|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 1** |
| **FORMULARZ OFERTY** |

**OFERTA**

na dostawę sprzętu oraz wyposażenia medycznego na potrzeby realizacji projektu pn.: „Utworzenie Centrum Opieki Geriatrycznej w Pomorskim Centrum Reumatologicznym im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Sp. z o.o. w podziale na 21 Pakietów – oferty częściowe” Postępowanie prowadzone w trybie podstawowym bez negocjacji – Znak: 2-TP-23

Nawiązując do ogłoszenia o postępowaniu prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji oraz po zapoznaniu się z:

- Specyfikacją Warunków Zamówienia,

- wzorem umowy, my niżej podpisani, reprezentujący:

....................................................................................................................................................................

**/ nazwa Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie/**

....................................................................................................................................................................

**/ siedziba Wykonawcy/ Wykonawców występujących wspólnie/**

**nr telefonu**............................. **adres internetowy**................................... **e-mail:** ........................................

**REGON**: ................................. **NIP:** .............................................**województwo**: ...................................

**KRS (jeśli dotyczy): wpisany do** ........................................... **prowadzonego przez** ......................................... **pod nr KRS** ….……

**I.** oświadczamy, że:

1/ uzyskaliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty,

2/ zobowiązujemy się do wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z treścią SWZ oraz wyjaśnień do SWZ, w szczególności ze Szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia (zawartym w Załącznikach nr 3.1 – 3.21 oraz 2.1 – 2.21 do SWZ),

3/ zobowiązujemy się do wykonania przedmiotu zamówienia za ceny zgodnie z załączonym Formularzem ofertowo-cenowym,

4/ oświadczamy, że wszystkie załączniki stanowią integralną część oferty,

5/ oświadczamy, że jesteśmy związani ofertą przez okres 30 dni począwszy od upływu terminu składania ofert, tj. do dnia określonego w rozdz. XI ust. 2 pkt 2.1 SWZ

6/ oświadczamy, iż wszystkie informacje zamieszczone w ofercie są prawdziwe (za składanie nieprawdziwych informacji Wykonawca odpowiada na zasadach określonych w Kodeksie Karnym),

7/ potwierdzamy, iż nie uczestniczymy w jakiejkolwiek innej ofercie dotyczącej tego samego postępowania,

8/ oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami postępowania określonymi w SWZ i załącznikach (w tym ze Szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia) przyjmujemy je bez zastrzeżeń, a w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy według wzoru przedstawionego przez Zamawiającego (stanowiącego integralną część SWZ),

9/ zobowiązujemy się, w przypadku przyznania nam zamówienia, do podpisania umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego,

10/ oświadczamy także, że wszystkie produkty oferowane w niniejszym postępowaniu posiadają wymagane certyfikaty i atesty, które dopuszczają użytkowanie przedmiotu zamówienia lub inne równoważne dokumenty, potwierdzające bezpieczeństwo w użytkowaniu oraz zgodność z wymaganiami polskich i europejskich norm, o ile są wymagane przez przepisy prawne,

11/ oświadczamy, że nasza firma spełniła obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio firma uzyskała w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

*1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.*

***UWAGA! W przypadku gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do treści art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO - Wykonawca nie składa oświadczenia (usuwa treść oświadczenia przez jego wykreślenie).***

**12/ Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za łączną cenę wynoszącą:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nrpakietu | Cena netto(zł) | Stawka VAT (%) | Cena brutto(zł) |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |
| **7** |  |  |  |
| **8** |  |  |  |
| **9** |  |  |  |
| **10** |  |  |  |
| **11** |  |  |  |
| **12** |  |  |  |
| **13** |  |  |  |
| **14** |  |  |  |
| **15** |  |  |  |
| **16** |  |  |  |
| **17** |  |  |  |
| **18** |  |  |  |
| **19** |  |  |  |
| **20** |  |  |  |
| **21** |  |  |  |

**Uwaga!**

ceny – zaokrąglone do dwóch miejsc po przecinku

13/ Jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadzi do powstania obowiązku podatkowego Zamawiającego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług w zakresie dotyczącym wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów i usług, Zamawiający w celu oceny takiej oferty dolicza do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek wpłacić zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Oświadczamy, że:

**a) wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego** \*:

**b) wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego \***

14/ oświadczamy, że cena oferty zawiera wszystkie koszty, jakie poniesie Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.

**15/ oświadczamy, że udzielamy gwarancji dla Pakietu nr …… na okres ............... miesięcy od daty odbioru przedmiotu umowy** *(powielić w liczbie odpowiadającej liczbie Pakietów, do których składana jest oferta*) **(UWAGA! Należy wpisać odpowiednią wartość w przedziale wskazanym dla danego Pakietu zgodnie z zapisami w Rozdziale IX. pkt 2.2 SWZ)**

**II. TERMIN PŁATNOŚCI – oznaczony w dniach** (liczony od dnia doręczenia Zamawiającemu faktury) – 30 dni (słownie: trzydziestu)

**III. NUMER RACHUNKU BANKOWEGO WYKONAWCY:** ...........................................................

**IV. WADIUM:**

- do Pakietu nr …… w kwocie ……………………………………………………………. zł *(powielić w liczbie odpowiadającej liczbie Pakietów, do których składana jest oferta*)

Łączna wartość wadium: ………………..… zostało wniesione w formie ....................................................

- numer konta Wykonawcy, na które Zamawiający dokona zwrotu wadium wniesionego w pieniądzu lub adres/-y e-mail gwaranta/poręczyciela na które należy przesłać informację o zwrocie wadium wniesionego w innej formie niż w pieniądzu:

 .......................................................................................................................................................

**V. INFORMACJE STANOWIĄCE TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORSTWA** w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (t.j. Dz.U.2022.1233) zawarte są w Załączniku ….. i nie mogą być udostępniane. Na okoliczność tego wykazuję skuteczność takiego zastrzeżenia w oparciu o przepisy art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (t.j. Dz.U.2022.1233) w oparciu o następujące uzasadnienie (Wykonawca zobowiązany jest do uzasadnienia okoliczności zastrzeżenie części oferty jako tajemnicy przedsiębiorstwa w sposób obiektywny i wyczerpujący w oparciu o przesłanki wskazane w art. 11 ust. 4 ustawy wskazanej powyżej): ………………………………………………………………………………

**VI. PODWYKONAWCY:**

Zamierzam / nie zamierzam\* powierzyć podwykonawcom następującą część zamówienia:

....................................................................................................................................................................

Podaję nazwy (firm) podwykonawców:

....................................................................................................................................................................

**VII**. **PODMIOTY UDOSTĘPNIAJĄCE ZASOBY:**

Podaję nazwy (firm), na których zasoby powołuję się w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu:

....................................................................................................................................................................

w następującym zakresie: …………………………………………………………….………………………………………………

**VIII. DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO KONTAKTU ZE STRONY WYKONAWCY:**

a/ imię i nazwisko : ………………………………………………………………….

b/ stanowisko : ………………………………………………………………….

c/ dni pracy : ………………………………………………………………….

d/ godziny pracy : ………………………………………………………………….

e/ numer telefonu : …………………………………………………………………

f/ adres e-mail : ……………………………………………………………...……..

**IX. DANE OSOBY/OSÓB, KTÓRE BĘDĄ PODPISYWAĆ EWENTUALNĄ UMOWĘ ZE STRONY WYKONAWCY:**

a/ imię i nazwisko : ………………………………………………………………….

b/ stanowisko : …………………………………………………………………...

c/ imię i nazwisko : ………………………………………………………………….

d/ stanowisko : …………………………………………………………………...

**X. DANE OSOBY ODPOWIEDZIALNEJ ZA REALIZACJĘ UMOWY ZE STRONY WYKONAWCY:**

a/ imię i nazwisko : ………………………………………………………………….

b/ stanowisko : ………………………………………………………………….

c/ dni pracy : ………………………………………………………………….

d/ godziny pracy : ………………………………………………………………….

e/ numer telefonu : …………………………………………………………………

f/ adres e-mail : ……………………………………………………………...……..

**XI. OKREŚLENIE STATUSU PRZEDSIĘBIORSTWA WYKONAWCÓW (do celów statystycznych)**

Oświadczam, że **jesteśmy** mikro/ małym/ średnim/ dużym przedsiębiorstwem/ jednoosobową działalnością gospodarczą/ os. fiz. nieprowadzącą działalności gospodarczej/ inne…………. (wpisać status przedsiębiorstwa, jeśli Wykonawcy występują wspólnie proszę powielić zapis)1 \*

*Oferta ma być podpisana kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

\*) niepotrzebne skreślić

1 Zgodnie z zaleceniem Komisji Wspólnot Europejskich z dnia 06.05.2003 r. dot. definicji przedsiębiorstw mikro, małych i średnich ( 2003/361/WE);

mniej niż 250 osób, i których obroty roczne nie przekraczają 50 mln EUR, i/lub których roczna suma bilansowa nie przekracza 43 mln EUR.

b) W kategorii MŚP, małe przedsiębiorstwo jest zdefiniowane jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 osób, i którego obroty roczne i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 mln EUR.

c) W kategorii MŚP, przedsiębiorstwo mikro jest zdefiniowane jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 osób, i którego obroty roczne i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 mln EURO

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.1** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 1** (CPV: 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość zamawiana (szt.) | Cena jednostkowa netto  | Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3 | Stawka VAT (%) | Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Wanna do kąpieli wirowej wraz z osprzętem | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;

e) oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.2** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 2** (CPV: 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość zamawiana (szt.) | Cena jednostkowa netto  | Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3 | Stawka VAT (%) | Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Stół rehabilitacyjny z elektryczną regulacją wraz z osprzętem | 5 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;

e) oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.3** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 3** (CPV: 37441100-2 Bieżnie mechaniczne)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość zamawiana (szt.) | Cena jednostkowa netto  | Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3 | Stawka VAT (%) | Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Bieżnia | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;

e) oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.4** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 4** (CPV: 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość zamawiana (szt.) | Cena jednostkowa netto  | Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3 | Stawka VAT (%) | Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Platforma wibracyjna wraz z osprzętem | 2 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;

e) oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.5** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 5** (CPV: 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość zamawiana (szt.) | Cena jednostkowa netto  | Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3 | Stawka VAT (%) | Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Zestaw do sono i elektroterapii wraz z osprzętem | 2 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;

e) oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.6** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 6** (CPV: 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość zamawiana (szt.) | Cena jednostkowa netto  | Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3 | Stawka VAT (%) | Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Aparat do elektroterapii wraz z osprzętem | 4 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;

e) oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.7** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 7** (CPV: 33111400-5 Urządzenia do fluoroskopii rentgenowskiej)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość zamawiana (szt.) | Cena jednostkowa netto  | Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3 | Stawka VAT (%) | Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Stół do masażu z elektryczną regulacją wraz z osprzętem | 4 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;

e) oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.8** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 8** (CPV: 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość zamawiana (szt.) | Cena jednostkowa netto  | Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3 | Stawka VAT (%) | Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Krzesło do masażu wraz z osprzętem | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;

e) oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.9** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 9 (**CPV: 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość zamawiana (szt.) | Cena jednostkowa netto  | Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3 | Stawka VAT (%) | Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Aparat do magnetoterapii wraz z osprzętem | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;

e) oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.10** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 10** (CPV: 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość zamawiana (kpl.) | Cena jednostkowa netto  | Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3 | Stawka VAT (%) | Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1. | Stoły rehabilitacyjne z elektryczną regulacją wraz z osprzętem | 5 |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;

e) oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.11** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 11 (**CPV: 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość zamawiana (kpl.) | Cena jednostkowa netto  | Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3 | Stawka VAT (%) | Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1. | Zestaw do ćwiczeń metodą NEURAC z trzema trawersami | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;

e) oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.12** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 12** (CPV: 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość zamawiana (kpl) | Cena jednostkowa netto  | Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3 | Stawka VAT (%) | Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1. | Ekopompa – zestaw do zasilania aparatu | 2 |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;

e) oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.13** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 13** (CPV: 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość zamawiana (kpl) | Cena jednostkowa netto  | Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3 | Stawka VAT (%) | Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1. | Kabina UGUL wraz z osprzętem | 3 |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;

e) oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.14** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 14** (CPV: 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość zamawiana (kpl) | Cena jednostkowa netto  | Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3 | Stawka VAT (%) | Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1. | Kolumna do ćwiczeń oporowych z osprzętem. | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;

e) oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.15** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 15** (CPV: 37440000-4 Sprzęt do ćwiczeń fizycznych)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość zamawiana (kpl) | Cena jednostkowa netto  | Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3 | Stawka VAT (%) | Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1. | Atlas jednostanowiskowy wraz z osprzętem | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;

e) oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.16** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 16 (CPV:** 37440000-4 Sprzęt do ćwiczeń fizycznych)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość zamawiana (kpl) | Cena jednostkowa netto  | Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3 | Stawka VAT (%) | Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1. | Schody treningowe | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;

e) oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.17** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 17** (CPV: 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość zamawiana (kpl.) | Cena jednostkowa netto  | Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3 | Stawka VAT (%) | Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1. | Stoły rehabilitacyjne z elektryczną regulacją wraz z osprzętem | 4 |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;

e) oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.18** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 18** (CPV: 37441100-2 Bieżnie mechaniczne)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość zamawiana (kpl) | Cena jednostkowa netto  | Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3 | Stawka VAT (%) | Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1. | Bieżnia treningowa | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;

e) oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.19** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 19** (CPV: 37441300-4 Rowery stacjonarne)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość zamawiana (kpl) | Cena jednostkowa netto  | Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3 | Stawka VAT (%) | Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1. | Rower hybrydowy do rehabilitacji wraz z osprzętem | 3 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;

e) oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.20** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 20** (CPV: 33100000-1 Urządzenia medyczne)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość zamawiana (kpl) | Cena jednostkowa netto  | Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3 | Stawka VAT (%) | Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1. | Skaner do wykrywania żył wraz z osprzętem | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;

e) oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.21** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 21** (CPV: 33100000-1 Urządzenia medyczne)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa przedmiotu zamówienia | Ilość zamawiana (kpl) | Cena jednostkowa netto | Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3 | Stawka VAT (%) | Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT) |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1. | Holter ciśnieniowy wraz z osprzętem | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;

e) oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 3.1** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 1** – **Wanna do kąpieli wirowej wraz z osprzętem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Opis parametru oferowanego** |
| I | Producent | Podać |  |
| II | Nazwa i typ urządzenia | Podać |  |
| III | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| IV | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2021 lub nowszy |  |
| V | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
| VI | Wykaz materiałów eksploatacyjnych | Podać |  |
|  | **Wymagania ogólne** | **Parametr wymagany** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
|  1 | Masaż podwodny min. 12 dysz w 3-ch niezależnych sekcjach, z regulacją kierunku wypływu strumienia | TAK\* |  |
|  2 | Dostosowanie urządzenia do przeprowadzenia kąpieli wirowej kręgosłupa lędźwiowego i/ lub kończyn dolnych | TAK |  |
| 3 | Manualny wybór sekcji dysz | TAK\* |  |
| 4 | Prysznic ręczny | TAK\* |  |
| 5 | Stopień ułatwiający wchodzenie do wanny | TAK\* |  |
| 6 | System zabezpieczający przed przelaniem wody | TAK\* |  |
| 7 | Wymiary dł.1440 / szer. 720 / wys. 980 mm +/- 5 % | TAK, podać |  |
| 8 | Pojemność 210l +/- 5% | TAK, podać |  |
| 9 | Możliwość dwóch poziomów napełniania wody | TAK |  |
| 10 | Materiał wykonania- tworzywo TWS wzmocnione włóknem szklanym | TAK |  |
| 11 | Bierny masaż perełkowy z regulacją intensywności | TAK\* |  |
| 16 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) | TAK |  |
| 18 | Parawan teleskopowy mobilny:Mechanizm jezdny – koła z blokadą,Ramię teleskopu min. 200 cm,Materiał zasłony zmywalny,Wysokość min 165 cm,2 sztuki | TAK |  |
| 19 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 20 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | TAK, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |

\* Zamawiający wymaga **potwierdzenia parametru w przedmiotowych środkach dowodowych** wskazanych w Rozdz. VI.1.II.2) SWZ.

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

*/kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej***/**

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 3.2** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 2 - Stół rehabilitacyjny z elektryczną regulacją wraz z osprzętem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| I | Producent | Podać |  |
| II | Nazwa i typ | Podać |  |
| III | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| IV | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2022 lub nowszy |  |
| V | Ilość | 5 szt. |  |
|  | **Wymagania ogólne** | **Parametr wymagany** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| 1 | Stół dwusekcyjny z zagłówkiem z podłokietnikami | TAK\* |  |
| 2 | Zagłówek wąski z podłokietnikami | TAK\* |  |
| 3 | Stabilna konstrukcja – wytrzymała rama ze stali wykonana z kwadratowych profili - malowana proszkowo – odporna na działanie środków dezynfekujących | TAK |  |
| 4 | Elektryczna zmiana wysokości leżyska w zakresie 440-450 mm do 950-970 mm za pomocą pilota | TAK\*, podać |  |
| 5 | Wymiary leżyska 1950 x 680 mm +/-5% | TAK\*, podać |  |
| 6 | Waga max. 55 kg | TAK, podać |  |
| 7 | Zagłówek z wycięciem na twarz | TAK |  |
| 8 | Regulowany zagłówek za pomocą sprężyny gazowej [o]: -85 / +35 ( +/-5°) | TAK\* |  |
| 9 | Uchwyt na ręczniki montowany do stołu | TAK |  |
| 10 | Specjalny uchwyt na ręcznik papierowy | TAK |  |
| 11 | Stół wyposażony w układ jezdny (4 kółka) z hamulcem centralnym, uruchamiany za pomocą dźwigni nożnej | TAK\* |  |
| 12 | Wytrzymałość: udźwig 200 kg | TAK\*, podać |  |
| 13 | Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych | TAK |  |
| 14 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) | TAK |  |
| 15 | Maty gimnastyczne:1. rozmiar 190 cm x 60 cm x 2,5 cm (+/- 20 mm)
2. Wyposażona w otwory umożliwiające zawieszenie
3. materiał lekki, elastyczny,
4. antystatyczny, niewchłaniający wilgoci
5. amortyzujący upadki
6. 4 sztuki

(łącznie 20 szt.) | TAK |  |
| 16 | Piłka rehabilitacyjna średnica 65 cm zielona – 1 szt (łącznie 5 szt.) | TAK |  |
| 17 | Piłka rehabilitacyjna średnica 55 cm – 1 szt (łącznie 5 szt.) | TAK |  |
| 18 | Piłka rehabilitacyjna średnica 45 cm – 1 szt (łącznie 5 szt.) | TAK |  |
| 19 | Piłki rehabilitacyjne ‘pilates’ średnica 25-27 cm – 1 szt (łącznie 5 szt.) | TAK |  |
| 20 | Skoliometr – 1 szt; Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP)(łącznie 5 szt.) | TAK |  |
| 21 | Plurimetr (inklinometr) – 1szt., Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP)(łącznie 5 szt.) | TAK |  |
| 22 | Dyski sensomotoryczne – 1 zestaw zawiera:1. rozmiar 33- 36 cm
2. antypoślizgowa powierzchnia,
3. jedna strona z wypustkami
4. różne kolory
5. 6 sztuk

(łącznie 30 szt.) | TAK |  |
| 23 | Taśma elastyczna do ćwiczeń w rolce – 1 zestaw zawiera:1. długość 45 - 50 m
2. szerokość 125-127 mm
3. materiał latex
4. kolor czerwony
5. 1 rolka

(łącznie 5 szt.) | TAK |  |
| 24 | Półwałek rehabilitacyjny 60/18/12 – 1 zestaw zawiera:1. Materiał zewnętrzny zmywalny
2. możliwy do dezynfekcji
3. skóropodobny
4. wypełniony wysokiej jakości pianką pierwszego gatunku
5. nie deformujący się
6. Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych
7. 1 sztuka

(łącznie 5 szt.) | TAK |  |
| 25 | Półwałek lędźwiowy 40/25/5 cm – 1 zestaw zawiera:1. Materiał zewnętrzny zmywalny,
2. możliwy do dezynfekcji
3. skóropodobny
4. wypełniony wysokiej jakości pianką pierwszego gatunku
5. nie deformujący się
6. Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych
7. 1 sztuka

(łącznie 5 szt.) | TAK |  |
| 26 | Klin rehabilitacyjny 20/15/10 – 1 zestaw zawiera:1. Materiał zewnętrzny zmywalny,
2. możliwy do dezynfekcji
3. skóropodobny
4. wypełniony wysokiej jakości pianką pierwszego gatunku
5. nie deformujący się
6. Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych
7. 1 sztuka

(łącznie 5 szt.) | TAK |  |
| 27 | Wałek rehabilitacyjny 60/15 cm – 1 zestaw zawiera:1. Materiał zewnętrzny zmywalny,
2. możliwy do dezynfekcji
3. skóropodobny
4. wypełniony wysokiej jakości pianką pierwszego gatunku
5. nie deformujący się
6. Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych
7. 2 sztuki

(łącznie 10 szt.) | TAK |  |
| 28 | Piłeczka do masażu 8 cm – 1 zestaw zawiera:Twardość- wysoka, materiał: pianka EPP, 2 sztuki (łącznie 10 szt.) | TAK |  |
| 29 | Wałek do masażu 33x14 (+/- 2cm) – 1 sztuka (łącznie 5 szt.) | TAK |  |
| 30 | Taśmy oporowe – 1 zestaw zawiera:1. dł. 250m
2. opór lekki – 1 szt.
3. opór średni – 1 szt.
4. opór mocny – 1 szt.

(łącznie 5 zestawów) | TAK |  |
| 31 | Gumy treningowe o okrągłym kształcie – 1 zestaw zawiera:1. taśmy zbudowane z elastycznego i wytrzymałego lateksu,
2. Długość: 30 cm (obwód 60 cm)
3. Szerokość: 5 cm (+/- 0,5 cm)
4. Grubość: 0,4mm; 0,6mm; 0,8mm;1mm; 1,2mm (+/- 0,2 mm)
5. 5 szt. o różnej sile oporu: 1-3kg; 1-5kg; 5-10kg; 10-15kg; 15-20kg

(łącznie 5 zestawów) | TAK |  |
| 32 | Gumy oporowe do treningu siłowego – 1 zestaw zawiera:1. wykonane z gumy
2. obwód gum 208 cm (długość złożonych: 104 cm)
3. grubość gum 4,5 mm (+/- 0,2 mm)
4. szerokość gum: 6,4 mm / 13 mm / 21 mm / 32 mm (+/- 0,2mm)
5. 4 szt. o różnej sile oporu: 1-8 kg / 8-15 kg / 15-25 kg / 25-40 kg

(łącznie 5 zestawów) | TAK |  |
| 33 | Trener dłoni – 1 zestaw zawiera: 2 obręcze średnica 26cm, 6 siatek lateksowych z różnym oporem(łącznie 5 zestawów) | TAK |  |
| 34 | Taborety obrotowe z oparciem – 1 zestaw zawiera:1. Regulacja wysokości 62-88cm (+/- 2 cm)
2. Tapicerowany na całej powierzchni siedziska i oparcia
3. Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych
4. Podstawa pięcioramienna na kołkach
5. Wytrzymałość dopuszczalne obciążenie 120kg
6. Średnica siedziska 34 -39 cm
7. 2 sztuki

(łącznie 10 szt.) | TAK |  |
| 35 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 36 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | TAK, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |

\* Zamawiający wymaga **potwierdzenia parametru w przedmiotowych środkach dowodowych** wskazanych w Rozdz. VI.1.II.2) SWZ.

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

*/kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej***/**

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 3.3** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 3 - Bieżnia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Wartość oferowana** |
| I | Producent | Podać |  |
| II | Nazwa i typ urządzenia | Podać |  |
| III | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| IV | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2022 lub nowszy |  |
| V | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
| VI | Wykaz materiałów eksploatacyjnych | Podać |  |
|  | **WYMAGANIA OGÓLNE** | **Parametr wymagany** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| 1 | Prędkość chodu w przód 0 i więcej | TAK\* |  |
| 2 | Długie poręcze dla użytkownika | TAK |  |
| 3 | Kąt nachylenia bieżni do 7 stopni | TAK\* |  |
| 4 | Max obciążenie do min 150 kg | TAK\* |  |
| 5 | Wymiary pasa bieżni 51 (+/- 3 cm) x 152 cm (+3/-12 cm) | TAK\* |  |
| 6 | Monitorowanie parametrów: czas, dystans, prędkość, spalane kalorie | TAK |  |
| 7 | Podświetlany dotykowy wyświetlacz LCD | TAK\* |  |
| 8 | Baza gotowych programów | TAK\* |  |
| 9 | Wskaźnik intensywności treningu | TAK |  |
| 10 | Napęd z bezobsługowymi hamulcami magnetycznymi | TAK\* |  |
| 11 | Zasilanie - generator i wtyczka DC | TAK |  |
| 12 | wyłącznik bezpieczeństwa | TAK |  |
| 13 | Systemem monitorowania pracy serca | TAK |  |
| 14 | Wymiary urządzenia: długość 195 cm ( +3/- 7 cm) x szerokość 88 cm ( +3/- 18 cm) x wysokość 150 cm (+3/- 8 cm) | TAK |  |
| 15 | Waga urządzenia brutto 145 kg +/- 3 kg | TAK, podać |  |
| 16 | Wysokość wejścia na bieżnię 17,8 cm i mniej | TAK |  |
| 17 | Możliwość ustawienia własnego programu | TAK |  |
| 18 | Szkolenie personelu z obsługi urządzenia | TAK |  |
| 19 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |

\* Zamawiający wymaga **potwierdzenia parametru w przedmiotowych środkach dowodowych** wskazanych w Rozdz. VI.1.II.2) SWZ.

