu LCD | Tak |  |
|  | Ekran z przyciskami min. 7” | Tak - podać |  |
|  | Na ekranie wyświetlane parametry treningu, min.: czas, dystans, prędkość | Tak |  |
|  | Bieżnia z możliwością pomiaru pulsu poprzez sensory dotykowe, wartość wyświetlana na ekranie | Tak |  |
|  | Wymiary pasa biegowego w zakresie:- 150-160cm długość, - 50-60cm szerokość | Tak - podać |  |
|  | Bieżnia posiadająca system amortyzacji | Tak |  |
|  | Bieżnia posiadająca podpórkę na telefon/tablet | Tak |  |
|  | Bieżnia z możliwością podłączenia się z urządzeniem np. telefonem za pomocą bezprzewodowej transmisji danych np. Wi-Fi, Bluetooth | Tak |  |
|  | Maksymalnie dopuszczalne obciążenie min. 160 kg | Tak - podać |  |
|  | Maksymalne wymiary bieżni 115 x 100 x 180 cm | Tak - podać |  |
|  | Zasilanie 230V/50-60Hz | Tak |  |
| **Dodatkowe warunki zamówienia:** |
|  | Dostawa, montaż, uruchomienie i przeszkolenie z użytkowania oraz serwisowania urządzenia | Tak |  |

|  |
| --- |
| **G – ROWER TRENINGOWY – 4 SZTUKI** |
| Lp. | Opis wymaganych parametrów technicznych | Wymagane parametry graniczne / wartość | Parametry oferowanego urządzenia |
|  | Nazwa handlowa, producent i model | Podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok min. produkcji 2024r.  | Tak - podać |  |
|  | Rower elekromagnetyczny | Tak |  |
|  | Rower z regulacją wysokości siodełka i kierownicy | Tak |  |
|  | Rower z regulacją siodełka i kierownicy w płaszczyźnie poziomej | Tak |  |
|  | Siodełko wyściełane, żelowe | Tak |  |
|  | Rower z bezobsługowym systemem hamowania | Tak |  |
|  | Rower z ekranem LCD, na którym wyświetlane są parametry treningu, min.: prędkość, dystans, czas | Tak |  |
|  | Rower z możliwością pomiaru pulsu, wartość wyświetlana na ekranie | Tak |  |
|  | Rower wyposażony w podpórkę na telefon/tablet | Tak |  |
|  | Rower z możliwością zapisu sesji treningowej | Tak |  |
|  | Rower z gotowymi programami treningowymi | Tak |  |
|  | Maksymalnie dopuszczalne obciążenie min. 150 kg | Tak - podać |  |
|  | Zasilanie 230V/50-60Hz | Tak |  |
| **Dodatkowe warunki zamówienia:** |
|  | Dostawa, montaż, uruchomienie i przeszkolenie z użytkowania oraz serwisowania urządzenia | Tak |  |

|  |
| --- |
| **H - ORBITREK – 2 SZTUKI** |
| Lp. | Opis wymaganych parametrów technicznych | Wymagane parametry graniczne / wartość | Parametry oferowanego urządzenia |
|  | Nazwa handlowa, producent i model | Podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok min. produkcji 2024r.  | Tak - podać |  |
|  | Urządzenie elektromagnetyczne | Tak |  |
|  | Urządzenie z regulacją kąta nachylenia płóz w zakresie 0 - 20 stopni, regulacja co 1% | Tak - podać |  |
|  | Ekran z przyciskami min. 7” | Tak - podać |  |
|  | Na ekranie wyświetlane parametry treningu min.: czas, dystans, prędkość | Tak |  |
|  | Urządzenie z możliwością pomiaru pulsu poprzez sensory dotykowe, wartość wyświetlana na ekranie | Tak |  |
|  | Urządzenie z gotowymi programami treningowymi | Tak |  |
|  | Urządzenie posiadające podpórkę na telefon/tablet | Tak |  |
|  | Urządzenie z możliwością podłączenia się z urządzeniem np. telefonem za pomocą bezprzewodowej transmisji danych np. Wi-Fi, Bluetooth | Tak |  |
|  | Liczba szyn: 4 | Tak - podać |  |
|  | Maksymalnie dopuszczalne obciążenie min. 160 kg | Tak - podać |  |
|  | Urządzenie wyposażone w kółka transportowe | Tak |  |
|  | Maksymalne wymiary urządzenia 180 x 60 x 180 cm | Tak - podać |  |
|  | Zasilanie 230V/50-60Hz | Tak |  |
| **Dodatkowe warunki zamówienia:** |
|  | Dostawa, montaż, uruchomienie i przeszkolenie z użytkowania oraz serwisowania urządzenia | Tak |  |

|  |
| --- |
| **I - ERGOMETR – 2 SZTUKI** |
| Lp. | Opis wymaganych parametrów technicznych | Wymagane parametry graniczne / wartość | Parametry oferowanego urządzenia |
|  | Nazwa handlowa, producent i model | Podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok min. produkcji 2024r.  | Tak - podać |  |
|  | Urządzenie pionowe z możliwością przymocowania do ściany i z możliwością postawienia jako wolnostojące urządzenie (np. za pomocą dedykowanego stojaka antypoślizgowego) | Tak |  |
|  | Urządzenie oparte na linkach w systemie napędowym | Tak |  |
|  | Urządzenie z amortyzatorem spiralnym pozwalającym na dostosowanie przepływu powietrza do koła zamachowego | Tak |  |
|  | Urządzenie z manualną regulacją oporu | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w monitor na baterie, typu LCD | Tak |  |
|  | Na ekranie wyświetlane parametry treningu min.: czas, dystans, prędkość | Tak |  |
|  | Urządzenie z możliwością zapisu danych treningowych | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w podstawę wolnostojącą, antypoślizgową | Tak |  |
| **Dodatkowe warunki zamówienia:** |
|  | Dostawa, montaż, uruchomienie i przeszkolenie z użytkowania oraz serwisowania urządzenia | Tak |  |

|  |
| --- |
| **J – MONITOR INTERAKTYWNY – 2 SZTUKI** |
| Lp. | Opis wymaganych parametrów technicznych | Wymagane parametry graniczne / wartość | Parametry oferowanego urządzenia |
|  | Nazwa handlowa, producent i model | Podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok min. produkcji 2024r.  | Tak - podać |  |
|  | Monitor interaktywny przeznaczony do celów edukacyjnych | Tak |  |
|  | Monitor 86” | Tak |  |
|  | Monitor wyposażony w system operacyjny  | Tak |  |
|  | Monitor o wysokiej rozdzielczości 4K | Tak |  |
|  | Monitor w kontraście 5000:1 | Tak |  |
|  | Monitor z poborem mocy w trybie uśpionym <0,5W | Tak - podać |  |
|  | Monitor posiadający min. 2 wbudowane głośniki | Tak - podać |  |
|  | Monitor z powłoką antybakteryjną | Tak |  |
|  | Monitor z filtrem światła niebieskiego | Tak |  |
|  | Monitor z możliwością dotyku przy użyciu rysika oraz dłoni | Tak |  |
|  | Urządzenie z możliwością tworzenia profili użytkowników z zapisanymi konfiguracjami | Tak |  |
|  | Urządzenie z możliwością podłączenia do komputera stacjonarnego/laptopa | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w aplikacje niezbędne do codziennej pracy oraz komunikacji zdalnej | Tak |  |
|  | Urządzenie posiadające funkcję rozpoznawania obiektowego | Tak |  |
|  | System operacyjny:- pamięć min. 64GB,- RAM 8GB,- możliwość odczytu obrazu, wideo, audio w formatach, min.: JPEG, BMP, PNG, MPEG1, MPEG2, MPEG4, PEG1/2ER1; LAYER2; LAYER3, EAC3 | Tak - podać |  |
|  | Monitor z możliwością podłączenia się za pomocą bezprzewodowej transmisji danych np. Wi-Fi, Bluetooth | Tak - podać |  |
|  | Urządzenie wyposażone w porty i wejścia umiejscowione z przodu monitora:- USB Typ-C,- USB Typ-B,- USB 3.0 Typ-A,- Wejście HDMI 2.0,- Wejście na mikrofon 1 | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w porty umiejscowione z tyłu monitora:- Wejście HDMI 2.0,- DisplayPort 1.2 1- USB Typ-B 3.0- USB Typ-C,- USB Typ-A 3.0- USB 3.0 Typ-A,- Wyjście HDMI 2.0,- RS232,- RJ45 (wejście i wyjście),- Slot OPS,- SPDIF,- Wyjście Audio,,- Slot WIFI Moduł,- VGA Adapter,- Przyłącze zasilające | Tak |  |
|  | Maksymalne wymiary panelu: 1900 x 1100 mm |  |  |
| **Dodatkowe warunki zamówienia:** |
|  | Dostawa, montaż, uruchomienie i przeszkolenie z użytkowania oraz serwisowania urządzenia | Tak |  |

|  |
| --- |
| **K – ZESTAW ŚWIATŁOWODÓW – 1 SZTUKA** |
|  | Nazwa handlowa, producent i model |
|  | - zestaw to stosowania w stymulacji poli-sensorycznej,- wiązki światłowodów złożone z pałeczek światłowodowych nad źródłem światła,- punkt świetlny prowadzony do końca światłowodu,- każdy koniec włókna światłowodowego tworzy osobny punkcik świetlny,- w zestawie 100 szt. x 200 cm- zróżnicowany efekt świetlny, składający się z min. 6 kolorów |

|  |
| --- |
| **L – KOLUMNA WODNA – 1 SZTUKA** |
|  | Nazwa handlowa, producent i model |
|  | - interaktywna kolumna wodna, sterowana pilotem,- urządzenie przeznaczone do terapii sensorycznej,- sterowanie kolorami i nasyceniem bąbelków powietrza,- możliwość wyboru w palecie kolorystycznej (do 16 kolorów),- urządzenie o średnicy 20cm i wysokości 190-200cm,- urządzenie wyposażone we wszelkie niezbędne elementy do jego montażu,**- dostawa wraz z odpowiednią ilością wody destylowanej i montażem.** |

