**ZAŁĄCZNIK Nr 7.1 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Część 1 – Aparat do suchych kąpieli kwasowęglowych – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
| 1. 1. | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Aparat fabrycznie nowa | Rok produkcji: 2023 |  |
|  | Konstrukcja jezdna na kołach z hamulcami | TAK |  |
|  | Regulowane położenie zagłówka, zabieg w pozycji leżacej | TAK |  |
|  | W pełni zautomatyzowany przebieg zabiegu | TAK |  |
|  | Stała i wysoka koncentracja CO2 , uzyskiwana dzięki automatycznemu uzupełnianiu czynnika zabiegowego z jednoczesną cyrkulacją w komorze zabiegowej | TAK |  |
|  | Wstępne podgrzewanie gazu (na zewnątrz aparatu – przy butli) | TAK |  |
|  | Automatyczne nawilżanie w komorze zabiegowej zwiększające skuteczność od momentu rozpoczęcia zabiegu | TAK |  |
| 9. | Możliwość wyłączania nawilżania | TAK |  |
| 10. | Jednoczesne aplikowanie CO2 i H2O powodujące zwiększone powstawanie czynnika leczniczego H2CO3 (kwas węglowy) | TAK |  |
| 11. | Możliwość ustawienia temperatury w komorze zabiegowej w zakresie minimum 30°C - 40°C | TAK, podać |  |
| 12. | Możliwość ustawienia czasu zabiegu w zakresie od 10 do 35 minut z zachowaniem proporcjonalności przebiegu cyklu | TAK, podać |  |
| 13. | Możliwość wpisania do notesu wskazań własnych użytkownika (ułożenie własnego programu cyklu) | TAK |  |
| 14. | Tabela wskazań – zaprogramowane cykle terapii dla konkretnych jednostek chorobowych | TAK |  |
| 15. | Sygnalizacja dźwiękowa zakończonej terapii | TAK |  |
| 16. | Skuteczne i szybkie uszczelnienie komory zabiegowej | TAK |  |
| 17. | Kontrolowane odprowadzenie CO2 po zabiegu | TAK |  |
| 18. | Pobór mocy z sieci 230V, max 0,8 kVA | TAK, podać |  |
| 19. | Sterowanie przy pomocy kolorowego ekranu dotykowego | TAK, podać |  |
| 20. | Przyjazne w obsłudze intuicyjne oprogramowanie | Tak |  |
| 21. | Wymiary (dł. x szer. x wys.) 2150 x 750 x 990 mm +/- 20 mm | TAK, podać |  |
| 22. | Wysokość leżyska 590 mm +/- 20 mm | TAK, podać |  |
| 23. | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia przeprowadzone w miejscu instalacji urządzenia. | TAK |  |
| 24. | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2022 poz. 974) - dostarczyć wraz z dostawą aparatu | TAK |  |
| 25. | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 26. | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
| 27. | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany/ zaufany/ elektroniczny podpis osobisty

**ZAŁĄCZNIK Nr 7.2 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Część 2 – Podgrzewacz okładów cieplnych – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Podgrzewacz fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2023 |  |
|  | Urządzenie do podgrzewania okładów do ciepłolecznictwa | TAK |  |
|  | Ruszt na okłady | TAK |  |
|  | Wewnętrzny stelaż do układania okładów cieplnych | TAK |  |
|  | Urządzenie ze stali nierdzewnej | TAK |  |
|  | Cyfrowy wyświetlacz temperatury | TAK |  |
|  | Uchylna klapa z kolorową rączką podtrzymywania siłownikiem pneumatycznym | TAK |  |
|  | Odpływ wody zabezpieczony zaworem kulowym | TAK |  |
|  | Wymiary zewnętrzne dł x szer x wys 675x470x385 mm +/- 50 mm | TAK, podać |  |
|  | Wymiary wewnętrzne dł x szer x wys 590x400x200 mm +/- 50 mm | TAK, podać |  |
|  | Pojemność wanny minimum 50 litrów | TAK, podać |  |
|  | Kontrola temperatury elektronicznie w zakresie 30 do 85 stopni C | TAK, podać |  |
|  | Termostat do regulacji nastawionej temperatury | TAK |  |
|  | Sugerowana ilość okładów (30x40 cm) 6-8 | TAK |  |
|  | Zakres temperatury 30°C - 85°C | TAK, podać |  |
|  | Dokładność regulacji temperatury +/- 2 stopnie C | TAK, podać |  |
|  | Moc grzewcza 1500 W | TAK |  |