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

*/kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej***/**

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 3.4** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 4 - Platforma wibracyjna wraz z osprzętem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| I | Producent | Podać |  |
| II | Nazwa i typ | Podać |  |
| III | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| IV | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2022 lub nowszy |  |
| V | Zamawiana ilość | 2 szt. |  |
|  | **Wymagania ogólne** | **Parametr wymagany** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| 1 | Poziomy prędkości: min 99 poziomów | TAK\* |  |
| 2 | Zakres częstotliwości: 8-22 Hz | TAK\* |  |
| 3 | Programy automatyczne 3 i więcej | TAK |  |
| 4 | Pilot zdalnego sterowania | TAK |  |
| 5 | Wymiary 79cmx 48cm x14,5cm (+/- 3 cm) | TAK\* |  |
| 6 | Waga 26 kg i mniej | TAK, podać |  |
| 7 | Maksymalne obciążenie min.120 kg | TAK\* |  |
| 8 | Moc znamionowa 250 Watt i więcej | TAK\* |  |
| 9 | Zasilanie 220-240 V | TAK |  |
| 10 | Automatyczny czas pracy 15 min (+/- 3 min) | TAK, podać |  |
| 11 | Możliwość używania w różnych pozycjach- leżeniu, siadzie, podporze | TAK |  |
| 12 | Brak poręczy bocznych | TAK |  |
| 13 | Szkolenie personelu z obsługi urządzenia | TAK |  |
| 14 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) | TAK |  |
| 15 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |

\* Zamawiający wymaga **potwierdzenia parametru w przedmiotowych środkach dowodowych** wskazanych w Rozdz. VI.1.II.2) SWZ.

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

*/kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej***/**

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 3.5** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 5 - Zestaw do sono i elektroterapii wraz z osprzętem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Wartość oferowana** |
| I | Producent | Podać |  |
| II | Nazwa i typ urządzenia | Podać |  |
| III | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| IV | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2022 lub nowszy |  |
| V | Zamawiana ilość | 2 szt. |  |
| VI | Wykaz materiałów eksploatacyjnych | Podać |  |
|  | **WYMAGANIA OGÓLNE** | **Parametr wymagany** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| 1 | Dwa całkowicie niezależne kanały zabiegowe | TAK |  |
| 2 | Regulacja natężenia w obwodzie pacjenta jednocześnie dla obu kanałów lub osobno | TAK\* |  |
| 3 | Tryb pracy: programowy/manualny | TAK |  |
| 4 | Baza wbudowanych programów zabiegowych (min. 200) | TAK |  |
| 5 | Programy ulubione | TAK |  |
| 6 | **ELEKTROTERAPIA:**1. interferencyjne (izoplanarny, dynamiczny, jednokanałowy AMF)
2. TENS (symetryczny, asymetryczny, naprzemienny, burst)
3. TENS do terapii porażeń spastycznych
4. wg metody Kotz’a/rosyjska stymulacja
5. diadynamiczne (MF, DF, CP, CP-ISO, LP)
6. tonoliza
7. impulsowe – prostokątny, trójkątny
8. impulsowe wg metody Träberta, Leduca, neofaradyczny
9. galwaniczne
10. unipolarne falujące
11. mikroprądy
 | TAK\* |  |
| 7 | **TERAPIA ULTRADŹWIĘKOWA:**1. wodoszczelne głowice
2. emisja ciągła/ impulsowa
3. kontrola przylegania czoła głowicy (mierzony efektywny czas zabiegu)
4. kalibracja czułości głowicy według potrzeb
5. częstotliwość pracy 1 MHz
6. efektywna powierzchnia promieniowania 1 cm2, 4 cm2
7. maksymalne natężenie fali ultradźwiękowej 2/ 3 W/cm2
8. częstotliwość w trybie pulsacyjnym 16 Hz, 48 Hz, 100 Hz
9. wypełnienie w trybie pulsacyjnym 10 %, 25 %, 50 %, 75 %
10. zegar zabiegowy 1 – 30 minut
 | TAK\* |  |
| 8 | **TERAPIA SKOJARZONA:**1. praca w trybach CC (stabilizacja prądu) lub CV (stabilizacja napięcia)
2. PRĄDY W TERAPII SKOJARZONEJ
3. interferencyjne jednokanałowy AMF
4. TENS symetryczny
5. TENS asymetryczny
6. TENS naprzemienny
7. TENS burst
8. Wg metody Kotz’a /rosyjska stymulacja
9. Możliwość zapisywanie własnych programów (min. 50)
 | TAK\* |  |
| 9 | Zegar zabiegowy | TAK |  |
| 10 | Test elektrod | TAK\* |  |
| 11 | Statystyki przeprowadzanych zabiegów | TAK |  |
| 12 | Autotest – kontrola sprawności aparatu | TAK\* |  |
| 13 | Praca w trybie stabilizacji prądu lub stabilizacji napięcia | TAK |  |
| 14 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP). | TAK |  |
| 15 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 16 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |
| 17 | **Wyposażenie**: głowica 1 MHz, 1 cm2 z uchwytem, przewód sieciowy, kable pacjenta (2 szt), elektrody 6x6 cm i 7,5x9 cm, | TAK\*, 2 szt. |  |
| 18 | **Wyposażenie**: głowica 1 MHz, 4 cm2 z uchwytem, przewód sieciowy, kable pacjenta (2 szt), elektrody 6x6 cm i 7,5x9 cm, | TAK\*, 2 szt. |  |
|  | **Wymogi wobec głowic**: |  |  |
| 19 | Emisja ciągła/impulsowa | TAK\* |  |
| 20 | Kontrola przylegania czoła głowicy | TAK |  |
| 21 | Kalibracja czułości głowicy | TAK |  |
| 22 | Wodoszczelne | TAK |  |
|  | **Wyposażenie**: Kozetka medyczna metalowa | 2 szt. |  |
|  | **Wymogi wobec kozetki:** |  |  |
| 23 | Mocna stabilna metalowa konstrukcja | TAK |  |
| 24 | Pokryta materiałem łatwo myjącym, odporny na środki do dezynfekcji | TAK |  |
| 25 | Regulowany zagłówek | TAK |  |
| 26 | Wymiary 52x56x188 cm (wys.,szer.,dł.) +/- 3 cmZamawiający dopuszcza również kozetkę medyczną metalową o wymiarach 62 x 55 x 185 cm i nośności aż do 200 kg | TAK\* |  |
| 27 | Wytrzymałość obciążenie min 150 kg | TAK\* |  |
| 28 | Uchwyt na papier | TAK\* |  |
| 29 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP). | TAK |  |
| 30 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 31 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |
|  | **Wyposażenie:** Stolik pod aparat do fizykoterapii | 2 szt |  |
|  | **Wymogi wobec stolika:** |  |  |
| 32 | trzypółkowy | TAK |  |
| 33 | Szuflada na akcesoria | TAK |  |
| 34 | System jezdny – kółka | TAK |  |
| 35 | Trwała konstrukcja | TAK |  |
| 36 | Wymiary 85x54x52 cm (+/- 10 cm) | TAK\* |  |
| 37 | Wymiary dolnej półki dl x szer. 54 x 50 cm (+/- 9 cm) | TAK |  |
| 38 | Wymiary górnej półki dł. x szer. 54 x 37 cm (+/- 9 cm) | TAK |  |
| 39 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP). | TAK |  |
| 40 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 41 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |

\* Zamawiający wymaga **potwierdzenia parametru w przedmiotowych środkach dowodowych** wskazanych w Rozdz. VI.1.II.2) SWZ.

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

*/kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej***/**

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 3.6** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 6 – Aparat do elektroterapii wraz z osprzętem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| I | Producent | Podać |  |
| II | Nazwa i typ | Podać |  |
| III | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| IV | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2022 lub nowszy |  |
| V | Zamawiana ilość | 4 szt. |  |
| VI | Wykaz materiałów eksploatacyjnych | Podać |  |
|  | **Wymagania ogólne** | **Parametr wymagany** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| 1 | prądy: interferencyjne (izoplanarny, dynamiczny, jednokanałowy AMF) | TAK\* |  |
| 2 | prądy: TENS (symetryczny, asymetryczny, naprzemienny, burst) | TAK\* |  |
| 3 | prądy: TENS do terapii porażeń spastycznych | TAK\* |  |
| 4 | prądy: wg metody Kotz’a/rosyjska stymulacja | TAK\* |  |
| 5 | prądy: diadynamiczne (MF, DF, CP, CP-ISO, LP) | TAK\* |  |
| 6 | tonoliza | TAK\* |  |
| 7 | prądy: impulsowe – prostokątny, trójkątny | TAK\* |  |
| 8 | prądy: impulsowe wg metody Träberta, Leduca, neofaradyczny | TAK\* |  |
| 9 | prądy: galwaniczne | TAK\* |  |
| 10 | prądy: unipolarne falujące | TAK\* |  |
| 11 | prądy: mikroprądy | TAK\* |  |
| 12 | Dwa całkowicie niezależne kanały zabiegowe | TAK\* |  |
| 13 | Regulacja natężenia w obwodzie pacjenta jednocześnie dla obu kanałów lub osobno | TAK |  |
| 14 | Elektrodiagnostyka z graficzną prezentacją krzywej I/t | TAK |  |
| 15 | Automatyczne wyliczanie reobazy, chronaksji, współczynnika akomodacji | TAK |  |
| 16 | Tryb pracy: programowy/manualny | TAK |  |
| 17 | Baza wbudowanych programów zabiegowych (min. 50) | TAK |  |
| 18 | Programy ulubione | TAK |  |
| 19 | Możliwość zapisywanie własnych programów | TAK |  |
| 20 | Wbudowane sekwencje do elektroterapii | TAK |  |
| 21 | Zegar zabiegowy | TAK |  |
| 22 | Test elektrod | TAK\* |  |
| 23 | Autotest – kontrola sprawności aparatu | TAK\* |  |
| 24 | Praca w trybie stabilizacji prądu lub stabilizacji napięcia | TAK |  |
| 25 | Wyposażenie: przewód sieciowy, kable pacjenta (2 szt), elektrody 6x6 cm i 7,5x9 cm | TAK\* |  |
| 26 | Adapter do kabla pacjenta 4 mm | TAK |  |
| 27 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP). | TAK |  |
| 28 | **Kozetka medyczna drewniana**1. Mocna stabilna drewniana konstrukcja, dwuczęściowy -zagłówek, leże
2. Pokryta materiałem łatwo myjącym, odporny na działanie środków do dezynfekcji
3. Regulowany zagłówek min trzy ustawienie w zakresie 0-35 stopni
4. Wymiary 187x66x70 cm (dł.,szer.,wys.) (+/- 3 cm)
5. Waga do 33 kg
6. Wytrzymałość. obciążenie 150 kg
7. Uchwyt na papier
8. 1 sztuka

(łącznie 4 szt.) | TAK\* |  |
| 29 | **Elektrody punktowe –** zestaw zawiera rozmiary o średnicy:1. 6mm – 1 szt.
2. 10mm – 1 szt.
3. 15mm – 1 szt.
4. 20mm – 1 szt.
5. Materiał zgodyny z dyrektywą ROHS 2011/65/UE

(łącznie 4 zestawy) | TAK\* |  |
| 30 | **Stolik pod aparat do fizykoterapii :**1. trzypółkowy
2. Szuflada na akcesoria
3. System jezdny – kółka
4. Trwała konstrukcja
5. Wymiary 85x54x52 cm ( +/- 10 cm)
6. Wymiary dolnej półki dl x szer. 54 x 50 cm ( +/- 9 cm)
7. Wymiary górnej półki dł. x szer. 54 x 37 cm ( +/- 9 cm)
8. 1 sztuka

(łącznie 4 sztuki) | TAK\* |  |
| 31 | Elastyczny pas rzepowy do mocowania elektrod 60x10 (+/- 2 cm) 5 sztuk (łącznie 20 sztuk) | TAK\* |  |
| 32 | Elastyczny pas rzepowy do mocowania elektrod 40x10 (+/- 2 cm) 5 sztuk (łącznie 20 sztuk) | TAK\* |  |
| 33 | Woreczek z piaskiem 21x28 (+/- 2 cm) 5 sztuk (łącznie 20 sztuk) | TAK |  |
| 34 | Instrukcja obsługi w języku polskim, paszport techniczny | TAK |  |
| 35 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |

\* Zamawiający wymaga **potwierdzenia parametru w przedmiotowych środkach dowodowych** wskazanych w Rozdz. VI.1.II.2) SWZ.