* specjalistyczne wyposażenie komfortki:

|  |
| --- |
| **A – Podnośnik sufitowy – 1 SZTUKA** |
| Lp. | Opis wymaganych parametrów technicznych | Wymagane parametry graniczne / wartość | Parametry oferowanego urządzenia |
|  | Nazwa handlowa, producent i model | Podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok min. produkcji 2024r.  | Tak - podać |  |
|  | Urządzanie elektryczne umieszczona na szynie/szynach mocowanych do sufitu | Tak |  |
|  | Urządzenie z automatycznym trybem gotowości bez używania baterii | Tak |  |
|  | Urządzenie z podwójnym wózkiem sterującym |  |  |
|  | Sterowanie urządzenia za pomocą pilota | Tak |  |
|  | Magnetyczna stacja ładująca poprzez pilota z możliwością montażu do ściany | Tak |  |
|  | Maksymalny udźwig urządzenia min. 200kg | Tak - podać |  |
|  | Wymiary paska nośnego:35 x 2400 mm ± 10mm | Tak - podać |  |
|  | Szybkość podnoszenia mieszcząca się w zakresie 35-70mm/sek. | Tak - podać |  |
|  | Maksymalny czas ładowania ≥ 8h | Tak - podać |  |
|  | Oszynowanie mocowane do sufitu pozwalające na prawidłowe i bezpieczne poruszanie urządzenia z pacjentem w pomieszczeniu o obszarze roboczym 9 – 10m2 | Tak |  |
|  | Oszynowanie w dwóch płaszczyznach, zgodnie z poniższym rysunkiem (zaznaczone kolorem czerwonym)Obraz zawierający diagram, Rysunek techniczny, Plan, linia  Opis wygenerowany automatycznie | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w wieszak płaski zakończony po obu stronach haczykami/zaczepami umożliwiającymi podpięcie siedziska/kamizelki | Tak |  |
|  | Urządzenie dostarczone, złożone i zamontowane przez Wykonawcę wraz z niezbędnym dokumentami oraz dokumentacją techniczną zgodnie z wymaganiami Urzędu Dozoru Technicznego (zgłoszenie i wszelkie formalności związane z dozorem technicznym po stronie Wykonawcy) | Tak |  |
| B – Kamizelka dla pacjenta – 1 SZTUKA |
|  | Kamizelka do zastosowań higieniczno-toaletowych | Tak |  |
|  | Kamizelka z wycięciem umożliwiającym korzystanie z toalety bez konieczności jej zdejmowania | Tak |  |
|  | Kamizelka wykonana z materiału przepuszczającego wodę | Tak |  |
|  | Kamizelka z możliwością podparcia głowy | Tak |  |
|  | Kamizelka z dodatkowymi usztywnieniami w okolicach ud | Tak |  |
|  | Kamizelka dostosowana do podwieszenia na podnośniku sufitowym | Tak |  |
|  | Możliwość regulacji zaczepów kamizelki | Tak |  |
|  | Maksymalny udźwig min. 200kg | Tak - podać |  |
|  | Wymiary kamizelki: 122x115x45 cm ± 3cm | Tak - podać |  |
| C – Kozetka (przewijak) – 2 SZTUKI |
|  | Kozetka wykonana z profili metalowych malowanych proszkowo | Tak |  |
|  | Kozetka dwusegmentowa z regulowanym zagłówkiem | Tak |  |
|  | Leże wykonane z materiału skóropodobnego wytrzymałego na ścieranie, mycie i dezynfekcję | Tak |  |
|  | Kozetka wyposażona w wieszak na ręcznik papierowy w rolce | Tak |  |
|  | Wymiary kozetki ± 3cm:* długość:175cm
* wysokość: 60 cm
* szerokość: 60cm
 | Tak - podać |  |
| **Dodatkowe warunki zamówienia:** |
|  | Deklaracja zgodności i certyfikat zgodności jeżeli dotyczy – na potwierdzenie, że oferowany wyrób jest wyrobem medycznym spełniającym wymagana Dyrektywy 93/42/EWG (MDD) albo Rozporządzenia UE 2017/745 (MDR) – ***dokumenty potwierdzające dołączyć do oferty*** | Tak |  |
|  | Przeglądy techniczne zgodnie z zaleceniami producenta bezpłatnie w ramach obowiązującej gwarancji | Tak |  |
|  | Dostawa, montaż, uruchomienie i przeszkolenie z użytkowania oraz serwisowania urządzenia | Tak |  |

* wyposażenie Centrum Usprawnienia Leczniczego:

A - Urządzenie do terapii skojarzonej – 1 sztuka

B - Aparat do terapii polem elektromagnetycznym – 1 sztuka

C - Aparat do terapii skupioną falą uderzeniową – 1 sztuka

D - Aparat do terapii radialną falą uderzeniową – 1 sztuka

E - Aparat do ukierunkowanej terapii radiofalowej – 1 sztuka

F – Aparat do laseroterapii wysokoenergetycznej z termoskanerem – 1 sztuka

G – Strefa diagnostyczno-terapeutyczna – 1 sztuka

H – Bieżnia antygrawitacyjna – 1 sztuka

I – Drabinka rehabilitacyjna – 1 sztuka

J – Kozetka – 7 sztuk

K – Urządzenie do ćwiczeń w podwieszeniu na suficie – 1 sztuka

|  |
| --- |
| **A - URZĄDZENIE DO TERAPII SKOJARZONEJ – 1 SZTUKA** |
| Lp. | Opis wymaganych parametrów technicznych | Wymagane parametry graniczne / wartość | Parametry oferowanego urządzenia |
|  | Nazwa handlowa, producent i model | Podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok min. produkcji 2024r.  | Tak - podać |  |
|  | Urządzanie 4-kanałowe do terapii skojarzonej | Tak |  |
|  | Urządzenie z min.:- 1-kanałową elektroterapią z dwoma obwodami,- 1-kanałową terapią ultradźwiękową,- 1-kanałową laseroterapią,- 1-kanałową magnetoterapią | Tak - podać |  |
|  | Dla modułu **elektroterapii** urządzenie z możliwością prowadzenia terapii min. prądami:- galwanicznym,- jonoforezą,- diadynamicznymi,- interferencyjnymi,- Kotz'a,- TENS,- Traberta,- impulsami stymulującymi,- tonoliząlub z szerszym zakresem. | Tak - podać |  |
|  | Dla modułu **ultradźwięków:****-** możliwość pracy w natężeniu do 2W/cm2 przy pracy ciągłej, do 3W/cm2 przy pracy impulsowej lub większym,- częstotliwość modułowa w zakresie 10–150 Hz lub szerszym. | Tak - podać |  |
|  | Dla modułu **laseroterapii:****-** możliwość pracy ciągłej i impulsowej, płynnie regulowanej w zakresie 0,1-10 000 Hz lub szerszym,- współczynnik wypełnienia w zakresie 5-100% lub szerszym,- regulacja mocy lasera w zakresie 20–100% lub szerszym,- automatyczne przeliczanie parametrów terapii. | Tak - podać |  |
|  | Dla modułu **magnetoterapii:****-** możliwość pracy przy użyciu pola magnetycznego oddziaływującego na poddaną terapii część, bez wpływu na obsługującego,- możliwość modulacji impulsów: prostokątne, trójkątne, sinusoidalne, eksponencjalne i ciągłe (lub więcej),- maksymalne natężenie pola magnetycznego 128 mT,- częstotliwość w zakresie 0–166 Hz lub szerszym. | Tak - podać |  |
|  | Urządzenie wyposażone w niezbędne akcesoria **do elektroterapii**:- 40 szt. płaskich elektrod gumowych 5 x 7 cm, - 40 szt. pokrowców z gąbki, - 8 kompletów pasów mocujących,- 15 szt. kabli pacjenta, | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w niezbędne akcesoria **do ultradźwięków**:- głowicę wieloczęstotliwościową o powierzchni 5 cm2 i częstotliwości 1/3 MHz – 1 szt.,- głowicę wieloczęstotliwościową o powierzchni 1 cm2 i częstotliwości 1/3 MHz – 1 szt.,- żel do terapii 1l – 2 sztuki. | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w niezbędna akcesoria **do laseroterapii**:a) sondę punktową podczerwoną iR -1 szt.: - moc wyjściowa 400 mW ± 20 %- długość fali 830 nm ± 10 %,b) sondę punktową czerwoną R – 1 szt.:- moc wyjściowa 50 mW ± 20 %- długość fali 685 nm ± 10 %c) okulary ochronne dla pacjenta i terapeuty – 2 szt. | Tak - podać |  |
|  | Urządzenie wyposażone w niezbędna akcesoria **do magnetoterapii**:- stół do magnetoterapii z przesuwanym solenoidem o średnicy 70-80 cm – 1 szt.- aplikator płaski, liniowy – 1 szt.,- dysk podwójny - do zastosowań dwustronnych,- multidysk - do wielu zastosowań. | Tak - podać |  |
|  | Urządzenie posiadające stolik jezdny wyposażony w hamulce i szuflady do przechowywania | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w boczne uchwyty na aplikatory | Tak |  |
|  | Urządzenie z kolorowym ekranem dotykowym min. 5” | Tak - podać |  |
|  | Urządzenie z możliwością przeprowadzenia terapii dla dwóch pacjentów | Tak |  |
|  | Urządzenie z gotowymi programami terapeutycznymi  | Tak |  |
|  | Urządzenie z możliwością tworzenia programów terapeutycznych użytkownika | Tak |  |
|  | Urządzenie z identyfikacją, testem i kontrolą aplikatorów | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w bazę danych pacjentów | Tak |  |
|  | Masa maksymalna urządzenia 6kg | Tak - podać |  |
|  | Zasilanie 230 V/50–60 Hz | Tak |  |
| **Dodatkowe warunki zamówienia:** |
|  | Przeglądy techniczne zgodnie z zaleceniami producenta bezpłatnie w ramach obowiązującej gwarancji | Tak |  |
|  | Deklaracja zgodności i certyfikat zgodności jeżeli dotyczy – na potwierdzenie, że oferowany wyrób jest wyrobem medycznym spełniającym wymagana Dyrektywy 93/42/EWG (MDD) albo Rozporządzenia UE 2017/745 (MDR) – ***dokumenty potwierdzające dołączyć do oferty*** | Tak |  |
|  | Dostawa, montaż, uruchomienie i przeszkolenie z użytkowania oraz serwisowania urządzenia | Tak |  |

