**Załącznik nr 5**

**Specyfikacja techniczna oferowanego sprzętu**

**Pakiet nr 1 Stół terapeutyczny z elektryczną regulacją wysokości – 4 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Producent:** |  |
| **Oferowany model:** |  |
| **Kraj pochodzenia:** |  |
| **Rok produkcji:** fabrycznie nowy rok produkcji od 2020r |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** |
| 1. | Stół terapeutyczny z dwudzielnym  leżem i elektryczną regulacją wysokości | Tak |  |
| 2. | Stabilna konstrukcja, wytrzymała rama ze stali | Tak |  |
| 3. | Rama malowana odporna na obicia i zarysowania | Tak |  |
| 4. | Tapicerka odporna na działanie środków dezynfekujących, bezszwowa tapicerka | Tak |  |
| 5. | Regulacja wysokości | Tak |  |
|  6. | Regulacja zagłówka | Tak |  |
| 7. | Pilot ręczny | Tak |  |
| 8. | Regulacja wysokości stołu za pomocą ramy | Tak |  |
| 9. | Długość stołu 200cm +/- 10cm | Tak, podać |  |
| 10. | Szerokość stołu 70cm +/- 5cm | Tak, podać |  |
| 11. | Wysokość stołu 100cm +/- 10cm | Tak, podać  |  |
| 12. | Regulacja zagłówka – 85 0 + 45 0 +/- 10o | Tak, podać |  |
| 13. | Wybór koloru tapicerki  | Tak, podać |  |
| 14. | Obciążenie stołu 250kg +/- 50kg | Tak, podać |  |
| 15. | System jezdny z hamulcem | Tak |  |
| 16. | Uchwyt ręcznik papierowy | Tak |  |
| 17. | Zaślepka do otworu na twarz | Tak |  |
| 18. | Dodatkowe wyposażenie:Pas do stabilizacji Klin – 1 szt 50x35x20cmWałek –1 szt – 60x15cm | Tak, podać |  |
| 19. | Uchwyt do mocowania pasów stabilizacyjnych | Tak |  |
| **Informacje dodatkowe – warunki gwarancji i serwisu** |
| 1. 7
 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 1. 8
 | Serwis pogwarancyjny | Tak |  |
| 1. 9
 | Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat | Tak |  |
| 1. 10
 | W okresie gwarancji w przypadku awarii aparatu wymiana na sprzęt tej samej klasy na czas naprawy. | Tak |  |
| 1. 11
 | Wykonawca zobowiązuje się w okresie obowiązywania gwarancji do podjęcia reakcji serwisu oraz usunięcia awarii, usterki w terminie max 48 godzin w dni robocze oraz w terminie max 72 godzin w dni świąteczne licząc od momentu zgłoszenia awarii | Tak |  |
| 1. 12
 | Instrukcja w języku polskim oraz paszport techniczny | Tak |  |
| 1. 13
 | Autoryzowany serwis producenta na terenie Polski | Tak |  |

***Uwaga:***

1) Parametry "Tak" oraz parametry o określonych warunkach liczbowych (<= lub >= są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

2)Wymaga się wyłącznie potwierdzenia spełnienia warunku słowem „TAK” i podania wartości /opisu

3)Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji

 …………….…………..