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

*/kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej***/**

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 3.7** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 7 - Stół do masażu z elektryczną regulacją wraz z osprzętem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| I | Producent | Podać |  |
| II | Nazwa i typ | Podać |  |
| III | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| IV | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2022 lub nowszy |  |
| V | Ilość | 4 szt. |  |
|  | **Wymagania ogólne** | **Parametr wymagany** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| 1 | 4-sekcyjny stół do masażu i rehabilitacji | TAK\* |  |
| 2 | Łatwa regulacja zagłówka przy pomocy sprężyny gazowej (od -70° do +40°) | TAK\* |  |
| 3 | Zagłówek z wyprofilowanym otworem na twarz wraz z zaślepką | TAK |  |
| 4 | Opuszczane boczki zagłówka, na przedramiona | TAK |  |
| 5 | Dwuwarstwowa tapicerka wykonana z atestowanych materiałów. Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych | TAK |  |
| 6 | Łącznik z tapicerki maskujący przerwy między sekcjami | TAK |  |
| 7 | Śruby mocujące leżysko wkręcane w metalowe wzmocnienia znajdujące się w desce tapicerki | TAK |  |
| 8 | Stabilna stalowa rama o konstrukcji krzyżakowej | TAK\* |  |
| 9 | Malowana proszkowo, stabilna stalowa rama | TAK\* |  |
| 10 | System elektrycznej regulacji wysokości za pomocą ramki wokół podstawy stołu (min. od 50 do 101 cm) | TAK\* |  |
| 11 | Wymiary max. Dł. 202 x Wys.50-101 x Szer.64 mm tolerancja (+-3 cm ) | TAK\* |  |
| 12 | Waga max. 55 kg | TAK, podać |  |
| 13 | Zagłówek z wycięciem na twarz | TAK |  |
| 14 | Regulowany zagłówek za pomocą sprężyny gazowej [o]: -85 / +35 ( +/-5°) | TAK\* |  |
| 15 | Relingi do zamocowania pasów | TAK |  |
| 16 | System elektrycznej regulacji wysokości za pomocą ramki wokół | TAK |  |
| 17 | Zintegrowany z podstawą stołu system zabezpieczający przed niepożądaną zmianą ustawień stołu. System musi zapewniać bezpieczeństwo nawet po odłączeniu sterowania zdalnego w postaci pilota bądź pedału nożnego | TAK |  |
| 18 | Zintegrowany sterownik elektroniczny z możliwością obsługi do 2 siłowników, umiejscowiony w podstawie stołu | TAK |  |
| 19 | Uchwyt na ręczniki montowany do stołu | TAK |  |
| 20 | Malowana proszkowo ramka wokół podstawy stołu dostępna z czterech stron | TAK |  |
| 21 | Antypoślizgowe, gumowe stopki z regulacją wysokości do 1 cm umożliwiające wypoziomowanie stołu | TAK |  |
| 22 | Wytrzymałość obciążenie: min. 200 kg | TAK\* |  |
| 23 | System jezdny, składającym się z 4 małych kółek ( na każdym rogu stołu 1 ) i 4 antypoślizgowych, gumowych stopek | TAK\* |  |
| 24 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP). | TAK |  |
| 25 | Taboret siodło - 1 szt.:1. Profilowane siedzisko w kształcie siodła,
2. wysokość: 54-74
3. regulacja kąta nachylenia 15
4. obciążenie 150 kg
5. System jezdny 4 kółka
6. Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych
7. Grubość pianki siedziska 4,5 cm- 5,5 cm
8. Waga 6-7 kg

(łącznie 4 sztuki) | Tak |  |
| 26 | **Schodek jednostopniowy** – 1 szt.**:**1. Wymiary 50x30cm (+/- 3 cm)
2. Wysokość 22cm
3. Wytrzymałość waga użytkownika 120 kg
4. Silna stabilna konstrukcja
5. Pokryta antypoślizgową wykładziną
6. Nasadki antypoślizgowe na nóżkach

(łącznie 4 sztuki) | Tak |  |
| 27 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 28 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |

\* Zamawiający wymaga **potwierdzenia parametru w przedmiotowych środkach dowodowych** wskazanych w Rozdz. VI.1.II.2) SWZ.

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

*/kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej***/**

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 3.8** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 8 – Krzesło do masażu wraz z osprzętem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| I | Producent | Podać |  |
| II | Nazwa i typ | Podać |  |
| III | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| IV | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2022 lub nowszy |  |
| V | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
| VI | Wykaz materiałów eksploatacyjnych | Podać |  |
|  | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| 1 | Możliwość składania | TAK\* |  |
| 2 | Dwuwarstwowa tapicerka wykonana z atestowanych materiałów. Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych | TAK |  |
| 3 | Szerokość: 50-55cm | TAK\* |  |
| 4 | Dopuszczalne obciążenie: min. 150 kg | TAK\* |  |
| 5 | Możliwości regulacji wysokości siedziska i poduszki wspierającej klatkę piersiową | TAK\* |  |
| 6 | Możliwość regulacji kąta nachylenia podgłówka i półki pod ramiona | TAK\* |  |
| 7 | Taboret siodło - 1 sztuka:1. Profilowane siedzisko w kształcie siodła,
2. wysokość: 54-74
3. regulacja kąta nachylenia 15
4. obciążenie 150 kg
5. System jezdny 4 kółka
6. Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych
7. Grubość pianki siedziska 4,5 cm- 5,5 cm
8. Waga 6-7 kg
 | TAK |  |
| 8 | **Schodek jednostopniowy – 1 szt.:**1. Wymiary 50x30 (+/- 2 cm)
2. Wysokość 22cm
3. Wytrzymałość waga użytkownika 120 kg
4. Silna stabilna konstrukcja
5. Pokryta antypoślizgową wykładziną
6. Nasadki antypoślizgowe na nóżkach
 | TAK |  |
| 9 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP). | TAK |  |
| 10 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 11 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |

\* Zamawiający wymaga **potwierdzenia parametru w przedmiotowych środkach dowodowych** wskazanych w Rozdz. VI.1.II.2) SWZ.

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

*/kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej***/**

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 3.9** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 9 – Aparat do magnetoterapii wraz z osprzętem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| I | Producent | Podać |  |
| II | Nazwa i typ | Podać |  |
| III | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| IV | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2022 lub nowszy |  |
| V | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
| VI | Wykaz materiałów eksploatacyjnych | Podać |  |
|  | **Wymagania ogólne** | **Parametr wymagany** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| 1 | Aparat współpracujący z aplikatorem płaskim i aplikatorem szpulowym o śr. min 75 cm | TAK\* |  |
| 2 | Dwa niezależne kanały zabiegowe | TAK\* |  |
| 3 | parametry trybu przerywanego: impuls 1 s/ przerwa 0,5 – 8 | TAK |  |
| 4 | Spektrum częstotliwości: 0 – 50 Hz | TAK\* |  |
| 5 | Zegar zabiegowy: 30 s - 60 minut | TAK |  |
| 6 | Okulary ochronne dla pacjenta | TAK |  |
| 7 | Kolorowy wyświetlacz z panelem dotykowym | TAK |  |
| 8 | Tryb manualny | TAK |  |
| 9 | Baza wbudowanych programów zabiegowych | TAK |  |
| 10 | Baza programów użytkownika | TAK |  |
| 11 | Baza sekwencji użytkownika | TAK |  |
| 12 | Programy ulubione | TAK |  |
| 13 | Regulacja głośności sygnalizatora dźwiękowego | TAK |  |
| 14 | Kształt pola: prostokątny dwupołówkowy, trójkątny dwupołówkowy, prostokątny jednopołówkowy, trójkątny jednopołówkowy, sinusoidalny jednopołówkowy, impulsowy jednopołówkowy | TAK |  |
| 15 | Możliwość edycji nazw programów i sekwencji użytkownika | TAK |  |
| 16 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP). | TAK |  |
| 17 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 18 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |
| **Wyposażenie Aplikator płaski ze statywem – 1 szt**. |
| 19 | Producent | Podać |  |
| 20 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 21 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 22 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2022 lub nowszy |  |
| 23 | Wykaz materiałów eksploatacyjnych | Podać |  |
|  | **Wymagania ogólne** | **Parametr wymagany** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| 24 | Współpracuje z aparatem do magnetoterapii | TAK\* |  |
| 25 | Regulacja wysokości statywu | TAK\* |  |
| 26 | Kąt regulacji obrotu aplikatora min. 150⁰ | TAK\* |  |
| 27 | Kółka jezdne statywu | TAK\* |  |
| 28 | Maksymalna indukcja znamionowa w geometrycznym środku aplikatora 3 mT | TAK |  |
| 29 | Maksymalna instrukcja znamionowa przy ściance aplikatora 12,5mT | TAK |  |
| 30 | Maksymalna wartość zmiany indukcji 25 mT | TAK |  |
| 31 | Wskaźnik wizualny aktywności pola magnetycznego. | TAK |  |
| 32 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP). | TAK |  |
| 33 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 34 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |
| **Wyposażenie Aplikator szpulowy – 1 szt.** |
| 35 | Producent | Podać |  |
| 36 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 37 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 38 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2022 lub nowszy |  |
| 39 | Wykaz materiałów eksploatacyjnych | Podać |  |
|  | **Wymagania ogólne** | **Parametr wymagany** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| 40 | Aplikator współpracujący z aparatem do magnetoterapii | TAK\* |  |
| 41 | Średnica aplikatora min. 75 cm | TAK\* |  |
| 42 | Wizualny wskaźnik aktywności pola magnetycznego | TAK |  |
| 43 | Maksymalna indukcja znamionowa w geometrycznym środku aplikatora 3mT | TAK |  |
| 44 | Maksymalna indukcja znamionowa przy ściance aplikatora 4,5mT | TAK |  |
| 45 | Maksymalna wartość zmiany indukcji 9 mT | TAK |  |
| 46 | Aplikator współpracuje z leżanką do pola magnetycznego | TAK |  |
| 47 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP). | TAK |  |
| 48 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 49 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |
| **Wyposażenie Leżanka pola magnetycznego – 1 szt.** |
| 50 | Producent | Podać |  |
| 51 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 52 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 53 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2022 lub nowszy |  |
| 54 | Wykaz materiałów eksploatacyjnych | Podać |  |
|  | **Wymagania ogólne** | **Parametr wymagany** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| 55 | Leżanka pola magnetycznego współpracuje z aplikatorem szpulowym o śr min 75 cm | TAK\* |  |
| 56 | Nośność leżanki min 130 kg | TAK\* |  |
| 57 | Wymiary leżanki wraz z półką max (dł. szer. wys.) 215 x 54 x 120 cm +/- 20 mm | TAK\* |  |
| 58 | Wysokość leżyska 60 - 65cm | TAK |  |
| 59 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP). | TAK |  |
| 60 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 61 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |

\* Zamawiający wymaga **potwierdzenia parametru w przedmiotowych środkach dowodowych** wskazanych w Rozdz. VI.1.II.2) SWZ.