|  |
| --- |
| **B - APARAT DO TERAPII POLEM ELEKTROMAGNETYCZNYM – 1 SZTUKA** |
| Lp. | Opis wymaganych parametrów technicznych | Wymagane parametry graniczne / wartość | Parametry oferowanego urządzenia |
|  | Nazwa handlowa, producent i model | Podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok min. produkcji 2024r.  | Tak - podać |  |
|  | Urządzenie do rehabilitacji za pomocą pola elektromagnetycznego | Tak |  |
|  | Wskaźnik intensywności pola magnetycznego | Tak |  |
|  | Urządzenie o indukcji magnetycznej > 2T | Tak - podać |  |
|  | Częstotliwość magnetyczna urządzenia w zakresie 1 – 150 Hz  | Tak |  |
|  | Urządzenie o maksymalnej intensywności stymulacji 28 kT/s  | Tak - podać |  |
|  | Czas trwania jednego impulsu 0,01 do 60 sek. | Tak - podać  |  |
|  | Urządzenie wyposażone we wskaźnik czasu trwania zabiegu | Tak |  |
|  | Monitorowanie jakości impulsu  | Tak |  |
|  | Nawigacyjny atlas anatomiczny | Tak |  |
|  | Protokoły „ulubione” | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w bazę danych pacjentów | Tak |  |
|  | Urządzenie z gotowymi programami terapeutycznymi | Tak |  |
|  | Dwa tryby pracy: ręczny i automatyczny | Tak |  |
|  | Dotykowy, kolorowy ekran min. 8” | Tak - podać |  |
|  | Urządzenie wyposażone w przycisk bezpieczeństwa | Tak |  |
|  | Urządzenie ze wskaźnikiem przegrzania przetwornika | Tak |  |
|  | Urządzenie z funkcją chłodzenia aplikatora | Tak |  |
|  | Wymiary urządzenia:Wysokość max. 120cmSzerokość max. 60cmDługość max. 60cm | Tak - podać  |  |
|  | Masa urządzenia ≤ 35kg | Tak - podać |  |
|  | Zasilanie 230V/50-60Hz | Tak |  |
|  | Wyposażenie:- aplikator koncentrujący do emisji skupionego pola elektromagnetycznego,- aplikator planarny,- ramię z 6-cioma przegubami do aplikatorów- stół pacjenta: dwuczęściowy, drewniany z regulowanym zagłówkiem, w standardowym szarym kolorze – 1 szt. | Tak |  |
|  | Urządzenie mobilne, na stoliku aparaturowym | Tak |  |
| **Dodatkowe warunki zamówienia:** |
|  | Przeglądy techniczne zgodnie z zaleceniami producenta bezpłatnie w ramach obowiązującej gwarancji | Tak |  |
|  | Deklaracja zgodności i certyfikat zgodności jeżeli dotyczy – na potwierdzenie, że oferowany wyrób jest wyrobem medycznym spełniającym wymagana Dyrektywy 93/42/EWG (MDD) albo Rozporządzenia UE 2017/745 (MDR) – ***dokumenty potwierdzające dołączyć do oferty*** | Tak |  |
|  | Dostawa, montaż, uruchomienie i przeszkolenie z użytkowania oraz serwisowania urządzenia | Tak |  |

|  |
| --- |
| **C - APARAT DO TERAPII SKUPIONĄ FALĄ UDERZENIOWĄ – 1 SZTUKA** |
| Lp. | Opis wymaganych parametrów technicznych | Wymagane parametry graniczne / wartość | Parametry oferowanego urządzenia |
|  | Nazwa handlowa, producent i model | Podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok min. produkcji 2024r.  | Tak - podać |  |
|  | Urządzenie działające za pomocą głębokiej, mechanicznej stymulacji | Tak |  |
|  | Urządzenie przeznaczone do terapii m.in.: punktów spustowych, spastyczności, chorób zwyrodnieniowych stawów, ostrogi piętowej, łokcia tenisisty/golfisty i innych | Tak - podać |  |
|  | Urządzenie z kolorowym ekranem dotykowym min. 8” | Tak - podać |  |
|  | Aplikator z możliwością regulacji głębokości strefy ogniskowej do 40 mm lub więcej | Tak - podać |  |
|  | Aplikatory z możliwością monitorowania intensywności uderzeń i ekranem dotykowym | Tak |  |
|  | Maksymalna intensywność 0,65 mJ/mm2 | Tak - podać |  |
|  | Częstotliwość do min. 20 Hz lub więcej | Tak - podać |  |
|  | Możliwość regulacji parametrów na aplikatorach | Tak |  |
|  | Urządzenie z gotowymi programami terapeutycznymi | Tak |  |
|  | Urządzenie z możliwością tworzenia programów terapeutycznych użytkownika | Tak |  |
|  | Nawigacyjny atlas anatomiczny | Tak |  |
|  | Dwa tryby pracy: sekwencyjny i pojedynczy | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w uchwyt na aplikator | Tak |  |
|  | Urządzenie mobilne, z hamulcami, na stoliku aparaturowym | Tak |  |
|  | Maksymalna masa urządzenia: 30 kg | Tak - podać |  |
|  | Zasilanie 230V/50-60Hz | Tak |  |
| **Dodatkowe warunki zamówienia:** |
|  | Przeglądy techniczne zgodnie z zaleceniami producenta bezpłatnie w ramach obowiązującej gwarancji | Tak |  |
|  | Deklaracja zgodności i certyfikat zgodności jeżeli dotyczy – na potwierdzenie, że oferowany wyrób jest wyrobem medycznym spełniającym wymagana Dyrektywy 93/42/EWG (MDD) albo Rozporządzenia UE 2017/745 (MDR) – ***dokumenty potwierdzające dołączyć do oferty*** | Tak |  |
|  | Dostawa, montaż, uruchomienie i przeszkolenie z użytkowania oraz serwisowania urządzenia | Tak |  |