 Data i podpis

**Pakiet nr 2 Stół terapeutyczny z elektryczną regulacją wysokości i ustawienia Pivot**

|  |  |
| --- | --- |
| **Producent:** |  |
| **Oferowany model:** |  |
| **Kraj pochodzenia:** |  |
| **Rok produkcji:** fabrycznie nowy rok produkcji od 2020r |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** |
|  |
| 1 | Stół terapeutyczny trzy częściowy, z elektryczną regulacją wysokości, ustawieniem Pivot do 300 | Tak |  |
| 2. | Konstrukcja stabilna i solidna | Tak |  |
| 3. | Podnóżek i zagłówek regulowany sprężyną gazową | Tak |  |
| 4. | Sterowany elektrycznie  | Tak, podać |  |
| 5. | Zagłówek z odpowiednio wyprofilowanym otworem na twarz, zaślepka otworu | Tak, podać |  |
| 6. | Stół z systemem jezdnym z 2 kółkami i 2 stopkami | Tak, podać |  |
| 7. | Otwory na bananki, relingi na pasy | Tak, podać |  |
| 8. | Wyposażony w elektryczną regulację wysokości i funkcję łamania leża | Tak, podać |  |
| 9. | Sterowany elektrycznie pivot | Tak, podać |  |
| 10. | Długość 200cm +/- 10cm | Tak, podac |  |
| 11. | Szerokość 70 cm +/- 5cm | Tak, podać |  |
| 12. | Regulacja wysokości 100cm +/- 5cm | Tak,podać |  |
| 13. | Regulacja zagłówka -850 , +350  +/-100 | Tak, podać |  |
| 14. | Regulacja do pozycji Pivota 500 +/- 50 | Tak, podać  |  |
| 15. | Regulacja podnóżka 850  +/- 100 | Tak, podać |  |
| 16. | Tapicerka odporna na działanie środków dezynfekujących, bezszwowa tapicerka | Tak |  |
| 17. | Możliwość wyboru koloru tapicerki | Tak, podać |  |
| 18. | Uchwyt do pasa stabilizującego pacjenta | Tak |  |
| 19. | Reling do mocowania pasa oraz otworki na bananki | Tak  |  |
| 20. | Uchwyt do mocowania papieru | Tak  |  |
| 21. | Pilot nożny | Tak |  |
| 22. | Wyposażenie:Bananek – 2sztPółwałki – - 1 szt- 60 x15x15 cm  | Tak, podać |  |
| 23. | Obciążenie stołu 250 kg +/- 50kg | Tak, podać  |  |
| **Informacje dodatkowe – warunki gwarancji i serwisu** |
| 8 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 9 | Serwis pogwarancyjny | Tak |  |
| 10 | Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat | Tak |  |
| 11 | W okresie gwarancji w przypadku awarii aparatu wymiana na sprzęt tej samej klasy na czas naprawy. | Tak |  |
| 12 | Wykonawca zobowiązuje się w okresie obowiązywania gwarancji do podjęcia reakcji serwisu oraz usunięcia awarii, usterki w terminie max 48 godzin w dni robocze oraz w terminie max 72 godzin w dni świąteczne licząc od momentu zgłoszenia awarii | Tak |  |
| 13 | Instrukcja w języku polskim | Tak |  |
| 14 | Autoryzowany serwis producenta na terenie Polski | Tak |  |

***Uwaga:***

1) Parametry "Tak" oraz parametry o określonych warunkach liczbowych (<= lub >= są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

2)Wymaga się wyłącznie potwierdzenia spełnienia warunku słowem „TAK” i podania wartości /opisu

3)Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji

 …………….…………..

 Data i podpis

**Pakiet nr 3 Ergometry rowerowe – 2szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Producent:** |  |
| **Oferowany model:** |  |
| **Kraj pochodzenia:** |  |
| **Rok produkcji:** fabrycznie nowy rok produkcji od 2020r |  |

|  |
| --- |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** |
| 1. | Ergometr posiadający niskie wejście i pozwalający na płynny ruch | Tak |  |
| 2. | Regulacja siodełka i kierownicy | Tak, podać |  |
| 3. | Rolki transportowe | Tak |  |
| 4. | System hamowania magnetyczny | Tak, podać |  |
| 5. | System napędu pas klinowy  | Tak, podać |  |
| 6. | Regulacja oporu | Tak, podać  |  |
| 7. | Waga koła zamachowego 9kg +/- 1kg | Tak, podać |  |
| 8. | Pedały antypoślizgowe | Tak, podać |  |
| 9. | Pedały z zapięciami | Tak, podac |  |
| 10. | Zasilanie 230V | Tak |  |
| 11. | Wymiary Wysokość – 140cm +/- 10cmSzerokość - 60cm +/- 5cmDługość - 100cm +/- 10cm | Tak, podać |  |
| 12.  | Funkcje:DystansCzasPrędkość Tętno Programy treningowe | Tak, podać  |  |
| 13. | Waga użytkownika 200kg +/- 50kg | Tak, podać |  |
| 14. | Wyświetlacz standardowy  | Tak, podać |  |
| **Informacje dodatkowe – warunki gwarancji i serwisu** |
| 7 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 8 | Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat | Tak |  |
| 9 | W okresie gwarancji w przypadku awarii aparatu wymiana na sprzęt tej samej klasy na czas naprawy. | Tak |  |
| 10 | Wykonawca zobowiązuje się w okresie obowiązywania gwarancji do podjęcia reakcji serwisu oraz usunięcia awarii, usterki w terminie max 48 godzin w dni robocze oraz w terminie max 72 godzin w dni świąteczne licząc od momentu zgłoszenia awarii | Tak |  |
| 11 | Instrukcja w języku polskim | Tak |  |
| 12 | Autoryzowany serwis producenta na terenie Polski | Tak |  |

***Uwaga:***

1) Parametry "Tak" oraz parametry o określonych warunkach liczbowych (<= lub >= są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

2)Wymaga się wyłącznie potwierdzenia spełnienia warunku słowem „TAK” i podania wartości /opisu

3)Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji

 …………….…………..