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

*/kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej***/**

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 3.10** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 10 – Stoły rehabilitacyjne z elektryczną regulacją wraz z osprzętem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| I | Producent | Podać |  |
| II | Nazwa i typ urządzenia | Podać |  |
| III | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| IV | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2022 lub nowszy |  |
| V | Zamawiana ilość | 5 szt. |  |
| VI | Wykaz materiałów eksploatacyjnych | Podać |  |
|  | **Wymagania ogólne** | **Parametr wymagany** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| 1 | 2-sekcyjny stół do masażu i rehabilitacji | TAK\* |  |
| 2 | Regulacja zagłówka przy pomocy sprężyny gazowej (od -70° do +40°) | TAK\* |  |
| 3 | Zagłówek z wyprofilowanym otworem na twarz wraz z zaślepką | TAK\* |  |
| 4 | Dwuwarstwowa tapicerka wykonana z atestowanych materiałów. Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych | TAK\* |  |
| 5 | Łącznik z tapicerki maskujący przerwy między sekcjami | TAK |  |
| 6 | Stabilna stalowa rama o konstrukcji krzyżakowej | TAK\* |  |
| 7 | Relingi do zamocowania pasów oraz uchwyt na ręcznik montowany do stołu | TAK |  |
| 8 | System elektrycznej regulacji wysokości za pomocą ramki wokół podstawy stołu (od 50 do 101 cm) | TAK\* |  |
| 9 | Zintegrowany z podstawą stołu system zabezpieczający przed niepożądaną zmianą ustawień stołu | TAK |  |
| 10 | System musi zapewniać bezpieczeństwo nawet po odłączeniu sterowania zdalnego w postaci pilota bądź pedału nożnego | TAK |  |
| 11 | Zintegrowany sterownik elektroniczny z możliwością obsługi do 2 siłowników, umiejscowiony w podstawie stołu | TAK |  |
| 12 | Malowana proszkowo ramka wokół podstawy stołu dostępna z czterech stron | TAK |  |
| 13 | Antypoślizgowe, gumowe stopki z regulacją wysokości do 1 cm umożliwiające wypoziomowanie stołu | TAK |  |
| 14 | Wymiary max. Dł. 202 x Wys.50-101 x Szer.64 mm (tolerancja +/-3 cm ) | TAK\* |  |
| 15 | Wytrzymałość obciążenie: min. 200 kg | TAK\* |  |
| 16 | System jezdny, składającym się z 4 małych kółek (na każdym rogu stołu 1) i 4 antypoślizgowych, gumowych stopek | TAK\* |  |
| 17 | Możliwość łatwego przestawiania stołu bez podnoszenia go | TAK |  |
| 18 | Zagłówek krótki maksimum 46 cm (tolerancja +/-3 cm) | TAK |  |
| 19 | Materiał pokrycia gładki, łatwy do mycia i odporny na działanie środków dezynfekcyjnych | TAK |  |
| 20 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) | TAK |  |
| 21 | Półwałek 40x5x25 (+/- 2cm) – 1 sztukaMateriał pokrycia gładki, łatwy do mycia i odporny na działanie środków dezynfekcyjnych. Kolorystyka do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych(łącznie 5 sztuk) | TAK |  |
| 22 | Półwałek 60x18x12 (+/- 2cm) -1 sztukaMateriał pokrycia gładki, łatwy do mycia i odporny na działanie środków dezynfekcyjnych.Kolorystyka do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych(łącznie 5 sztuk) | TAK |  |
| 23 | Półwałek 50x10x7 (+/- 2cm) – 1 sztukaMateriał pokrycia gładki, łatwy do mycia i odporny na działanie środków dezynfekcyjnych.Kolorystyka do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych(łącznie 5 sztuk) | TAK |  |
| 24 | Klin 10x20x25 (+/- 2cm) – 4 sztukiMateriał pokrycia gładki, łatwy do mycia i odporny na działanie środków dezynfekcyjnych.Kolorystyka do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych(łącznie 20 sztuk) | TAK |  |
| 25 | Klin 30x40x12 (+/- 2cm) – 2 sztukiMateriał pokrycia gładki, łatwy do mycia i odporny na działanie środków dezynfekcyjnych.Kolorystyka do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych(łącznie 10 sztuk) | TAK |  |
| 26 | Wałek 50x 15 (+/- 2cm) – 1 sztukaMateriał pokrycia gładki, łatwy do mycia i odporny na działanie środków dezynfekcyjnych.Kolorystyka do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych(łącznie 5 sztuk) | TAK |  |
| 27 | Urządzenie działające w oparciu o zmiany ciśnienia w mankiecie napełnionym powietrzem, do oceny pracy mięśnia poprzecznego brzucha, umożliwiające trening z biofeedbackiem – 1 szt.(łącznie 5 sztuk) | TAK |  |
| 28 | Piłka fitness śr. 55 cm z ABS x1 szt., obciążenie piłki min. 300 kg(łącznie 5 sztuk) | TAK |  |
| 29 | Miękka piłka lekarska x 2 szt. - 0.5 kg, śr. 10-12 cm (łącznie 10 sztuk) | TAK |  |
| 30 | Miękka piłka lekarska x2 szt. - 1 kg, śr. 10-12 cm (łącznie 10 sztuk) | TAK |  |
| 31 | Miękka piłka lekarska x2 szt. - 1.5 kg, śr. 10-12 cm (łącznie 10 sztuk) | TAK |  |
| 32 | Silikonowe bańki: 1 zestaw zawiera min. 4 różne rozmiary: 1,5/5cm, 4/8cm, 5,5/5,5cm, 7/8cm (+/- 1cm)(łącznie 5 zestawów) | TAK |  |
| 33 | Dynanometr pneumatyczny 1 szt. (łącznie 5 sztuk) | TAK |  |
| 34 | Goniometr 1 szt. (razem 5 sztuk) | TAK |  |
| 35 | Elektroniczny sportowy stoper cyfrowy 1szt. (łącznie 5 sztuk) | TAK |  |
| 36 | Mata gimnastyczna1. rozmiar 190 cm x 60 cm x 2,5 cm (+/- 20 mm)
2. Wyposażona w otwory umożliwiające zawieszenie
3. materiał lekki, elastyczny,
4. antystatyczny, nie wchłaniający wilgoci
5. amortyzujący upadki
6. 2 sztuki

(łącznie 10 sztuk) | TAK |  |
| 37 | Taborety obrotowe z oparciem1. Regulacja wysokości 62-88cm (+/- 2 cm)
2. Tapicerowany na całej powierzchni siedziska i oparcia
3. Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych
4. Podstawa pięcioramienna na kołkach
5. Wytrzymałość dopuszczalne obciążenie 120kg
6. Średnica siedziska 34 -39 cm
7. 2 sztuki

(łącznie 10 sztuk) | TAK |  |
| 38 | Parawan teleskopowy mobilny:1. Mechanizm jezdny – koła z blokadą
2. Ramię teleskopu min. 200 cm
3. Materiał zasłony zmywalny
4. Możliwość wyboru koloru materiału
5. Wysokość min. 165 cm
6. 2 sztuki

(łącznie 10 szt.) | TAK\* |  |
| 39 | Materac rehabilitacyjny:1. 3 – częściowy składany z uchwytem
2. Wymiar 195x85x5 cm +/- 20 mm
3. Materiał pokrycia gładki, łatwy do mycia i odporny na działanie środków dezynfekcyjnych.
4. Kolorystyka do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych
5. 4 sztuki

(łącznie 20 sztuk) | TAK |  |
| 40 | Zestaw obciążników na kostki i nadgarstki1. 2 szt. x 0,5 kg
2. 2szt. x1 kg
3. 2 szt. x1,5 kg
4. 2 szt. x2 kg
5. 2 szt. x3 kg

(łącznie 5 zestawów) | TAK |  |
| 41 | **Obciążenie czworokątne (zestaw):**1. 1 szt. x2,5 kg
2. 1 szt. x5 kg
3. gumowa powłoka o zwiększonej odporności na ścieranie
4. Praktyczne uchwyty
5. **Średnica obciążenia**: 30 cm

(łącznie 5 zestawów) | TAK |  |
| 42 | Wałek 60x10 (+/- 2cm) – 1 sztukaMateriał pokrycia gładki, łatwy do mycia i odporny na działanie środków dezynfekcyjnych.Kolorystyka do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych(łącznie 5 szt.) | TAK |  |
| 43 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 44 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |

\* Zamawiający wymaga **potwierdzenia parametru w przedmiotowych środkach dowodowych** wskazanych w Rozdz. VI.1.II.2) SWZ.

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

*/kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej***/**

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 3.11** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 11 – Zestaw do ćwiczeń metodą NEURAC z trzema trawersami**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Lp** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Wartość oferowana** |
|  |  | I | Producent | Podać |  |
|  |  | II | Nazwa i typ | Podać |  |
|  |  | III | Kraj pochodzenia | Podać |  |
|  |  | IV | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2022 lub nowszy |  |
|  |  | V | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
|  |  | VI | Wykaz materiałów eksploatacyjnych | Podać |  |
|  |  |  | **Wymagania ogólne** | **Parametr wymagany** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
|  |  | 1 | Konstrukcja sufitowa z trzema trawersami | TAK\* |  |
|  |  | 2 | Wielofunkcyjny aparat do ćwiczeń, mocowany do sufitu x3 | TAK\* |  |
|  |  | 3 | Aparat do ćwiczeń z elementami rotacji x1 | TAK\* |  |
|  |  | 4 | Komplet uchwytów zwykłych - 4x | TAK |  |
|  |  | 5 | Komplet wzmocnionych uchwytów – 1x | TAK |  |
|  |  | 6 | Podwieszka szeroka - x2 | TAK |  |
|  |  | 7 | Podwieszka wąska – 2x | TAK |  |
|  |  | 8 | Podwieszka dzielona -1x | TAK |  |
|  |  | 9 | Wałek 15x55cm (+/- 5cm ) – 1x | TAK |  |
|  |  | 10 | Poduszka sensomotoryczna - 2szt. | TAK |  |
|  |  | 11 | Linka 60 cm – 2 szt. | TAK |  |
|  |  | 12 | Linka 30 cm – 2 szt. | TAK |  |
|  |  | 13 | Linka elastyczna 30 cm czarna – 2 szt. | TAK |  |
|  |  | 14 | Linka elastyczna 30 cm czerwona – 2 szt. | TAK |  |
|  |  | 15 | Linka elastyczna 60 cm czarna – 2 szt. | TAK |  |
|  |  | 16 | Linka elastyczna 60 cm czerwona – 2szt. | TAK |  |
|  |  | 17 | Zwalniacz linki x1 | TAK |  |
|  |  | 18 | Klipsy – 3 szt. | TAK |  |
|  |  | 19 | Wieszak na akcesoria – 2 szt. | TAK |  |
|  |  | 20 | Instrukcja obsług w języku polskim - papierowa | TAK |  |
|  |  | 21 | Instrukcja obsługi w języku polskim – płyta CD | TAK |  |
|  |  | 22 | Stalowe wsporniki x1 | TAK |  |
|  |  | 23 | Komplet dodatkowych nóżek 120 cm | TAK |  |
|  |  | 24 | Plakat ćwiczeń | TAK |  |
|  |  | 25 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) | TAK |  |
|  |  | 26 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |
|  |  | **Wyposażenie: Zestaw do ćwiczeń metodą NEURAC** |
|  | 27 | Producent | Podać |  |
|  | 28 | Nazwa i typ | Podać |  |
|  | 29 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | 30 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2022 lub nowszy |  |
|  | 31 | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
|  | 32 | Wykaz materiałów eksploatacyjnych | Podać |  |
|  |  |  | **Parametr wymagany** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
|  | 33 | Wielofunkcyjny aparat do ćwiczeń, mocowany do sufitu x1 | TAK\* |  |
|  | 34 | Aparat do ćwiczeń z elementami rotacji x1 | TAK\* |  |
|  | 35 | Komplet uchwytów zwykłych - 2x | TAK |  |
|  | 36 | Komplet wzmocnionych uchwytów – 1x | TAK |  |
|  | 37 | Podwieszka szeroka - x1 | TAK |  |
|  | 38 | Podwieszka wąska – 2x | TAK |  |
|  | 39 | Podwieszka dzielona -1x | TAK |  |
|  | 40 | Poduszka sensomotoryczna - 2szt. | TAK |  |
|  | 41 | Linka 60 cm – 2 szt. | TAK |  |
|  | 42 | Linka elastyczna 60 cm czerwona – 2 szt. | TAK |  |
|  | 43 | Linka elastyczna 60 cm czarna – 2 szt. | TAK |  |
|  | 44 | Zwalniacz linki – 1 szt. | TAK |  |
|  | 45 | Zestaw montażowy | TAK |  |
|  | 46 | Wieszak na akcesoria – 1 szt. | TAK |  |
|  | 47 | Stelaż do aparatu o regulacji wysokości w zakresie 25 – 87 cm (+/- 2 cm) dla sufitów 266 – 327 (+/- 2 cm) | TAK |  |
|  | 48 | Dodatkowe nóżki do stelaża | TAK |  |
|  | 49 | Instrukcja obsług w języku polskim | TAK |  |
|  | 50 | Plakat ćwiczeń | TAK |  |
|  | 51 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) | TAK |  |
|  | 52 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |
| **Wyposażenie: Zestaw do ćwiczeń metodą NEURAC** |
| 53 | Producent | Podać |  |
| 54 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 55 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 56 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2022 lub nowszy |  |
| 57 | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
|  | **Wymagania podstawowe** | **Parametr wymagany** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| 58 | Współpracuje z systemem **do ćwiczeń metodą NEURAC** | TAK |  |
| 59 | Komplet uchwytów zwykłych - 2x | TAK |  |
| 60 | Komplet wzmocnionych uchwytów – 1x | TAK |  |
| 61 | Podwieszka szeroka - x1 | TAK |  |
| 62 | Podwieszka wąska – 2x | TAK |  |
| 63 | Podwieszka dzielona -1x | TAK |  |
| 64 | Linka 60 cm – 2 szt. | TAK |  |
| 65 | Linka 30 cm – 2 szt. | TAK |  |
| 66 | Linka elastyczna 30 cm czerwona – 2 szt. | TAK |  |
| 67 | Linka elastyczna 30 cm czarna – 2 szt. | TAK |  |
| 68 | Linka elastyczna 60 cm czerwona – 2 szt. | TAK |  |
| 69 | Linka elastyczna 60 cm czarna – 2 szt. | TAK |  |
| 70 | Zwalniacz linki – 3 szt. | TAK |  |
| 71 | Linka 5m z klamrą – 1 szt. | TAK |  |
| 72 | Narzędzie do odpinania Linek / Karabińczyk– 2 szt | TAK |  |
| 73 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) | TAK |  |
| 74 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |

\* Zamawiający wymaga **potwierdzenia parametru w przedmiotowych środkach dowodowych** wskazanych w Rozdz. VI.1.II.2) SWZ.