|  |
| --- |
| **D - APARAT DO TERAPII RADIALNĄ FALĄ UDERZENIOWĄ – 1 SZTUKA** |
| Lp. | Opis wymaganych parametrów technicznych | Wymagane parametry graniczne / wartość | Parametry oferowanego urządzenia |
|  | Nazwa handlowa, producent i model | Podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok min. produkcji 2024r.  | Tak - podać |  |
|  | Urządzenie generujące rozbieżne fale uderzeniowe poprzez skompresowane powietrze (wbudowany kompresor) | Tak |  |
|  | Urządzenie przeznaczone do terapii m.in.: punktów spustowych, zespołu cieśni nadgarstka, chorób zwyrodnieniowych stawów, ostrogi piętowej, zespołu przeciążeniowego mięśni i inne | Tak - podać |  |
|  | Maksymalnie ciśnienie skompresowanego powietrza 4-5 bar | Tak - podać |  |
|  | Częstotliwość w zakresie 1-15Hz lub szerszym | Tak |  |
|  | Urządzenie posiadające min. dwa tryby pracy: ciągły i pojedynczy | Tak - podać |  |
|  | Urządzenie posiadające gotowe programy terapeutyczne | Tak |  |
|  | Nawigacyjny atlas anatomiczny | Tak  |  |
|  | Kolorowy ekran dotykowy min. 5” | Tak - podać |  |
|  | Masa urządzenia max. 8kg | Tak - podać |  |
|  | Urządzenie wyposażone w aplikatory/przekaźniki (min. 2 sztuki) do terapii uniwersalnej oraz do terapii koncentrującej | Tak - podać |  |
|  | Urządzenie wyposażone we wszelkie nakładki, akcesoria wymienne, żel itp. niezbędne do prowadzenia terapii | Tak |  |
|  | Urządzenie mobilne, z hamulcami oraz co najmniej jednym uchwytem na aplikator | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w sterownik nożny | Tak |  |
|  | Zasilanie 230V/50-60Hz | Tak |  |
| **Dodatkowe warunki zamówienia:** |
|  | Przeglądy techniczne zgodnie z zaleceniami producenta bezpłatnie w ramach obowiązującej gwarancji | Tak |  |
|  | Deklaracja zgodności i certyfikat zgodności jeżeli dotyczy – na potwierdzenie, że oferowany wyrób jest wyrobem medycznym spełniającym wymagana Dyrektywy 93/42/EWG (MDD) albo Rozporządzenia UE 2017/745 (MDR) – ***dokumenty potwierdzające dołączyć do oferty*** | Tak |  |
|  | Dostawa, montaż, uruchomienie i przeszkolenie z użytkowania oraz serwisowania urządzenia | Tak |  |

|  |
| --- |
| **E - APARAT DO UKIERUNKOWANEJ TERAPII RADIOFALOWEJ – 1 SZTUKA** |
| Lp. | Opis wymaganych parametrów technicznych | Wymagane parametry graniczne / wartość | Parametry oferowanego urządzenia |
|  | Nazwa handlowa, producent i model | Podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok min. produkcji 2024r.  | Tak - podać |  |
|  | Urządzenie funkcjonujące w oparciu o prąd zmienny o częstotliwości fal radiowych | Tak |  |
|  | Urządzenie przeznaczone do terapii m.in.: zespołu cieśni nadgarstka, dolegliwości bólowych kręgosłupa oraz mięśni, chorób zwyrodnieniowych stawów i inne | Tak - podać |  |
|  | Częstotliwość w zakresie 480-520 kHz lub szerszym | Tak - podać |  |
|  | Urządzenie posiadające min. dwa tryby pracy: ciągły i impulsowy | Tak - podać |  |
|  | Urządzenie posiadające gotowe programy terapeutyczne | Tak |  |
|  | Nawigacyjny atlas anatomiczny | Tak  |  |
|  | Kolorowy ekran dotykowy min. 5” | Tak - podać |  |
|  | Masa urządzenia max. 8kg | Tak - podać |  |
|  | Urządzenie posiadające wyjścia do podłączenia elektrod: neutralnej, pojemnościowej i rezystywnej | Tak |  |
|  | Maksymalna moc urządzenia 350W | Tak - podać |  |
|  | Urządzenie wyposażone w: - aplikatory do elektrod pojemnościowych i rezystywnych,- 4 szt. elektrod pojemnościowych- 4 szt. elektrod rezystywnych,- elektrodę neutralną,- zestaw samoprzylepnych elektrod neutralnych,- 2 szt. kremu sprzęgającego. | Tak |  |
|  | Urządzenie mobilne, z hamulcami | Tak |  |
|  | Zasilanie 230V/50-60Hz | Tak |  |
| **Dodatkowe warunki zamówienia:** |
|  | Przeglądy techniczne zgodnie z zaleceniami producenta bezpłatnie w ramach obowiązującej gwarancji | Tak |  |
|  | Deklaracja zgodności i certyfikat zgodności jeżeli dotyczy – na potwierdzenie, że oferowany wyrób jest wyrobem medycznym spełniającym wymagana Dyrektywy 93/42/EWG (MDD) albo Rozporządzenia UE 2017/745 (MDR) – ***dokumenty potwierdzające dołączyć do oferty*** | Tak |  |
|  | Dostawa, montaż, uruchomienie i przeszkolenie z użytkowania oraz serwisowania urządzenia | Tak |  |

|  |
| --- |
| **F - APARAT DO LASEROTERAPII WYSOKOENERGETYCZNEJ Z TERMOSKANEREM** **– 1 SZT.** |
| Lp. | Opis wymaganych parametrów technicznych | Wymagane parametry graniczne / wartość | Parametry oferowanego urządzenia |
|  | Nazwa handlowa, producent i model | Podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok min. produkcji 2024r.  | Tak - podać |  |
|  | Urządzenie emitujące energię podczerwoną do biostymulacji komórek procesów gojenia ran | Tak |  |
|  | Urządzenie przeznaczone do terapii m.in.: zespołu cieśni nadgarstka, dolegliwości bólowych kręgosłupa oraz mięśni, chorób zwyrodnieniowych stawów, zmniejszenia obrzęków i inne | Tak - podać |  |
|  | Długość fali min. 1000nm | Tak - podać |  |
|  | Urządzenie pracujące trybie sekwencyjnym | Tak |  |
|  | Minimum trzy rodzaje emisji: ciągła, prostokątna, trójkątna | Tak - podać |  |
|  | Moc lasera w przedziale 20-30W | Tak - podać |  |
|  | Możliwość regulacji wielkości plamki w zakresie 10-30 mm lub szerszym | Tak - podać |  |
|  | Maksymalna powierzchnia terapeutyczna na poziomie min. 1000 cm2 | Tak - podać |  |
|  | Urządzenie posiadające gotowe programy terapeutyczne | Tak |  |
|  | Nawigacyjny atlas anatomiczny | Tak |  |
|  | Kolorowy ekran dotykowy min. 5” | Tak - podać |  |
|  | Masa urządzenia max. 8kg | Tak - podać |  |
|  | Urządzenie wyposażone w sondę laserową z możliwością regulacji mocy | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w zrobotyzowany termoskaner z wbudowaną termokamerą, czujnikiem odległości i temperatury, na ramieniu przegubowym | Tak |  |
|  | Przycisk bezpieczeństwa/awaryjny | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w sterownik nożny | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w 2 okularów ochronnych: dla pacjenta i terapeuty | Tak |  |
|  | Urządzenie mobilne, z hamulcami | Tak |  |
|  | Zasilanie 230V/50-60Hz | Tak |  |
| **Dodatkowe warunki zamówienia:** |
|  | Przeglądy techniczne zgodnie z zaleceniami producenta bezpłatnie w ramach obowiązującej gwarancji | Tak |  |
|  | Deklaracja zgodności i certyfikat zgodności jeżeli dotyczy – na potwierdzenie, że oferowany wyrób jest wyrobem medycznym spełniającym wymagana Dyrektywy 93/42/EWG (MDD) albo Rozporządzenia UE 2017/745 (MDR) – ***dokumenty potwierdzające dołączyć do oferty*** | Tak |  |
|  | Dostawa, montaż, uruchomienie i przeszkolenie z użytkowania oraz serwisowania urządzenia | Tak |  |

|  |
| --- |
| **G - STREFA DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNA – 1 SZT.** |
| Lp. | Opis wymaganych parametrów technicznych | Wymagane parametry graniczne / wartość | Parametry oferowanego urządzenia |
|  | Nazwa handlowa, producent i model | Podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok min. produkcji 2024r.  | Tak - podać |  |
|  | Strefa modułowa do celów diagnostycznych i terapeutycznych z bazą programów pozwalających na prowadzenie ćwiczeń dostoswanych do danego pacjenta, jego umiejętności, postawy, sprawności i inne | Tak |  |
|  | Strefa składająca się z:- monitora pacjenta Full HD min. 60”,- monitora terapeuty Full HD min. 10”,- kamery 3D Full HD, - platformy statyczno-dynamicznej  | Tak |  |
|  | Strefa posiadająca programy diagnostyczno-terapeutyczne wyposażony w testy dla pacjentów sprawdzających umiejętności | Tak |  |
|  | Programy treningowe z informacją zwrotną w czasie rzeczywistym | Tak |  |
|  | Programy treningowe z możliwością ich indywidualnego dostosowywania do pacjenta | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w gotowe testy diagnostyczne | Tak |  |
|  | Możliwość nagrywania sesji terapeutycznych | Tak |  |
|  | Urządzenie z możliwością pomiaru tętna | Tak |  |
|  | Maksymalne wymiary przestrzeni terapeutycznej: 35 × 2600 × 3550 mm | Tak - podać |  |
|  | Strefa wyposażona w zestaw do treningu balansu na dedykowanym mobilnym stojaku, składający się m.in. z platformy balansowej typu bosu, platformy do stania obunóż i jednonóż, platformy osiowej, dysku balansowego i pianki  | Tak |  |
|  | Strefa wyposażona w zestaw piłek lekarskich w różnych rozmiarach, na dedykowanym stojaku – min. 3 rozmiary | Tak - podać |  |
|  | Strefa wyposażona w zestaw piłek terapeutycznych typu fluiball w różnych rozmiarach, na dedykowanym stojaku – min. 3 rozmiary | Tak - podać |  |
|  | Zasilanie 230V/50-60Hz | Tak |  |
| **Dodatkowe warunki zamówienia:** |
|  | Przeglądy techniczne zgodnie z zaleceniami producenta bezpłatnie w ramach obowiązującej gwarancji | Tak |  |
|  | Deklaracja zgodności i certyfikat zgodności jeżeli dotyczy – na potwierdzenie, że oferowany wyrób jest wyrobem medycznym spełniającym wymagana Dyrektywy 93/42/EWG (MDD) albo Rozporządzenia UE 2017/745 (MDR) – ***dokumenty potwierdzające dołączyć do oferty*** | Tak |  |
|  | Dostawa, montaż, uruchomienie i przeszkolenie z użytkowania oraz serwisowania urządzenia | Tak |  |