 Data i podpis

**Pakiet nr 4 Rower rehabilitacyjny poziomy**

|  |  |
| --- | --- |
| **Producent:** |  |
| **Oferowany model:** |  |
| **Kraj pochodzenia:** |  |
| **Rok produkcji:** fabrycznie nowy rok produkcji od 2020r |  |

|  |
| --- |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** |
| 1. | Rower poziomy posiadający niskie wejście i pozwalający na płynny ruch oraz cichą pracę | Tak |  |
| 2. | Regulacja siodełka i kierownicy | Tak, podać |  |
| 3. | Rolki transportowe | Tak |  |
| 4. | System hamowania  | Tak, podać |  |
| 5. | System napędu  | Tak, podać |  |
| 6. | Regulacja oporu | Tak, podać  |  |
| 7. | Waga koła zamachowego 7kg +/- 1kg | Tak, podać |  |
| 8. | Pedały antypoślizgowe | Tak, podać |  |
| 9. | Pedały z zapięciami | Tak, podać |  |
| 10. | Zasilanie 230V | Tak |  |
| 11. | Wymiary Wysokość – 130cm +/- 20cmSzerokość - 65cm +/- 5cmDługość - 160cm +/- 10cm | Tak, podać |  |
| 12.  | Funkcje:DystansCzasPrędkość Tętno Programy treningowe | Tak, podać  |  |
| 13. | Waga użytkownika 200kg +/- 50kg | Tak, podać |  |
| 14. | Wyświetlacz standardowy  | Tak, podać |  |
| **Informacje dodatkowe – warunki gwarancji i serwisu** |
| 7 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 8 | Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat | Tak |  |
| 9 | W okresie gwarancji w przypadku awarii aparatu wymiana na sprzęt tej samej klasy na czas naprawy. | Tak |  |
| 10 | Wykonawca zobowiązuje się w okresie obowiązywania gwarancji do podjęcia reakcji serwisu oraz usunięcia awarii, usterki w terminie max 48 godzin w dni robocze oraz w terminie max 72 godzin w dni świąteczne licząc od momentu zgłoszenia awarii | Tak |  |
| 11 | Instrukcja w języku polskim | Tak |  |
| 12 | Autoryzowany serwis producenta na terenie Polski | Tak |  |

***Uwaga:***

1) Parametry "Tak" oraz parametry o określonych warunkach liczbowych (<= lub >= są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

2)Wymaga się wyłącznie potwierdzenia spełnienia warunku słowem „TAK” i podania wartości /opisu

3)Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji

 …………….…………..

 Data i podpis

**Pakiet nr 5 - Tablica do ćwiczeń manualnych z oporem x 2szt**

|  |  |
| --- | --- |
| **Producent:** |  |
| **Oferowany model:** |  |
| **Kraj pochodzenia:** |  |
| **Rok produkcji:** fabrycznie nowy rok produkcji od 2020r |  |
|  |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** |
|  | Blat tablicy do ćwiczeń manualnych dłoni z oporem | Tak |  |
| 2. | Konstrukcja tablicy wykonana jest z drewna i stali. | Tak |  |
| 3. | Tablica wyposażona w 5 obciążniki o wadze min. 30 dkg | Tak, podać |  |
| 4. | Uchwyt dłoni do ćwiczeń oporowych zginania i prostowania stawów | Tak, podać |  |
| 5. | Klapka do zginania nadgarstka grzbietowego lub dłoniowego | Tak, podać |  |
| 6. | Spirala pionowa | Tak, podać |  |
| 7 | Koło drewniane | Tak, podać |  |
| 8 | Sprzęty wyposażone w linkę do zawieszania obciążników | Tak |  |
| 9 |  Długość 80cm +/- 10cm  | Tak, podac |  |
| 10 |  Szerokość 60cm +/- 5cm | Tak, podać |  |
| 11 |  Wysokość 80cm +/- 70cm | Tak, podać |  |
| **Informacje dodatkowe – warunki gwarancji i serwisu** |
| 18 | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, podać |  |
| 19 | Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat | Tak |  |
| 20 | W okresie gwarancji w przypadku awarii aparatu wymiana na sprzęt tej samej klasy na czas naprawy. | Tak |  |
| 21 | Wykonawca zobowiązuje się w okresie obowiązywania gwarancji do podjęcia reakcji serwisu oraz usunięcia awarii, usterki w terminie max 48 godzin w dni robocze oraz w terminie max 72 godzin w dni świąteczne licząc od momentu zgłoszenia awarii | Tak |  |
| 22 | Instrukcja w języku polskim oraz paszport techniczny | Tak |  |
| 23 | Autoryzowany serwis producenta na terenie Polski | Tak |  |

***Uwaga:***

1) Parametry "Tak" oraz parametry o określonych warunkach liczbowych (<= lub >= są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

2)Wymaga się wyłącznie potwierdzenia spełnienia warunku słowem „TAK” i podania wartości /opisu

3)Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji

 …………….…………..

 Data i podpis