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

*/kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej***/**

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 3.12** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 12 - Ekopompa – zestaw do zasilania aparatu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| I | Producent | Podać |  |
| II | Nazwa i typ | Podać |  |
| III | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| IV | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2022 lub nowszy |  |
| V | Zamawiana ilość | 2 szt. |  |
| VI | Wykaz materiałów eksploatacyjnych | Podać |  |
|  | **Wymagania ogólne** | **Parametr wymagany** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| 1 | Współpracuje z urządzeniem aquavibron | TAK |  |
| 2 | Pojemność robocza zbiornika 7 - 10 l | TAK\* |  |
| 3 | Pobór prądu do 4A | TAK, podać |  |
| 4 | Zasilanie 230 V/ 50 Hz | TAK\* |  |
| 5 |  Wymiary (dł. x szer. x wys.) 61 x 50 x 88 cm [+/- 20 mm] | TAK\* |  |
| 6 | Mechanizm jezdny | TAK\* |  |
| 7 | Aquavibron – aparat do masażu leczniczego | TAK |  |
| 8 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) | TAK |  |
| 9 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 10 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |

\* Zamawiający wymaga **potwierdzenia parametru w przedmiotowych środkach dowodowych** wskazanych w Rozdz. VI.1.II.2) SWZ.

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

*/kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej***/**

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 3.13** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 13 – Kabina UGUL wraz z osprzętem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| I | Producent | Podać |  |
| II | Nazwa i typ | Podać |  |
| III | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| IV | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2022 lub nowszy |  |
| V | Zamawiana ilość | 3 szt. |  |
|  | **WYMAGANIA OGÓLNE** | **Parametr wymagany** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| 1 | Krata (8 elementów) o rozmiarze 200x200x200cm (+/- 5%) | TAK\* |  |
| 2 | Waga 114 kg (+/- 5%) | TAK |  |
| 3 | Zestaw osprzętu do Ugula: | TAK |  |
| 4 | Linka do zawieszeń 1,6m – 6 szt(łącznie 18 szt) | TAK |  |
| 5 | Linka do zawieszeń 1,2m – 6 szt (łącznie 18 szt.) | TAK |  |
| 6 | Linka do zawieszeń 0,75m- 4 szt (łącznie 12 szt.) | TAK |  |
| 7 | Linka do ćwiczeń samowspomaganych 2,25m-2 szt (łącznie 6 szt.) | TAK |  |
| 8 | Linka do ćwiczeń samowspomaganych 5,5m-2 szt (łącznie 6 szt.) | TAK |  |
| 9 | Linka z bloczkami do ćwiczeń z odciążeniem 3,5m- 4szt (łącznie 12 szt.) | TAK |  |
| 10 | Podwieszka przedramion i podudzi 0,11 x 0,47m- 6 szt (łącznie 18 szt.) | TAK |  |
| 11 | Podwieszka ramion i ud 0,57 x 0,15m-6 szt (łącznie 18 szt.) | TAK |  |
| 12 | Podwieszka pod miednicę 0,9 x 0,22m-1 szt (łącznie 3 szt.) | TAK |  |
| 13 | Podwieszka pod klatkę piersiową 0,78x 0,24x 0,11- 1szt (łącznie 3 szt.) | TAK |  |
| 14 | Podwieszka pod głowę 0,62 x 0,17m-1 szt (łącznie 3 szt.) | TAK |  |
| 15 | Podwieszka wąska pod stopę 0,6 x 0,54m- 4 szt (łącznie 12 szt.) | TAK |  |
| 16 | Podwieszka dwustawowa- 6 szt (łącznie 18 szt.) | TAK |  |
| 17 | Uniwersalny pas do wyciągu za miednicę - 1 szt (łącznie 3 sztuki) | TAK |  |
| 18 | Kamaszek do ćwiczeń i wyciągów - 2 szt. (łącznie 6 szt.) | TAK |  |
| 19 | Obciążnik 0,5 kg-2 szt (łącznie 6 szt.) | TAK |  |
| 20 | Obciążnik 1,0 kg-2 szt (łącznie 6 szt.) | TAK |  |
| 21 | Obciążnik 1,5 kg- 2szt (łącznie 6 szt.) | TAK |  |
| 22 | Obciążnik 2,0 kg-2 szt (łącznie 6 szt.) | TAK |  |
| 23 | Obciążnik 2,5 kg-2 szt (łącznie 6 szt.) | TAK |  |
| 24 | Obciążnik 3,0 kg-2 szt (łącznie 6 szt.) | TAK |  |
| 25 | Mankiet nadgarstkowy 0,25 x 0,08 m- 2szt. (łącznie 6 szt.) | TAK |  |
| 26 | Mankiet nadgarstkowy 0,33 x 0,1 m-2 szt (łącznie 6 szt.) | TAK |  |
| 27 | Mankiet udowy 0,48 x 0,11 m-2 szt (łącznie 6 szt.) | TAK |  |
| 28 | Esik- hak do zawieszeń-30 szt (łącznie 90 szt.) | TAK |  |
| 29 | Wyposażenie: Kozetka medyczna drewniana1. Mocna stabilna drewniana konstrukcja, dwuczęściowy -zagłówek, leże
2. Pokryta materiałem łatwo myjącym, odporny na działanie środków do dezynfekcji
3. Regulowany zagłówek min trzy ustawienie w zakresie 0-35 stopni
4. Wymiary 187x66x70 cm (dł.,szer.,wys.) (+/- 3 cm)
5. Waga do 33 kg
6. Wytrzymałość obciążenie 150 kg
7. Uchwyt na papier
8. 1 szt.

(łącznie 3 szt.) | TAK\* |  |
| 29 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) | TAK |  |
| 30 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |

\* Zamawiający wymaga **potwierdzenia parametru w przedmiotowych środkach dowodowych** wskazanych w Rozdz. VI.1.II.2) SWZ.

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

*/kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej***/**

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 3.14** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 14 – Kolumna do ćwiczeń oporowych z osprzętem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| I | Producent | Podać |  |
| II | Nazwa i typ | Podać |  |
| III | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| IV | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2022 lub nowszy |  |
| V | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
|  | **WYMAGANIA OGÓLNE** | **Parametr wymagany** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| 1 | wymiary urządzenia: 180 x 40 x 1,4 cm +/- 20 mm; | TAK\* |  |
| 2 | waga: max 20 kg; | TAK |  |
| 3 | 9 rowków na uchwyty; | TAK |  |
| 4 | 2 uchwyty do mocowania obręczy i gum | TAK |  |
| 5 | z możliwością przesuwu i blokady w każdym rowku | TAK |  |
| 6 | wieszak na akcesoria jako integralny element konstrukcji; | TAK |  |
| 7 | możliwość bezpośredniego mocowania kolumny do ściany bądź drabinki; | TAK |  |
| 8 | 4 pary rzemienie o długości 1m z uchwytem do mocowania oraz z rączką do ćwiczenia (każda para o innym oporze) | TAK |  |
| 9 | 4 obręcze gumowe z uchwytem do mocowania (każda o innej wartości oporu). | TAK |  |
| 10 | Wielofunkcyjne urządzenie sensomotoryczne półkule do ćwiczeń równowagi (stabilizacji równowagi) średnica 62 cm – 2 sztuki | TAK |  |
| 11 | Deska równoważna duża do SI 50x80 cm, wys.13 cm +/- 20 mm, wysokość płozy 10cm, max obciążenie 120kg | TAK |  |
| 12 | Trener równowagi - Aero-Step (rodzaj ćwiczeń) 46cmx32cmx8cm +/- 20 mm, wytrzymałość: Obciążenie 150 kg | TAK |  |
| 13 | Tablica do ćwiczeń manualnych:1. Ćwiczenia czynne i wspomagane k.górnych
2. Przyrządy do ćwiczeń umocowane na blacie z możliwością mycia i dezynfekcji
3. Obciążniki 5x 25 dkg
4. Blat 75x55 (+/- 2 cm)
5. Regulacja wysokości 55-80 cm
6. 2 sztuki
 | TAK |  |
| 14 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) | TAK |  |
| 15 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 16 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |

\* Zamawiający wymaga **potwierdzenia parametru w przedmiotowych środkach dowodowych** wskazanych w Rozdz. VI.1.II.2) SWZ.

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

*/kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej***/**

|  |
| --- |
|  **ZAŁĄCZNIK NR 3.15** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 15 – Atlas jednostanowiskowy wraz z osprzętem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| I | Producent | Podać |  |
| II | Nazwa i typ | Podać |  |
| III | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| IV | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2022 lub nowszy |  |
| V | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
|  | **Wymagania ogólne** | **Parametr wymagany** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| 1 | stabilna stalowa konstrukcja i łożyskowane rolki | TAK |  |
| 2 | Regulacja oparcia w pionieZamawiający dopuszcza atlas jednostanowiskowy z regulacją wysokości siedziska | TAK |  |
| 3 | Posiada 1 stanowisko, ewentualnie 2 stanowiska (2 stanowiska pod warunkiem zachowania wymiaru atlasu: 165 x 166 x 215 cm (+/- 20 cm) oraz zgodności z pozostałymi parametrami określonymi dla atlasu jednostanowiskowego) | TAK\* |  |
| 4 | Posiada wyciąg górny i dolny | TAK |  |
| 5 | Stacja nożna regulowana | TAK |  |
| 6 | Osłona stosu | TAK |  |
| 7 | Waga stosu: od 73 do 80 kg (16 sztabek) | TAK |  |
| 8 | Możliwość rozbudowy stosu : od 95 do 100 kg (opcja) | TAK |  |
| 9 | Wytrzymałość: waga użytkownika: 120 kg | TAK\* |  |
| 10 | Kolor: czarny lub srebrny | TAK |  |
| 11 | Wymiary atlasu: 165 x 166 x 215 cm (+/- 20 cm) | TAK\* |  |
| 12 | Powierzchnia potrzebna do ćwiczeń: 200 x 225 x 215 cm ( +/- 25 mm) | TAK\* |  |
| 13 | Waga atlasu do 220 kg | TAK, podać |  |
| 14 | funkcja: wiosłowanie | TAK |  |
| 15 | funkcja: biceps | TAK |  |
| 16 | funkcja: triceps | TAK |  |
| 17 | funkcja: klatka piersiowa | TAK |  |
| 18 | funkcja: najszerszy grzbietu, | TAK |  |
| 19 | funkcja: ćwiczenia nóg w pozycji siedzącej i stojącej | TAK |  |
| 20 | funkcja: brzuch | TAK |  |
| 21 | Maty pod sprzęt rehabilitacyjny1. Kolor czarny
2. Wymiary 190-200 x 100-110 x 0,5 cm
3. Amortyzująca
4. Antypoślizgowa
5. 2 sztuki
 | TAK, podać wymiary |  |
| 22 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 23 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |

\* Zamawiający wymaga **potwierdzenia parametru w przedmiotowych środkach dowodowych** wskazanych w Rozdz. VI.1.II.2) SWZ.

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

*/kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej***/**

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 3.16** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 16 - Schody treningowe**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagania ogólne** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| I | Nazwa i typ | Podać |  |
| II | Nazwa i typ urządzenia | Podać |  |
| III | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| IV | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2022 lub nowszy |  |
| V | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
|  | **Wymagania ogólne** | **Parametr wymagany** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| 1. | duży wyświetlacz LED jako centrum informacji o parametrach treningowych | TAK |  |
| 2 | informacje na wyświetlaczu: czas treningu, czas pozostały do końca treningu, całkowity czas treningów, zegar, liczba kroków, liczba kroków/min., poziom obciążenia, dystans, tętno, METs, kalorie, Watt | TAK |  |
| 3. | programy treningowe: Go-szybki start, manualny, trening interwałowy, trening na spalania tkanki tłuszczowej, pagórki, trening kontroli tętna | TAK |  |
| 4. | języki: min polski, angielski, niemiecki (wpisać też dodatkowe jeśli są) | TAK, podać |  |
| 5. | port USB do ładowania urządzeń, aktualizacji oprogramowania | TAK |  |
| 6 | półka na książkę lub tablet | TAK |  |
| 7. | poręcz i uchwyty z możliwością sterowania obciążeniem | TAK |  |
| 8. | pojemnik na bidon/klucze/akcesoria | TAK |  |
| 9. | telemetryczny i dotykowy pomiar tętna | TAK |  |
| 10. | wymiary schodków: 25 x 46 x 20cm (+/- 7cm) | TAK\* |  |
| 11. | wysokość pierwszego schodka od podłoża 25-36 cm | TAK |  |
| 12. | minimalna moc 1W przy zasilaniu z sieci lub 4W przy samozasilaniu | TAK |  |
| 13. | max. waga użytkownika: 180 kg (+/- 2 kg) | TAK\* |  |
| 14. | Waga urządzenia – do 178 kg | TAK |  |
| 15 | Maty pod sprzęt rehabilitacyjny1. Kolor czarny
2. Wymiary 200x100x0,5 cm +/- 20 mm
3. Amortyzująca
4. Antypoślizgowa
5. 2 sztuki
 | TAK |  |
| 16 | wymiary po zmontowaniu: 161 x 102 x 218 cm (+/-2 cm) | TAK |  |
| 17 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 18 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |

\* Zamawiający wymaga **potwierdzenia parametru w przedmiotowych środkach dowodowych** wskazanych w Rozdz. VI.1.II.2) SWZ.