|  | Zasilanie 230 V/ 50Hz | TAK |  |
|  | Na wyposażeniu:  Okład termiczny Standard (25x30cm)  Okład termiczny Półrozmiar (12x35cm)  Okład termiczny wielki (38x60cm)  Okład termiczny na kark i barki (59x56cm) Okład termiczny na kręgosłup (23x45cm) Okład termiczny na twarz (dł. 57cm)  Okład termiczny na kolano, ramię (25x50cm) Okład termiczny na kręgosłup (25x60cm) Okład termiczny szyjny (dł. 60cm) | TAK |  |
|  | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia przeprowadzone w miejscu instalacji urządzenia. | TAK |  |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2022 poz. 974) - dostarczyć wraz z dostawą urządzenia | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany/ zaufany/ elektroniczny podpis osobisty

**ZAŁĄCZNIK Nr 7.3 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Część 3 – Aparat do terapii polem elektromagnetycznym wysokiej częstotliwości – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
| 1. 1. | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Aparat fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2023 |  |
|  | Aparat diatermia krótkofalowa | TAK |  |
|  | Kolorowy ekran dotykowy min. 5,7” | TAK, podać |  |
|  | Praca w trybie ciągłym i impulsowym (efekt termiczny i a-termiczny) | TAK, podać |  |
|  | Możliwość regulowania pozycji ramion w pełnym zakresie (360 stopni ) | TAK, podać |  |
|  | Moc w trybie impulsowym regulowana do min. 400 W | TAK, podać |  |
|  | Moc w trybie ciągłym regulowana do min. 200 W | TAK, podać |  |
|  | Minimum 62 gotowe programy terapeutyczne | TAK, podać |  |
|  | Kolorowa encyklopedia terapeutyczna z rysunkami anatomicznymi z opisem metodyki prawidłowego wykonania zabiegu, ich odstępów i ilości w zależności od jednostki chorobowej. | TAK |  |
|  | Możliwość tworzenia i zapisywania min. 100 własnych programów użytkownika | TAK, podać |  |
|  | Częstotliwość pracy 27,12 MHz +/-3% | TAK, podać |  |
|  | Częstotliwość impulsu regulowana w zakresie min. 50–1500 Hz | TAK, podać |  |
|  | Czas trwania impulsu regulowany w zakresie min. 50–2000 µs | TAK, podać |  |
|  | Możliwość jednoczesnej terapii dwoma aplikatorami indukcyjnymi | TAK |  |
|  | Baza danych pacjentów | TAK |  |
|  | Jeden kanał pola kondensatorowego | TAK |  |
|  | Dwa kanały pola indukcyjnego | TAK |  |
|  | Wymiary 560 x 980 x 560 mm +/-3% | TAK, podać |  |
|  | Waga 38 kg +/-5% | TAK, podać |  |
|  | Łatwe i szybkie podłączenie aplikatorów | TAK |  |
|  | 2 ramiona sześcioprzegubowe | TAK |  |
|  | 2 aplikatory kondensatorowe 13 cm | TAK, podać |  |
|  | Kable do aplikatorów kondensatorowych | TAK |  |
|  | Wyłącznik bezpieczeństwa dla pacjenta | TAK |  |
|  | Aplikator indukcyjny Ø14 cm z kablem | TAK |  |
|  | Możliwość podłączenia do aparatu aplikatorów kondensatorowych, indukcyjnych oraz płaskich gumowych | TAK |  |
| 1. 18. | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia przeprowadzone w miejscu instalacji urządzenia. | TAK |  |
| 1. 19. | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2022 poz. 974) - dostarczyć wraz z dostawą aparatu | TAK |  |
| 1. 2. | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 1. 21. | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
| 1. 22. | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany/ zaufany/ elektroniczny podpis osobisty

**ZAŁĄCZNIK Nr 7.4 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Część 4 – Aparat do laseroterapii – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
| 1. 1. | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Aparat fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2023 |  |
|  | Sterownik laserowy mający możliwość współpracy z aplikatorem skanującym i sondami punktowymi | TAK |  |
|  | Bieżąca kontrola sprawności aparatu za pomocą autotestu | TAK |  |