|  |
| --- |
| **H – BIEŻNIA ANTYGRAWITACYJNA – 1 SZT.** |
| Lp. | Opis wymaganych parametrów technicznych | Wymagane parametry graniczne / wartość | Parametry oferowanego urządzenia |
|  | Nazwa handlowa, producent i model | Podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok min. produkcji 2024r.  | Tak - podać |  |
|  | Bieżnia do treningu i terapii w częściowym lub całkowitym odciążeniu pacjenta | Tak |  |
|  | Urządzenie przeznaczona do terapii równowagi oraz rehabilitacji chodu/biegu | Tak |  |
|  | Odciążenie pacjenta przy zastosowaniu dedykowanego worka tworzącego wewnątrz komorę ciśnieniową | Tak |  |
|  | Urządzenie z możliwością analizy chodu i bieżącego dostosowania parametrów | Tak |  |
|  | Urządzenie do treningu balansu ciała, szybkości reakcji i symetrii chodu | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w wizualną informację zwrotną w czasie rzeczywistym | Tak |  |
|  | Prezentacja przebiegu terapii w formie raportu uwzględniającego bieżące modyfikacja parametrów  | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w gry motywacyjne | Tak |  |
|  | Wskaźnik odciążenia masy ciała do 100% | Tak - podać |  |
|  | Komora dla pacjenta z widokiem 360° | Tak |  |
|  | Maksymalna prędkość do przodu min. 24km/h | Tak - podać |  |
|  | Maksymalna prędkość do tyłu min. 7km/h | Tak - podać |  |
|  | Maksymalny kąt nachylenia 15% | Tak - podać |  |
|  | Maksymalna masa użytkownika min. 180kg | Tak - podać |  |
|  | Maksymalny wzrost pacjenta min. 200cm | Tak - podać |  |
|  | Bieżnia wyposażona w:- kolory ekran dotykowy min. 12”,- kamerę,- system elektrycznego zamknięcia,- spodenki dla pacjentów w 7 rozmiarach (do wyboru przez Zamawiającego przy dostawie) | Tak - podać |  |
|  | Maksymalne wymiary urządzenia:- długość 215cm- szerokość 105cm- wysokość 190cm | Tak - podać |  |
|  | Zasilanie 230V/50-60Hz | Tak |  |
| **Dodatkowe warunki zamówienia:** |
|  | Przeglądy techniczne zgodnie z zaleceniami producenta bezpłatnie w ramach obowiązującej gwarancji | Tak |  |
|  | Deklaracja zgodności i certyfikat zgodności jeżeli dotyczy – na potwierdzenie, że oferowany wyrób jest wyrobem medycznym spełniającym wymagana Dyrektywy 93/42/EWG (MDD) albo Rozporządzenia UE 2017/745 (MDR) – ***dokumenty potwierdzające dołączyć do oferty*** | Tak |  |
|  | Dostawa, montaż, uruchomienie i przeszkolenie z użytkowania oraz serwisowania urządzenia | Tak |  |

* wyposażenie kuchni (pomieszczenie nr 35 i 62) w części WTZ i ŚDS

A – Płyta kuchenna indukcyjna – 4 sztuki

B – Okap kuchenny – 2 sztuki

C – Zmywarka do naczyń – 2 sztuki

D – Piekarnik – 4 sztuki

E – Lodówka – 2 sztuki

|  |
| --- |
| **A – PŁYTA KUCHENNA INDUKCYJNA – 4 SZTUKI** |
| Lp. | Opis wymaganych parametrów technicznych | Wymagane parametry graniczne / wartość | Parametry oferowanego urządzenia |
|  | Nazwa handlowa, producent i model | Podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok min. produkcji 2024r.  | Tak - podać |  |
|  | Płyta grzewcza bezramkowa ze szlifem w kolorze czarnym | Tak |  |
|  | Moc przyłączeniowa max do 7500 W | Tak |  |
|  | Napięcie zasilania 230 – 400 W | Tak |  |
|  | Cztery pola grzewcze o wymiarach około 59x52 cm | Tak |  |
|  | Sterowanie płytą dotykowe | Tak |  |
|  | Funkcje płyty: Hob2Hood, Wskaźnik ciepła resztkowego, Wolna strefa indukcyjna | Tak |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące | Tak |  |
|  | Instrukcja w języku polskim | Tak  |  |
|  | Dodatkowe funkcje: Blokada bezpieczeństwa, Blokada przycisków, Zabezpieczenie przed dziećmi | Tak  |  |
|  | Funkcje dodatkowe: Automatyczne podgrzewanie, Automatyczne wyłączanie, Funkcja Power, Możliwość połączenia okapu z płytą, Podświetlane sterowanie | Tak |  |
|  | Pola grzewcze: Pole 1 [W]: 1400/2500, Pole 2 [W]: 2300/3200, Pole 3 [W]: 1800/2800, Pole 4 [W]: 2300/3200 | Tak |  |
|  | Funkcja łączenia pól grzejnych | Tak |  |
| **Dodatkowe warunki zamówienia:** |
|  | Najpóźniej w ostatnim dniu okresu objętego gwarancją odblokowanie sprzętu w sposób zapewniający możliwość świadczenia usług pogwarancyjnych bezpośrednio przez Zamawiającego. W szczególności przekazanie Zamawiającemu wszelkich niezbędnych dostępów i kodów serwisowych do urządzenia. | Tak |  |
|  | Przeglądy techniczne zgodnie z zaleceniami producenta bezpłatnie w ramach obowiązującej gwarancji | Tak |  |
|  | Dostawa, montaż, uruchomienie i przeszkolenie z użytkowania oraz serwisowania urządzenia | Tak |  |

|  |
| --- |
| **B – OKAP KUCHENNY – 2 SZTUKI** |
| Lp. | Opis wymaganych parametrów technicznych | Wymagane parametry graniczne / wartość | Parametry oferowanego urządzenia |
|  | Nazwa handlowa, producent i model | Podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok min. produkcji 2024r.  | Tak - podać |  |
|  | Szerokość okapu około 120 cm, głębokość około 45 cm | Tak |  |
|  | Szerokość okapu około 120 cm, głębokość około 45 cm | Tak |  |
|  | klasa wydajności przepływu „A” | Tak |  |
|  | filtr przeciwtłuszczowy, wykonany ze stali szlachetnej nierdzewnej odporny na korozję i przystosowany do wielokrotnego czyszczenia, również w zmywarce. | Tak |  |
|  | Wydajność maksymalna w trybie standardowym 400 – 450 m3/h | Tak |  |
|  | Wydajność maksymalna w trybie intensywnym 720 – 780 m3/h | Tak |  |
|  | Wydajność maksymalna w trybie intensywnym 720 – 780 m3/h | Tak |  |
|  | Sterowanie elektroniczne przyciskami | Tak |  |
|  | Regulacja prędkości skokowa – 4 stopnie | Tak |  |
|  | Ilość silników 1 szt. | Tak  |  |
|  | Tryb działania : pochłaniacz oraz wyciąg | Tak |  |
|  | Filtr węglowy w wyposażeniu | Tak |  |
|  | Kolor i wykończenia: stal szlachetna nierdzewna | Tak |  |
|  | Efektywność energetyczna: Klasa energetyczna „A++”, Klasa wydajności przepływu dynamicznego „A”, Klasa sprawności oświetlenia: „A”, Klasa efektywności pochłaniania zanieczyszczeń „B”, Poziom głośności: maksymalnie 60 dB, | Tak  |  |
|  | Zasilanie 230 V/50–60 Hz | Tak |  |
|  | Gwarancja minimalnie 24 miesiące, instrukcja w języku polskim | Tak |  |
| **Dodatkowe warunki zamówienia:** |
|  | Najpóźniej w ostatnim dniu okresu objętego gwarancją odblokowanie sprzętu w sposób zapewniający możliwość świadczenia usług pogwarancyjnych bezpośrednio przez Zamawiającego. W szczególności przekazanie Zamawiającemu wszelkich niezbędnych dostępów i kodów serwisowych do urządzenia. | Tak |  |
|  | Przeglądy techniczne zgodnie z zaleceniami producenta bezpłatnie w ramach obowiązującej gwarancji | Tak |  |
|  | Dostawa, montaż, uruchomienie i przeszkolenie z użytkowania oraz serwisowania urządzenia | Tak |  |