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

*/kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej***/**

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 3.17** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 17 - Stoły rehabilitacyjne z elektryczną regulacją wraz z osprzętem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Wartość oferowana** |
| I | Producent | Podać |  |
| II | Nazwa i typ urządzenia | Podać |  |
| III | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| IV | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2022 lub nowszy |  |
| V | Zamawiana ilość | 4 szt. |  |
| VI | Wykaz materiałów eksploatacyjnych | Podać |  |
|  | **Wymagania ogólne** | **Parametr wymagany** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| 1 | 2-sekcyjny stół do masażu i rehabilitacji | TAK\* |  |
| 2 | Regulacja zagłówka przy pomocy sprężyny gazowej (od -70° do +40°) | TAK\* |  |
| 3 | Zagłówek z wyprofilowanym otworem na twarz wraz z zaślepką | TAK\* |  |
| 4 | Dwuwarstwowa tapicerka wykonana z atestowanych materiałów. Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych | TAK\* |  |
| 5 | Łącznik z tapicerki maskujący przerwy między sekcjami | TAK |  |
| 6 | Stabilna stalowa rama o konstrukcji krzyżakowej | TAK\* |  |
| 7 | Relingi do zamocowania pasów oraz uchwyt na ręcznik montowany do stołu | TAK |  |
| 8 | System elektrycznej regulacji wysokości za pomocą ramki wokół podstawy stołu (od 50 do 101 cm) | TAK\* |  |
| 9 | Zintegrowany z podstawą stołu system zabezpieczający przed niepożądaną zmianą ustawień stołu | TAK |  |
| 10 | System musi zapewniać bezpieczeństwo nawet po odłączeniu sterowania zdalnego w postaci pilota bądź pedału nożnego | TAK |  |
| 11 | Zintegrowany sterownik elektroniczny z możliwością obsługi do 2 siłowników, umiejscowiony w podstawie stołu, | TAK |  |
| 12 | Malowana proszkowo ramka wokół podstawy stołu dostępna z czterech stron | TAK |  |
| 13 | Antypoślizgowe, gumowe stopki z regulacją wysokości do 1 cm umożliwiające wypoziomowanie stołu | TAK |  |
| 14 | Wymiary max. Dł. 202 x Wys.50-101 x Szer.64 (tolerancja +/-3 cm ) | TAK\* |  |
| 15 | Wytrzymałość obciążenie: min. 200 kg | TAK\* |  |
| 16 | System jezdny, składającym się z 4 małych kółek (na każdym rogu stołu 1) i 4 antypoślizgowych, gumowych stopek | TAK\* |  |
| 17 | Możliwość łatwego przestawiania stołu bez podnoszenia go | TAK |  |
| 18 | Zagłówek krótki maksimum 46 cm (tolerancja +-3 cm) | TAK |  |
| 19 | Materiał pokrycia gładki, łatwy do mycia i odporny na działanie środków dezynfekcyjnych. | TAK |  |
| 20 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) | TAK |  |
| 21 | Taboret siodło – 1 szt.:1. Profilowane siedzisko w kształcie siodła,
2. Wysokość regulowana: 54-74
3. regulacja kąta nachylenia 15
4. obciążenie 150 kg
5. System jezdny 4 kółka
6. Tapicerka zmywalna
7. Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych
8. Grubość pianki siedziska 4,5 cm- 5,5 cm
9. Waga 6-7 kg

(łącznie 4 szt.) | TAK |  |
| 22 | Taboret obrotowy - 1 szt.:1. siedzisko okrągłe,
2. Wysokość regulowana : 58-81
3. obciążenie 150 kg
4. System jezdny 4 kółka
5. Tapicerka zmywalna
6. Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych
7. Grubość pianki siedziska 4,5 cm- 5,5 cm
8. Waga 6-7 kg

(łącznie 4 szt.) | TAK |  |
| 23 | Parawan teleskopowy montowany do ściany - 2 szt.:1. Ramię teleskopu min. 200 cm
2. Materiał zasłony zmywalny
3. Możliwość wyboru koloru materiału
4. Wysokość zasłony min. 180 cm

(łącznie 8 szt.) | TAK |  |
| 24 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 25 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |
|  |  |  |  |

\* Zamawiający wymaga **potwierdzenia parametru w przedmiotowych środkach dowodowych** wskazanych w Rozdz. VI.1.II.2) SWZ.

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

*/kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej***/**

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 3.18** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 18 - Bieżnia treningowa**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| I | Producent | Podać |  |
| II | Nazwa i typ urządzenia | Podać |  |
| III | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| IV | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2022 lub nowszy |  |
| V | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
|  | **WYMAGANIA OGÓLNE** | **Parametr wymagany** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| 1 | Do użytku profesjonalnego | TAK |  |
| 2 | duży wyświetlacz LED | TAK |  |
| 3 | Informacje na wyświetlaczu: czas treningu, czas pozostały do końca treningu, całkowity czas treningów, zegar, prędkość́, kąt pochylenia, dystans, tempo, tętno, METs, kalorie, Watt | TAK |  |
| 4 | Programy treningowe: Go-szybki start, manualny, trening interwałowy, trening na spalania tkanki tłuszczowej, pagórki, trening kontroli tętna. | TAK |  |
| 5 | Języki: polski, angielski, niemiecki | TAK |  |
| 6 | zakres prędkości: min. 0.8 - 20km/h | TAK\* |  |
| 7 | zakres wzniosu: min. 0-15% | TAK |  |
| 8 | wymiary powierzchni biegowej: 152x56 cm +/- 20 mm | TAK\* |  |
| 9 | wysokość położenia blatu: 17,8 cm +/- 25 mm od podłoża | TAK |  |
| 10 | poręcz wielopozycyjna z uchwytami/Zamawiający rozumie przez to: poręcz którą można chwycić w wielu pozycjach tj. z boku, przodu i pomiędzy/ | TAK |  |
| 11 | możliwość sterowania prędkością i pochyleniem z poziomu uchwytów | TAK |  |
| 12 | pojemnik na bidon/klucze/akcesoria | TAK |  |
| 13 | telemetryczny i dotykowy pomiar tętna | TAK |  |
| 14 | Wytrzymałość: waga użytkownika: 180 kg | TAK\* |  |
| 15 | wymiary urządzenia po zmontowaniu: długość 205 +/- 20 mm x szerokość 95 +/- 25 mm x wysokość 165 cm +/- 25 mm | TAK |  |
| 16 | waga urządzenia: do150 kg | TAK |  |
| 17 | port USB | TAK |  |
| 18 | Mata pod sprzęt rehabilitacyjny:1. Kolor czarny
2. Wymiary 200x100x0,5 cm +/- 20 mm
3. Amortyzująca
4. Antypoślizgowa
5. 1 sztuka
 | TAK |  |
| 19 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |

\* Zamawiający wymaga **potwierdzenia parametru w przedmiotowych środkach dowodowych** wskazanych w Rozdz. VI.1.II.2) SWZ.

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

*/kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej***/**

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 3.19** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 19 - Rower hybrydowy do rehabilitacji wraz z osprzętem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| I | Producent | Podać |  |
| II | Nazwa i typ | Podać |  |
| III | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| IV | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2022 lub nowszy |  |
| V | Zamawiana ilość | 3 szt. |  |
|  | **Wymagania ogólne** | **Parametr wymagany** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| 1 | Duża czytelna konsola w języku polskim | TAK |  |
| 2 | Wygodne i ergonomiczne siedzisko, z oparciem na kręgosłup i podnoszonymi podłokietnikami | TAK |  |
| 3 | Min 25 poziomów ustawień siodełka | TAK\* |  |
| 4 | Min 30 poziomów oporu | TAK |  |
| 5 | Maksymalna waga użytkownika: 182 kg ( +/- 2 kg) | TAK\* |  |
| 6 | Wymiary maksymalne 160 x 74 x 140 cm | TAK |  |
| 7 | Waga urządzenia do 85 kg | TAK |  |
| 8 | Maty pod sprzęt rehabilitacyjny - 1 szt.:1. Kolor czarny
2. Wymiary 200x100x0,5 cm +/- 20 mm
3. Amortyzująca
4. Antypoślizgowa

(łącznie 3 szt.) | TAK |  |
| 9 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 10 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |

\* Zamawiający wymaga **potwierdzenia parametru w przedmiotowych środkach dowodowych** wskazanych w Rozdz. VI.1.II.2) SWZ.

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

*/kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej***/**

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 3.20** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 20 – Skaner do wykrywania żył**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagania ogólne** | **Parametr wymagany** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| I | Nazwa i typ | Podać |  |
| II | Nazwa i typ urządzenia | Podać |  |
| III | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| IV | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2022 lub nowszy |  |
| V | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
|  | **Wymagania ogólne** | **Parametr wymagany** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| 1. | Bezkontaktowy iluminator naczyniowy do iluminacji naczyniowej, umożliwiający zlokalizowanie żył powierzchniowych. | TAK\* |  |
| 2 | Urządzenie bezpieczne, przenośne i podręczne – możliwość trzymania w ręce lub na statywie | TAK |  |
| 3. | Światło podczerwone (niewidzialne) emitowane w technologii dual LED do lokalizacji żył podskórnych oraz światło widzialne do ich obrazowania na powierzchni skóryZamawiający dopuszcza produkt alternatywny do wymienionego powyżej: Skaner żył: Trzy tryby obrazu: niebieski i biały, czerwony i zielony, czerwony i biały | TAK\*, podać |  |
| 4. | Mobilny statyw jezdny z podwójnym, składanym ramieniem pozwalającym zachować niezmienne w poziomie położenie aparatu przy regulacji góra-dół, z głowicą zatrzaskową, z koszykiem na akcesoria i blokadą kół | TAK\* |  |
| 5. | Możliwość ładowania skanera podczas pracy w statywie i pracy na zasilaczu sieciowym | TAK |  |
| 6 | Wymiary skanera: (dł. x szer. x gł.): 235 (+/- 25 mm) x 55 x 55 mm (+/- 15 mm) | TAK |  |
| 7. | Waga urządzenia max 500 g | TAK, podać |  |
| 8. | Urządzenie zasilane baterią litowo – jonową o pojemności min. 5000 mAh i wyposażone w kompatybilną ładowarkę do ładowania na statywieZamawiający dopuszcza mniejszą pojemność baterii, o ile ciągły czas pracy przy pełnym naładowaniu z włączonym światłem do podświetlania żył min. 3 h | TAK\* |  |
| 9. | Czas do pełnego ładowania baterii max. 4h | TAK\*, podać |  |
| 10. | Ciągły czas pracy przy pełnym naładowaniu z włączonym światłem do podświetlania żył min. 3 h | TAK\* |  |
| 11 . | Tryb pomiaru głębokości żył i wyświetlenia na skórze wyniku pomiaru, min. trójstopniowo.Zamawiający dopuszcza:skaner żył, w którym głębokość żyły może być obrazowana z wykorzystaniem łączenia kombinacji dwóch kolorów - fioletowego, niebieskiego zielonego, czerwonego, granatowego i żółtego (w pozytywie lub negatywie); kolor obrazowanej żyły zmienia się wraz ze zmianą głębokości położenia żyły. | TAK |  |
| 12. | Urządzenie sklasyfikowane jako wyrób medyczny | TAK\* |  |
| 13. | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 14. | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |

\* Zamawiający wymaga **potwierdzenia parametru w przedmiotowych środkach dowodowych** wskazanych w Rozdz. VI.1.II.2) SWZ.