|  | Regulacja mocy sond i aplikatorów | TAK |  |
|  | Tryby emisji: ciągły i impulsowy | TAK |  |
|  | Regulacja mocy w zakresie min. 25-100% | TAK, podać |  |
|  | Zakres częstotliwości 1-5000Hz | TAK, podać |  |
|  | Regulacja wypełnienia lub czasu impulsu | TAK, podać |  |
|  | Możliwość podłączenia minimum 2 sond punktowych oraz aplikatora skanującego równocześnie | TAK, podać |  |
|  | Liczniki czasu pracy sond laserowych | TAK |  |
|  | Stabilizacja i regulacja mocy sond | TAK |  |
|  | tryby pracy: programowy/manualny | TAK |  |
|  | Wbudowane programy zabiegowe usprawniające obsługę aparatu:  • jedn. chor. wybierane wg nazwy  • min. 30 programów dla sondy IR  • min. 20 programów dla sondy R  • min. 47 programów użytkownika  • min. 8 programów z czest. Nogiera  • min. 30 programów z czest. Volla | TAK, podać |  |
|  | Możliwość tworzenia sekwencji zabiegowych  • min. 10 sekwencji dla sond punktowych  • min. 25 sekwencji dla aplikatorów skanujących  • min. 55 sekwencji dla aplikatora prysznicowego | TAK, podać |  |
|  | Edycja nazw programów użytkownika | TAK |  |
|  | Obsługa w trybie graficznym | TAK |  |
|  | System informacji kontekstowej | TAK |  |
|  | Duży, czytelny wyświetlacz | TAK |  |
|  | Zasilanie 230V, 50Hz, 40W | TAK, podać |  |
|  | Wymiary sterownika max. 30x23x11 cm | TAK, podać |  |
|  | Masa sterownika do 3 kg | TAK, podać |  |
|  | Sonda do laseroterapii o mocy 400 mW i długości fali 808 nm | TAK, podać |  |
|  | Sonda do laseroterapii o mocy 80 mW i długości fali 660 nm | TAK, podać |  |
|  | Aplikator skanujący o mocy min. R660nm 100mW oraz IR808nm 450mW | TAK, podać |  |
|  | Aplikator skanujący z regulacją wysokości ramienia w zakresie min. 60-140 cm | TAK, podać |  |
|  | Regulacja położenia głowicy w dwóch osiach | TAK |  |
|  | Określanie pola zabiegowego w minimum 3 trybach kreślenia: elipsa, linia, krzywe w granicach prostokąta | TAK, podać |  |
|  | Automatyczne przeliczanie czasu pracy w zależności od wielkości pola zabiegowego | TAK |  |
|  | Ramię podtrzymywane a pomocą siłowników pneumatycznych | TAK |  |
|  | Półka na sterownik i okulary | TAK |  |
|  | Aplikator na podstawie jezdnej | TAK |  |
|  | Okulary do laseroterapii min. 2 szt. | TAK, podać |  |
|  | Etykiety ostrzegawcze – komplet | TAK |  |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2022 poz. 974) - dostarczyć wraz z dostawą aparatu | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany/ zaufany/ elektroniczny podpis osobisty

**ZAŁĄCZNIK Nr 7.5 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Część 5 – Aparat do drenażu limfatycznego – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Aparat fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2023 |  |
|  | Aparat wyposażony w mankiety minimum 12 komorowe | TAK, podać |  |
|  | Możliwa praca na jednym lub dwu mankietach 12 komorowych jednocześnie | TAK, podać |  |
|  | Min. 10 programów masażu uciskowego | TAK, podać |  |
|  | Ustawianie czasu utrzymania ciśnienia w komorach | TAK |  |
|  | Zakresy regulacji ciśnienia: do minimum 200 mmHg | TAK, podać |  |
|  | Duży czytelny wyświetlacz LCD, minimum 5’’ | TAK, podać |  |
|  | Sterowanie: obsługa urządzenia za pomocą dotykowych przycisków | TAK |  |
|  | Mankiety posiadające specjalną wielowarstwową konstrukcję: warstwa zewnętrzna wykonana z miękkiego, ale trwałego materiału; warstwa wewnętrzna wykonana z tkaniny bawełnianej (100% bawełny) | TAK |  |
|  | Możliwość ustawiania ciśnienia w każdej komorze osobno | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia czasu przerwy pomiędzy jednym napełnieniem mankietu, a następnym | TAK |  |
|  | Funkcja umożliwiająca zapis ustawień, aby były dostępne po następnym wyłączeniu i włączeniu urządzenia | TAK |  |