|  |
| --- |
| **C – ZMYWARKA DO NACZYŃ – 2 SZTUKI** |
| Lp. | Opis wymaganych parametrów technicznych | Wymagane parametry graniczne / wartość | Parametry oferowanego urządzenia |
|  | Nazwa handlowa, producent i model | Podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok min. produkcji 2024r.  | Tak - podać |  |
|  | Wymiary urządzenia około 59,8 x 85 x 60 cm | Tak |  |
|  | wyposażona musi być w automatycznie otwierane drzwi po zakończeniu pracy | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w trzy szuflady do naczyń w tym jedna na sztućce | Tak |  |
|  | Panel sterowania zewnętrzny odkryty z wyświetlaczem elektronicznym LCD ze wskaźnikiem braku soli i nabłyszczacza | Tak - podać |  |
|  | Obudowa frontowa i dno zmywarki ze stali nierdzewnej | Tak |  |
|  | Możliwość zabudowy pod blatem | Tak |  |
|  | Długość węża dopływowego min 150 cm | Tak |  |
|  | Długość węża odpływowego minimum 150 cm | Tak |  |
|  | Górny kosz z trzypoziomową regulacja kosza, składane elementy, uchwyty na kieliszki, półki na filiżanki, składane kolce | Tak |  |
|  | Dolny kosz ze składanymi elementami, składane kolce, uchwyt do mycia blach | Tak |  |
|  | Efektywność energetyczna: Klasa energetyczna „D”, Zużycie prądu na 100 cykli maksymalnie 88 kW, Zużycie wody na cykl maksymalnie 11 litrów, Poziom hałasu maksymalnie 46 dB | Tak |  |
|  | Liczba programów mycia 6 – 8 | Tak |  |
|  | Temperatury zmywania: minimum: 35, 40, 50, 60, 70, auto 40-65 stopni Celsjusza | Tak |  |
|  | Wyświetlanie czasu do końca programu | Tak |  |
|  | Funkcje dodatkowe: dodatkowe suszenie, możliwość skrócenia czasu zmywania, funkcja dezynfekcji | Tak |  |
|  | Zasilanie 230V/50-60Hz | Tak |  |
|  | Zabezpieczenie przed zalaniem wewnętrzne | Tak |  |
|  | Wyposażenie dodatkowe: lejek do soli, półka na filiżanki, szuflada na sztućce, uchwyt do mycia blach | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
| **Dodatkowe warunki zamówienia:** |
|  | Najpóźniej w ostatnim dniu okresu objętego gwarancją odblokowanie sprzętu w sposób zapewniający możliwość świadczenia usług pogwarancyjnych bezpośrednio przez Zamawiającego. W szczególności przekazanie Zamawiającemu wszelkich niezbędnych dostępów i kodów serwisowych do urządzenia. | Tak |  |
|  | Przeglądy techniczne zgodnie z zaleceniami producenta bezpłatnie w ramach obowiązującej gwarancji | Tak |  |
|  | Dostawa, montaż, uruchomienie i przeszkolenie z użytkowania oraz serwisowania urządzenia | Tak |  |

|  |
| --- |
| **D – PIEKARNIK DO ZABUDOWY W SZAFCE STOJĄCEJ – 4 SZTUKI** |
| Lp. | Opis wymaganych parametrów technicznych | Wymagane parametry graniczne / wartość | Parametry oferowanego urządzenia |
|  | Nazwa handlowa, producent i model | Podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok min. produkcji 2024r.  | Tak - podać |  |
|  | Wymiary (SxWxG) [cm]: około : 59.4 x 59.4 x 56.8 | Tak |  |
|  | Pojemność [l]: 70 - 85 | Tak |  |
|  | Wykonanie wnętrza piekarnika: Emalia | Tak |  |
|  | Sterowanie: Elektroniczne | Tak |  |
|  | Rodzaj piekarnika: Elektryczny | Tak |  |
|  | Typ prowadnic w piekarniku: Drabinkowe | Tak |  |
|  | Kolor frontu: Czarny | Tak |  |
|  | Funkcje: Grill (opiekacz), Termoobieg | Tak |  |
|  | Zasilanie 230V/50-60Hz | Tak |  |
| **Dodatkowe warunki zamówienia:** |
|  | Przeglądy techniczne zgodnie z zaleceniami producenta bezpłatnie w ramach obowiązującej gwarancji | Tak |  |
|  | Dostawa, montaż, uruchomienie i przeszkolenie z użytkowania oraz serwisowania urządzenia | Tak |  |

|  |
| --- |
| **E – LODÓWKA WOLNOSTOJĄCA – 2 SZTUKI** |
| Lp. | Opis wymaganych parametrów technicznych | Wymagane parametry graniczne / wartość | Parametry oferowanego urządzenia |
|  | Nazwa handlowa, producent i model | Podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok min. produkcji 2024r.  | Tak - podać |  |
|  | Wymiary (WxSxG) [cm]: 203,0-215,0 x 59.0-60,0 x 63.0-67,0 | Tak |  |
|  | Pojemność [l]: 240 - 270 chłodziarka + 95 - 120 zamrażarka | Tak |  |
|  | Roczne zużycie prądu: 230 - 280 kWh | Tak |  |
|  | Urządzenie bezszronowe (No Frost): Pełny No Frost | Tak |  |
|  | Położenie zamrażarki: Na dole | Tak |  |
|  | Możliwość zmiany kierunku otwierania drzwi | Tak |  |
|  | Liczba drzwi: 2 | Tak |  |
|  | Kolor frontu urządzenia: Biały lub srebrny | Tak |  |
|  | Kolor / wykończenie boków: Biały lub srebrny | Tak |  |
|  | Funkcje: Szybkie zamrażanie, Zmiana kierunku otwierania drzwi | Tak |  |
|  | Kompresor lodówki inwerterowy | Tak |  |
|  | Liczba agregatów: 1 | Tak |  |
|  | Sterowanie Elektroniczne | Tak |  |
|  | Czas utrzymania temperatury w przypadku braku zasilania [h]: 10 - 14 | Tak |  |
|  | Liczba termostatów: 2 | Tak |  |
|  | Wyświetlacz elektroniczny | Tak |  |
|  | Funkcje dodatkowe: HarvestFresh, Oświetlenie LED, Alarm niedomkniętych drzwi | Tak |  |
|  | klasa energetyczna: E | Tak |  |
|  | Poziom hałasu [dB]: max. 37 | Tak |  |
|  | Rodzaj półek: Szklane | Tak |  |
|  | Liczba półek: 4 - 5 | Tak |  |
|  | Liczba pojemników na warzywa: 2 | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w komorę świezości | Tak |  |
|  | Sposób odszraniania (rozmrażania) zamrażalnika: No-Frost | Tak |  |
|  | Zdolność zamrażania [kg/24h]: 6 - 8 | Tak |  |
|  | Liczba pojemników w zamrażarce: 3 | Tak |  |
|  | Szybkie zamrażanie | Tak |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące | Tak |  |
|  | Zasilanie 230V/50-60Hz | Tak |  |
| **Dodatkowe warunki zamówienia:** |
|  | Przeglądy techniczne zgodnie z zaleceniami producenta bezpłatnie w ramach obowiązującej gwarancji | Tak |  |
|  | Dostawa, montaż, uruchomienie i przeszkolenie z użytkowania oraz serwisowania urządzenia | Tak |  |

|  |
| --- |
| **I – DRABINKA DO REHABILITACJI – 1 SZTUKA** |
|  | Nazwa handlowa, producent i model |
|  | Drabinka fabrycznie nowa, rok produkcji min. 2024r.  |
|  | Drabinka:- drewniana, - z drążkiem,- o wymiarach 250x80 cm ± 10cm,- z zestawem do montażu składającym się ze śrub i uchwytów. |

|  |
| --- |
| **J – KOZETKA – 7 SZTUK** |
|  | Nazwa handlowa, producent i model |
|  | Kozetka fabrycznie nowa, rok produkcji min. 2024r.  |
|  | Kozetka:- drewniana,- dwusegmentowa,- z regulowanym zagłówkiem,- o wymiarach: dł.: 180-190cm, szer. 60-70cm, - w standardowym szarym kolorze obicia,- obicie z materiału odpornego na zmywanie,- uchwyt na papier zamontowany do kozetki. |