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

*/kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej***/**

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 3.21** |
| **SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

**PAKIET NR 21 – Holter ciśnieniowy wraz oprogramowaniem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów wymaganych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| I | Producent | Podać |  |
| II | Nazwa i typ urządzenia | Podać |  |
| III | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| IV | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2022 lub nowszy |  |
| V | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
| VI | Wykaz materiałów eksploatacyjnych | Podać |  |
|  | **Wymagania ogólne** | **Parametr wymagany** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| 1 | Zakres pomiaru dorosły: 0-300 mmHg, pediatryczny: 0-150 mmHg (względem ciśnienia atmosferycznego) | TAK\* |  |
| 2 | Czujnik ciśnienia | TAK\* |  |
| 3 | Bateria do 168 godzin (pomiar co 30 minut) | TAK\* |  |
| 4 | Pamięć 1000 badań | TAK\* |  |
| 5 | Okresy pomiarowe 6 | TAK\* |  |
| 6 | Definicja aktywności/snu | TAK\* |  |
| 7 | Tryb pracy dorosły, pediatryczny | TAK\* |  |
| 8 | Praca stacjonarna zasilanie tylko z USB i sterowanie ręczne | TAK\* |  |
| 9 | Harmonogram rejestracji pomiarów tak (podział na aktywność i sen) | TAK\* |  |
| 10 | Szybkie rozpoczęcie pracy | TAK\* |  |
| 11 | Obsługa łatwa, możliwość programowania bez komputera | TAK\* |  |
| 12 | Urządzenie współpracujące z oprogramowaniem posiadanym przez Zamawiającego, tj. Aspel 508 ABPM, holcard CR-07 v.2.50.00 - v3.12.01 lub inne dedykowane oprogramowanie wielostanowiskowe, realizujące zlecenia w standardzie HL7 | TAK\* |  |
| 13 | Wewnętrzny zegar czasu rzeczywistego | TAK\* |  |
| 14 | Klawiatura, z przyciskiem zdarzeń | TAK\* |  |
| 15 | Wyświetlacz / ekran w technologii OLED | TAK\* |  |
| 16 | Praca bez baterii, poprzez przewód USB | TAK\* |  |
| 17 | Ciśnienie w mankiecie wartość liczbowa lub graficznie | TAK\* |  |
| 18 | Wyniki pomiarów ciśnienie skurczowe, rozkurczowe, średnie i HR | TAK\* |  |
| 19 | Wyświetlanie błędów pomiaru w postaci ostrzeżeń i kodów | TAK\* |  |
| 20 | Menu rozbudowane, dane informacyjne, szybki start, wyniki pomiarów, przywracanie ust. fab., konfiguracji | TAK\* |  |
| 21 | Funkcja testu manometru | TAK |  |
| 22 | Funkcja testu szczelności | TAK |  |
| 23 | Oszczędzanie energii | TAK |  |
| 24 | Wymiary 90x36x93 mm (± 5%) | TAK\* |  |
| 25 | Zasilanie 4x bateria AA lub port USB: 5VDC | TAK |  |
| 26 | Baterie alkaliczne LR6 (AA) - 4 szt. | TAK |  |
| 27 | Instrukcja użytkowania | TAK |  |
| 28 | Karta gwarancyjna | TAK |  |
| 29 | Łącznik mankietu i przewodu ciśnieniowego | TAK |  |
| 30 | Mankiet dla dorosłych, M (4 SZT) | TAK |  |
| 31 | Mankiet dla dorosłych, L (4 SZT) | TAK |  |
| 32 | Mankiet dla dorosłych, XL (4 SZT) | TAK |  |
| 33 | Przewód ciśnieniowy | TAK |  |
| 34 | Torba na rejestrator z pasem | TAK |  |
| **Wymagania oprogramowanie** |
| 35 | Histogram : SYS, DIA, HR | TAK |  |
| 36 | Edycja progów pomiarowych | TAK |  |
| 37 | Pomiary ładunków całodobowe oraz dla poszczególnych okresów | TAK |  |
| 38 | Prezentacja statystyki pomiary uwzględnione do wykonanych | TAK |  |
| 39 | Prezentacja statystyki pomiary wykonane do zaplanowanych | TAK |  |
| 40 | Prezentacja statystyki spadki nocne, dipper, non dipper, extreme dipper | TAK |  |
| 41 | Wartości średnie z całej doby | TAK |  |
| 42 | Ustawienia , indywidualne oprogramowania | TAK |  |
| 43 | Prezentacja pomiarów odczytanych , SYS, DIA, MAP, HR | TAK |  |
| 44 | Okresy predefiniowane aktywność, sen | TAK |  |
| 45 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) na urządzenie i akcesoria pomocnicze | TAK |  |
| 46 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 47 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …Adres: …Tel.: ….e-mail: … |

\* Zamawiający wymaga **potwierdzenia parametru w przedmiotowych środkach dowodowych** wskazanych w Rozdz. VI.1.II.2) SWZ.

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

*/kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej***/**

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 4** |
| **OŚWIADCZENIA WYKONAWCY** **DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA** **ORAZ SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Pzp w postępowaniu na dostawę sprzętu oraz wyposażenia medycznego na potrzeby realizacji projektu pn.: „Utworzenie Centrum Opieki Geriatrycznej w Pomorskim Centrum Reumatologicznym im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Sp. z o.o.” dofinansowanego z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, w podziale na 21 Pakietów – oferty częściowe – Znak: 2-TP-23 |

....................................................

*Wykonawca*

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ustawy Prawo Zamówień Publicznych.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust 1 pkt 1), 4), 5), 7) ustawy Prawo Zamówień Publicznych w oparciu o fakultatywne przesłanki wykluczenia wymienione przez Zamawiającego w rozdziale V SWZ.
3. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z art. 1 pkt 3 i art. 7 ust. 1 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego, tzn. nie jestem:

a) wykonawcą wymienionego w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 lub wpisanym na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

b) wykonawcą, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisaną na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

c) wykonawcą, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy.

1. **\***Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Prawo Zamówień Publicznych *(\*podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród art. wymienionych w pkt. 1) - 2) niniejszego oświadczenia).*

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Prawo Zamówień Publicznych podjąłem następujące środki naprawcze *(opisać szczegółowo)*: …………………………………………………………………………………………………………

1. **\***Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego *(\*podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród art. wymienionych w pkt. 3) niniejszego oświadczenia).*
2. **\*Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w niniejszym postępowaniu (jeśli dotyczy).**
3. **\***Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: ………...........................… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* nie zachodzą podstawy wykluczenia z ww postępowania o udzielenie zamówienia oraz spełnia on warunki udziału w postępowaniu w zakresie, w jakim powołuję się na jego zasoby. **W załączeniu oświadczenie w/w podmiotu zgodnie z art. 125 ust. 5 ustawy Prawo Zamówień Publicznych (Zał. 4A).**
4. Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu i w pozostałych dokumentach załączonych do oferty są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością sankcji związanych z odpowiedzialnością za składanie nieprawdziwych dokumentów lub oświadczeń.

**\*wykreślić stosowne punkty jeśli nie dotyczy**

*/kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej***/**

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 4A** |
| **OŚWIADCZENIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA** **ORAZ SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU W ZAKRESIE W JAKIM WYKONAWCA POWOŁUJE SIĘ NA JEGO ZASOBY**składane na podstawie art. 125 ust. 5 ustawy Pzp w postępowaniu na dostawę sprzętu oraz wyposażenia medycznego na potrzeby realizacji projektu pn.: „Utworzenie Centrum Opieki Geriatrycznej w Pomorskim Centrum Reumatologicznym im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Sp. z o.o.” dofinansowanego z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, w podziale na 21 Pakietów – oferty częściowe – Znak: 2-TP-23 |

 ....................................................

*Podmiot udostępniający zasoby*

W związku z zobowiązaniem się do oddania do dyspozycji na rzecz Wykonawcy tj.:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

(nazwa i adres Wykonawcy, któremu zostaną udostępnione zasoby)

na potrzeby postępowania o udzielnie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest dostawa sprzętu oraz wyposażenia medycznego do Pomorskiego Centrum Reumatologicznego im. dr Jadwigi Titz-Kosko w Sopocie sp. z o.o.

**1)** Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 oraz art. 109 ust. 1 pkt. 1), 4), 5), 7) ustawy Prawo Zamówień Publicznych.

**2)** Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z art. 1 pkt 3 i art. 7 ust. 1 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego, tzn. nie jestem:

a) wykonawcą wymienionego w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 lub wpisanym na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

b) wykonawcą, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisaną na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

c) wykonawcą, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy.

**3)** **\***Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Prawo Zamówień Publicznych *(\*podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród art. wymienionych w pkt.1) niniejszego oświadczenia).*

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Prawo Zamówień Publicznych podjąłem następujące środki naprawcze *(opisać szczegółowo)*: ……………………………

**4) \***Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego *(\*podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród art. wymienionych w pkt. 2) niniejszego oświadczenia).*

**5)** Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w niniejszym postępowaniu, odpowiednio w zakresie, w jakim Wykonawca powołuje się na moje zasoby.

**\*wykreślić stosowne punkty jeśli nie dotyczy**

 /*kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany*

 *lub podpis osobisty osoby upoważnionej/*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 5** |
| **WYKAZ DOSTAW****WYKAZ WYKONANYCH, A W PRZYPADKU ŚWIADCZEŃ POWTARZAJĄCYCH SIĘ LUB CIĄGŁYCH RÓWNIEŻ WYKONYWANYCH CO NAJMNIEJ DWÓCH DOSTAW**d.1) dla Pakietu 20, 21 – urządzeń medycznych, d.2) dla Pakietu 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 – urządzeń rehabilitacyjnych lub medycznych w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – to w tym okresie, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania oraz podmiotów na rzecz których dostawy były wykonane lub odpowiednio są wykonywane |

**Znak: 2-TP-23**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa, adres i telefon Odbiorcy** | **Opis przedmiotu zamówienia: należy podać realizowane dostawy oraz wskazać rodzaj****sprzętu** | **Data wykonania dostaw****(od – do)**(należy podać datę wykonanych dostaw,Dzień/miesiąc/rok rozpoczęcia i zakończenia o ile są zakończone) | **Wartość****brutto** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*/kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 6** |
| **OŚWIADCZENIE O BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI WYKONAWCY DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ\*/** **OŚWIADCZENIE O PRZYNALEŻNOŚCI WYKONAWCY DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ\*/** |

……………………………………

/oznaczenie Wykonawcy /

**Znak: 2-TP-23**

**Oświadczenie Wykonawcy**

**w zakresie art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy Pzp**

**o przynależności\*/ lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej \***

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę sprzętu oraz wyposażenia medycznego na potrzeby realizacji projektu pn.: „Utworzenie Centrum Opieki Geriatrycznej w Pomorskim Centrum Reumatologicznym im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Sp. z o.o.” dofinansowanego z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, w podziale na 21 Pakietów – oferty częściowe – Znak: 2-TP-23

oświadczam, że Wykonawca, którego reprezentuję:

1**. *należy \*/ nie należy*** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 roku o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j.Dz.U. 2021.275) z innymi Wykonawcami, którzy złożyli odrębne oferty lub oferty częściowe w niniejszym postępowaniu.

2. Wykaz wykonawców należących do tej samej grupy kapitałowej, którzy złożyli oferty:

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

*\* niewłaściwe skreślić*

*/kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty Wykonawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/*

**Uwaga! Grupa kapitałowa** – według ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U.t.j.2021.275) rozumie się przez to wszystkich przedsiębiorców, którzy są kontrolowani w sposób bezpośredni lub pośredni przez jednego przedsiębiorcę, w tym również tego przedsiębiorcę

W sytuacji, gdy w postępowaniu złożyli odrębne oferty wykonawcy należący do tej samej grupy kapitałowej, wraz ze złożeniem niniejszego oświadczenia, Wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 7** |
| **WZÓR - ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU****ODDAJĄCEGO DO DYSPOZYCJI WYKONAWCY NIEZBĘDNE ZASOBY** |

*………………………………………*

/oznaczenie Podmiotu /

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU**

**ODDAJĄCEGO DO DYSPOZYCJI WYKONAWCY NIEZBĘDNE ZASOBY**

Działając w imieniu: ……………………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………………………………....................… zobowiązuje się do oddania do dyspozycji Wykonawcy pod nazwą:

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

następujących zasobów:

…………………………………………………………………………………………………………….………………..……………...………………………………………………………………..……………………………………..……………………………………………………………..…………………

niezbędnych do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę sprzętu oraz wyposażenia medycznego na potrzeby realizacji projektu pn.: „Utworzenie Centrum Opieki Geriatrycznej w Pomorskim Centrum Reumatologicznym im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Sp. z o.o.” dofinansowanego z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, w podziale na 21 Pakietów – oferty częściowe – Znak: 2-TP-23 na okres konieczny dla wykonania zamówienia w razie zawarcia umowy o zamówienie publiczne z tym Wykonawcą.

W celu oceny, czy w/w Wykonawca będzie dysponował moimi zasobami w stopniu umożliwiającym należyte wykonanie zamówienia oraz oceny, czy stosunek nas łączący gwarantuje rzeczywisty dostęp do moich zasobów wskazuję:

1) zakres moich zasobów dostępnych Wykonawcy:

**……………………………………………………………………………………………………………**

2) sposób udostępnienia i wykorzystania moich zasobów przez Wykonawcę przy wykonywaniu w/w zamówienia;

**……………………………………………………………………………………………………………**

3) okres udostępnienia przy wykonywaniu w/w zamówienia:

**……………………………………………………………………………………………………………**

*/kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub*

*podpis osobisty osoby upoważnionej/*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 8** |
| **Oświadczenie wykonawcy o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę sprzętu oraz wyposażenia medycznego na potrzeby realizacji projektu pn.: „Utworzenie Centrum Opieki Geriatrycznej w Pomorskim Centrum Reumatologicznym im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Sp. z o.o.” dofinansowanego z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, w podziale na 21 Pakietów – oferty częściowe –** **Znak: 2-TP-23”** |

....................................................

*Wykonawca*

Oświadczam, że informacje zawarte w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust.1 Pzp, w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania, o których mowa w:

1) Art. 108 ust. 1 pkt 3 ustawy; dotyczących wydania prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczeniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne,

2) Art. 108 ust. 1 pkt 4 ustawy, dotyczących orzeczenia zakazu ubiegania się o zamówienie publiczne tytułem środka zapobiegawczego;

3) Art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy, dotyczących zawarcia z innymi wykonawcami porozumienia mającego na celu zakłócenie konkurencji;

4) Art. 108 ust. 1 pkt 6 ustawy;

5) w zakresie podstaw wykluczenia wskazanych w art. 109 ust. 1 pkt 1, 5, 7 ustawy Pzp

są aktualne.

*/kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej/*