|  |
| --- |
| **K – URZĄDZENIE DO ĆWICZEŃ W PODWIESZENIU NA SUFICIE – 1 SZTUKA** |
| Lp. | Opis wymaganych parametrów technicznych | Wymagane parametry graniczne / wartość | Parametry oferowanego urządzenia |
|  | Nazwa handlowa, producent i model | Podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok min. produkcji 2024r.  | Tak - podać |  |
|  | Urządzanie przeznaczone do terapii w podwieszeniu | Tak |  |
|  | Urządzenie przeznaczone do terapii narządu ruchu  | Tak |  |
|  | Urządzenie przeznaczone do terapii w odciążeniu z oporem lub bez | Tak |  |
|  | Urządzenie mocowane do sufitu składające się z:- głównej, aluminiowej ramy, posiadającej dwa wózki jezdne z hamulcem, wózki jezdne poruszające się po szynach,- 4 szt. pojedynczych zbloczy linowych 360o i linką min. 5m,- 1 szt. linki z dwoma bloczkami min. 5m | Tak - podać |  |
|  | Urządzenie wyposażone w:- 4 szt. linek 60cm ± 2cm, zakończonych oczkami z dwóch stron, oczka dodatkowo wzmocnione,- 2 szt. linek 30cm ± 2cm, zakończonych oczkami z dwóch stron, oczka dodatkowo wzmocnione,- 4 szt. linek elastycznych 60cm ± 2cm o różnych oporach, zakończonych oczkami z dwóch stron (oczka dodatkowo wzmocnione) lub z karabińczykami,- 8 szt. narzędzi do regulowania dł. linek,- 1 szt. podwieszki pod miednicę, zakończona z dwóch stron uchwytami,- 1 szt. podwieszki pod głowę, zakończona z dwóch stron uchwytami,- 4 szt. podwieszek pętlowych, zakończonych z jednej strony uchwytem,- 4 szt. podwieszek pod udo, zakończonych z dwóch stron uchwytami,- podest z regulacją kąta nachylenia,- drążek z oczkami pozwalającymi na przymocowanie go,- wieszak mocowany do ściany na wszystkie akcesoria. | Tak - podać |  |
| **Dodatkowe warunki zamówienia:** |
|  | Deklaracja zgodności i certyfikat zgodności jeżeli dotyczy – na potwierdzenie, że oferowany wyrób jest wyrobem medycznym spełniającym wymagana Dyrektywy 93/42/EWG (MDD) albo Rozporządzenia UE 2017/745 (MDR) – ***dokumenty potwierdzające dołączyć do oferty*** | Tak |  |
|  | Przeglądy techniczne zgodnie z zaleceniami producenta bezpłatnie w ramach obowiązującej gwarancji | Tak |  |
|  | Dostawa, montaż, uruchomienie i przeszkolenie z użytkowania oraz serwisowania urządzenia | Tak |  |
| **Dodatkowe wyposażenie systemu**  |
| **STÓŁ REHABILITACYJNY – 1 SZTUKA** |
|  | Nazwa handlowa, producent i model | Podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji min. 2024r.  | Tak - podać |  |
|  | Stół dwusegmentowy z hydrauliczną regulacją wysokości za pomocą sprężyny gazowej | Tak |  |
|  | Regulacja wysokości za pomocą pedału nożnego | Tak |  |
|  | Konstrukcja ze stali malowanej proszkowo | Tak |  |
|  | Tapicerka odporna na mycie i dezynfekcję | Tak |  |
|  | Stół na 4 regulowanych stopkach | Tak |  |
|  | Stół z systemem jezdnym z kółkami | Tak |  |
|  | Podgłówek regulowany sprężyną gazową | Tak |  |
|  | Otwór podgłówka z zatyczką | Tak |  |
|  | Dostawa, montaż, uruchomienie i przeszkolenie z użytkowania oraz serwisowania urządzenia | Tak |  |
| **ZESTAW PIŁEK DO REHABILITACJI** |
|  | Piłki rehabilitacyjne w 3 różnych rozmiarach (średnica 45cm, 65cm, 75cm) | Tak |  |
|  | Piłki gumowe do prowadzenia zajęć na siedząco | Tak |  |
|  | Piłki rehabilitacyjne dmuchane | Tak |  |
|  | Pompka manualna do nadmuchiwania | Tak |  |
| **ZESTAW WAŁKÓW DO REHABILITACJI** |
|  | Wałki wykonane z pianki poliuretanowej, pokryte materiałem skóropodobnym odpornym na mycie i dezynfekcję | Tak |  |
|  | Wałki rehabilitacyjne w 4 rozmiarach:- 12x60cm,- 20x60cm,- 30x50cm,- 50x100cm. |  |  |
| **MATY DO REHABILITACJI** |
|  | Zestaw 3 mat równoważnych Airex Balance Pad, wymiary: 200x100x1,5 cm ± 0,5cm | Tak |  |
| **MATERACE REHABILITACYJNE – 2 SZTUKI** |
|  | Materac przeznaczony do ćwiczeń i rehabilitacji, wykonany z materiału odpornego na mycie i dezynfekcję | Tak |  |
|  | Materac i wymiarach: 200x100x10 cm ± 3cm | Tak |  |
|  | Materac jednoczęściowy  | Tak |  |
| **DYSKI SENSORYCZNE – 3 SZTUKI** |
|  | Dysk dwustronny, jedna strona z wypustkami | Tak |  |
|  | Dysk do treningu równoważnego | Tak |  |
|  | Dysk o wymiarach 6x35 cm ± 2cm | Tak |  |
|  | Pompka do pompowania w zestawie | Tak |  |

* wyposażenie kuchni (pomieszczenie nr 35 i 62) w części WTZ i ŚDS

A – Płyta kuchenna indukcyjna – 4 sztuki

B – Okap kuchenny – 2 sztuki

C – Zmywarka do naczyń – 2 sztuki

D – Piekarnik – 4 sztuki

E – Lodówka – 2 sztuki

|  |
| --- |
| **A – PŁYTA KUCHENNA INDUKCYJNA – 4 SZTUKI** |
| Lp. | Opis wymaganych parametrów technicznych | Wymagane parametry graniczne / wartość | Parametry oferowanego urządzenia |
|  | Nazwa handlowa, producent i model | Podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok min. produkcji 2024r.  | Tak - podać |  |
|  | Płyta grzewcza bezramkowa ze szlifem w kolorze czarnym | Tak |  |
|  | Moc przyłączeniowa max do 7500 W | Tak |  |
|  | Napięcie zasilania 230 – 400 W | Tak |  |
|  | Cztery pola grzewcze o wymiarach około 59x52 cm | Tak |  |
|  | Sterowanie płytą dotykowe | Tak |  |
|  | Funkcje płyty: Hob2Hood, Wskaźnik ciepła resztkowego, Wolna strefa indukcyjna | Tak |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące | Tak |  |
|  | Instrukcja w języku polskim | Tak  |  |
|  | Dodatkowe funkcje: Blokada bezpieczeństwa, Blokada przycisków, Zabezpieczenie przed dziećmi | Tak  |  |
|  | Funkcje dodatkowe: Automatyczne podgrzewanie, Automatyczne wyłączanie, Funkcja Power, Możliwość połączenia okapu z płytą, Podświetlane sterowanie | Tak |  |
|  | Pola grzewcze: Pole 1 [W]: 1400/2500, Pole 2 [W]: 2300/3200, Pole 3 [W]: 1800/2800, Pole 4 [W]: 2300/3200 | Tak |  |
|  | Funkcja łączenia pól grzejnych | Tak |  |
| **Dodatkowe warunki zamówienia:** |
|  | Najpóźniej w ostatnim dniu okresu objętego gwarancją odblokowanie sprzętu w sposób zapewniający możliwość świadczenia usług pogwarancyjnych bezpośrednio przez Zamawiającego. W szczególności przekazanie Zamawiającemu wszelkich niezbędnych dostępów i kodów serwisowych do urządzenia. | Tak |  |
|  | Przeglądy techniczne zgodnie z zaleceniami producenta bezpłatnie w ramach obowiązującej gwarancji | Tak |  |
|  | Dostawa, montaż, uruchomienie i przeszkolenie z użytkowania oraz serwisowania urządzenia | Tak |  |

|  |
| --- |
| **B – OKAP KUCHENNY – 2 SZTUKI** |
| Lp. | Opis wymaganych parametrów technicznych | Wymagane parametry graniczne / wartość | Parametry oferowanego urządzenia |
|  | Nazwa handlowa, producent i model | Podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok min. produkcji 2024r.  | Tak - podać |  |
|  | Szerokość okapu około 120 cm, głębokość około 45 cm | Tak |  |
|  | Szerokość okapu około 120 cm, głębokość około 45 cm | Tak |  |
|  | klasa wydajności przepływu „A” | Tak |  |
|  | filtr przeciwtłuszczowy, wykonany ze stali szlachetnej nierdzewnej odporny na korozję i przystosowany do wielokrotnego czyszczenia, również w zmywarce. | Tak |  |
|  | Wydajność maksymalna w trybie standardowym 400 – 450 m3/h | Tak |  |
|  | Wydajność maksymalna w trybie intensywnym 720 – 780 m3/h | Tak |  |
|  | Wydajność maksymalna w trybie intensywnym 720 – 780 m3/h | Tak |  |
|  | Sterowanie elektroniczne przyciskami | Tak |  |
|  | Regulacja prędkości skokowa – 4 stopnie | Tak |  |
|  | Ilość silników 1 szt. | Tak  |  |
|  | Tryb działania : pochłaniacz oraz wyciąg | Tak |  |
|  | Filtr węglowy w wyposażeniu | Tak |  |
|  | Kolor i wykończenia: stal szlachetna nierdzewna | Tak |  |
|  | Efektywność energetyczna: Klasa energetyczna „A++”, Klasa wydajności przepływu dynamicznego „A”, Klasa sprawności oświetlenia: „A”, Klasa efektywności pochłaniania zanieczyszczeń „B”, Poziom głośności: maksymalnie 60 dB, | Tak  |  |
|  | Zasilanie 230 V/50–60 Hz | Tak |  |
|  | Gwarancja minimalnie 24 miesiące, instrukcja w języku polskim | Tak |  |
| **Dodatkowe warunki zamówienia:** |
|  | Najpóźniej w ostatnim dniu okresu objętego gwarancją odblokowanie sprzętu w sposób zapewniający możliwość świadczenia usług pogwarancyjnych bezpośrednio przez Zamawiającego. W szczególności przekazanie Zamawiającemu wszelkich niezbędnych dostępów i kodów serwisowych do urządzenia. | Tak |  |
|  | Przeglądy techniczne zgodnie z zaleceniami producenta bezpłatnie w ramach obowiązującej gwarancji | Tak |  |
|  | Dostawa, montaż, uruchomienie i przeszkolenie z użytkowania oraz serwisowania urządzenia | Tak |  |

|  |
| --- |
| **C – ZMYWARKA DO NACZYŃ – 2 SZTUKI** |
| Lp. | Opis wymaganych parametrów technicznych | Wymagane parametry graniczne / wartość | Parametry oferowanego urządzenia |
|  | Nazwa handlowa, producent i model | Podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok min. produkcji 2024r.  | Tak - podać |  |
|  | Wymiary urządzenia około 59,8 x 85 x 60 cm | Tak |  |
|  | wyposażona musi być w automatycznie otwierane drzwi po zakończeniu pracy | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w trzy szuflady do naczyń w tym jedna na sztućce | Tak |  |
|  | Panel sterowania zewnętrzny odkryty z wyświetlaczem elektronicznym LCD ze wskaźnikiem braku soli i nabłyszczacza | Tak - podać |  |
|  | Obudowa frontowa i dno zmywarki ze stali nierdzewnej | Tak |  |
|  | Możliwość zabudowy pod blatem | Tak |  |
|  | Długość węża dopływowego min 150 cm | Tak |  |
|  | Długość węża odpływowego minimum 150 cm | Tak |  |
|  | Górny kosz z trzypoziomową regulacja kosza, składane elementy, uchwyty na kieliszki, półki na filiżanki, składane kolce | Tak |  |
|  | Dolny kosz ze składanymi elementami, składane kolce, uchwyt do mycia blach | Tak |  |
|  | Efektywność energetyczna: Klasa energetyczna „D”, Zużycie prądu na 100 cykli maksymalnie 88 kW, Zużycie wody na cykl maksymalnie 11 litrów, Poziom hałasu maksymalnie 46 dB | Tak |  |
|  | Liczba programów mycia 6 – 8 | Tak |  |
|  | Temperatury zmywania: minimum: 35, 40, 50, 60, 70, auto 40-65 stopni Celsjusza | Tak |  |
|  | Wyświetlanie czasu do końca programu | Tak |  |
|  | Funkcje dodatkowe: dodatkowe suszenie, możliwość skrócenia czasu zmywania, funkcja dezynfekcji | Tak |  |
|  | Zasilanie 230V/50-60Hz | Tak |  |
|  | Zabezpieczenie przed zalaniem wewnętrzne | Tak |  |
|  | Wyposażenie dodatkowe: lejek do soli, półka na filiżanki, szuflada na sztućce, uchwyt do mycia blach | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
| **Dodatkowe warunki zamówienia:** |
|  | Najpóźniej w ostatnim dniu okresu objętego gwarancją odblokowanie sprzętu w sposób zapewniający możliwość świadczenia usług pogwarancyjnych bezpośrednio przez Zamawiającego. W szczególności przekazanie Zamawiającemu wszelkich niezbędnych dostępów i kodów serwisowych do urządzenia. | Tak |  |
|  | Przeglądy techniczne zgodnie z zaleceniami producenta bezpłatnie w ramach obowiązującej gwarancji | Tak |  |
|  | Dostawa, montaż, uruchomienie i przeszkolenie z użytkowania oraz serwisowania urządzenia | Tak |  |

|  |
| --- |
| **D – PIEKARNIK DO ZABUDOWY W SZAFCE STOJĄCEJ – 4 SZTUKI** |
| Lp. | Opis wymaganych parametrów technicznych | Wymagane parametry graniczne / wartość | Parametry oferowanego urządzenia |
|  | Nazwa handlowa, producent i model | Podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok min. produkcji 2024r.  | Tak - podać |  |
|  | Wymiary (SxWxG) [cm]: około : 59.4 x 59.4 x 56.8 | Tak |  |
|  | Pojemność [l]: 70 - 85 | Tak |  |
|  | Wykonanie wnętrza piekarnika: Emalia | Tak |  |
|  | Sterowanie: Elektroniczne | Tak |  |
|  | Rodzaj piekarnika: Elektryczny | Tak |  |
|  | Typ prowadnic w piekarniku: Drabinkowe | Tak |  |
|  | Kolor frontu: Czarny | Tak |  |
|  | Funkcje: Grill (opiekacz), Termoobieg | Tak |  |
|  | Zasilanie 230V/50-60Hz | Tak |  |
| **Dodatkowe warunki zamówienia:** |
|  | Przeglądy techniczne zgodnie z zaleceniami producenta bezpłatnie w ramach obowiązującej gwarancji | Tak |  |
|  | Dostawa, montaż, uruchomienie i przeszkolenie z użytkowania oraz serwisowania urządzenia | Tak |  |

|  |
| --- |
| **E – LODÓWKA WOLNOSTOJĄCA – 2 SZTUKI** |
| Lp. | Opis wymaganych parametrów technicznych | Wymagane parametry graniczne / wartość | Parametry oferowanego urządzenia |
|  | Nazwa handlowa, producent i model | Podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok min. produkcji 2024r.  | Tak - podać |  |
|  | Wymiary (WxSxG) [cm]: 203,0-215,0 x 59.0-60,0 x 63.0-67,0 | Tak |  |
|  | Pojemność [l]: 240 - 270 chłodziarka + 95 - 120 zamrażarka | Tak |  |
|  | Roczne zużycie prądu: 230 - 280 kWh | Tak |  |
|  | Urządzenie bezszronowe (No Frost): Pełny No Frost | Tak |  |
|  | Położenie zamrażarki: Na dole | Tak |  |
|  | Możliwość zmiany kierunku otwierania drzwi | Tak |  |
|  | Liczba drzwi: 2 | Tak |  |
|  | Kolor frontu urządzenia: Biały lub srebrny | Tak |  |
|  | Kolor / wykończenie boków: Biały lub srebrny | Tak |  |
|  | Funkcje: Szybkie zamrażanie, Zmiana kierunku otwierania drzwi | Tak |  |
|  | Kompresor lodówki inwerterowy | Tak |  |
|  | Liczba agregatów: 1 | Tak |  |
|  | Sterowanie Elektroniczne | Tak |  |
|  | Czas utrzymania temperatury w przypadku braku zasilania [h]: 10 - 14 | Tak |  |
|  | Liczba termostatów: 2 | Tak |  |
|  | Wyświetlacz elektroniczny | Tak |  |
|  | Funkcje dodatkowe: HarvestFresh, Oświetlenie LED, Alarm niedomkniętych drzwi | Tak |  |
|  | klasa energetyczna: E | Tak |  |
|  | Poziom hałasu [dB]: max. 37 | Tak |  |
|  | Rodzaj półek: Szklane | Tak |  |
|  | Liczba półek: 4 - 5 | Tak |  |
|  | Liczba pojemników na warzywa: 2 | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w komorę świezości | Tak |  |
|  | Sposób odszraniania (rozmrażania) zamrażalnika: No-Frost | Tak |  |
|  | Zdolność zamrażania [kg/24h]: 6 - 8 | Tak |  |
|  | Liczba pojemników w zamrażarce: 3 | Tak |  |
|  | Szybkie zamrażanie | Tak |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące | Tak |  |
|  | Zasilanie 230V/50-60Hz | Tak |  |
| **Dodatkowe warunki zamówienia:** |
|  | Przeglądy techniczne zgodnie z zaleceniami producenta bezpłatnie w ramach obowiązującej gwarancji | Tak |  |
|  | Dostawa, montaż, uruchomienie i przeszkolenie z użytkowania oraz serwisowania urządzenia | Tak |  |