|  | Funkcja przywrócenia domyślnych wartości urządzenia. | TAK |  |
|  | Aparat wyposażony w 1 mankiet na kończynę górną 12-komorowy, 2 mankiety 12-komorowe na kończyny dolne, 1 mankiet 24-komorowy typu spodnie | TAK, podać |  |
|  | Opcja wyposażenia urządzenia w mankiet na pas biodrowy | TAK |  |
|  | Duży wyświetlacz wyświetlający parametry wykonywanego zabiegu | TAK, podać |  |
|  | Waga urządzenia bez mankietów: max 9 kg | TAK |  |
|  | Wymiary sterownika (szer. x gł. x wys.): 440 x 330 x 180 mm +/- 20mm | TAK, podać |  |
|  | Pobór mocy mx. 120 VA | TAK, podać |  |
|  | Zasilanie: AC 230V, 50/60 Hz | TAK, podać |  |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2022 poz. 974) - dostarczyć wraz z dostawą aparatu | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany/ zaufany/ elektroniczny podpis osobisty

**ZAŁĄCZNIK Nr 7.6 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Część 6 – Urządzenie do masażu wibracyjnego z zamkniętym obiegiem wody– 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany model / producent | Podać |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe | Rok produkcji: 2023 |  |
|  | Urządzenie do masażu wibracyjnego | TAK |  |
|  | Możliwość wyboru masażu pomiędzy 10 różnymi membranami masującymi. | TAK |  |
|  | Długość węży przy aparacie: min. 1,5m. | TAK, podać |  |
|  | Możliwość instalacji do zamkniętego obiegu wody lub kranów o różnych kształtach i wymiarach o średnicy od 12 do 45 mm | TAK, podać |  |
|  | Częstotliwość drgań membrany, od bardzo delikatnych do bardzo silnych, regulowana ciśnieniem wody | TAK |  |
|  | Głowica wibracyjna | TAK |  |
|  | 10 membran gumowych w zestawie | TAK |  |
|  | Ciężar głowicy masującej do 0,5 kg | TAK, podać |  |
|  | Przyłącze do aparatu do masażu wibracyjnego wraz z regulacją ciśnienia | TAK |  |
|  | Mobilna konstrukcja urządzenia | TAK |  |
|  | Blokada min. 2 kółek | TAK, podać |  |
|  | Zbiornik na wodę 20 L +/- 2l | TAK, podać |  |
|  | Pompa zasilająca 230V moc min. 0,35kW | TAK, podać |  |
|  | Wbudowany wentylator chłodzący | TAK |  |
|  | Przewód zasilający min. 3 m | TAK, podać |  |
|  | Wyłącznik przeciwporażeniowy | TAK |  |
|  | Bezpieczny wyłącznik pneumatyczny | TAK |  |
|  | Wymiary maksymalne urządzenia do obiegu wody (dł. x szer. x wys.) 80x60x80 cm | TAK, podać |  |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2022 poz. 974) - dostarczyć wraz z dostawą urządzenia | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany/ zaufany/ elektroniczny podpis osobisty

**ZAŁĄCZNIK Nr 7.7do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Część 7 – Rower treningowy – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany model / producent | Podać |  |
|  | Rower fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2023 |  |
|  | System oporu generator prądotwórczy | TAK |  |
|  | Ciężar koła zamachowego minimum 15kg | TAK, podać |  |
|  | Wyświetlacz LED | TAK |  |
|  | Poziom oporu regulowany w 20 krokach | TAK |  |
|  | Wielkość ekranu dotykowego minimum 10 cali | TAK, podać |  |
|  | Regulacja wysokości siodła | TAK |  |
|  | Pozioma regulacja siodła | TAK |  |
|  | Rolki transportowe | TAK |  |
|  | Wymiary (dł./szer./wys. w cm) 120/59/151 +/- 3 cm | TAK, podać |  |
|  | Max. obciążenie wagowe minimum 150 kg | TAK, podać |  |
|  | Minimum 12 programów treningowych | TAK, podać |  |
|  | Kierownica z regulacją pochylenia | TAK |  |
|  | Program użytkownika, HRC, Body Fat, Test Recovery | TAK |  |
|  | Wyświetlane parametry: Moc/czas/odległość/całkowita liczba kilometrów/prędkość, zużycie energii w kaloriach | TAK, podać |  |
|  | Pomiar pulsu – sensory w uchwytach kierownicy | TAK |  |
|  | Waga ergometru 60 do 70 kg | TAK, podać |  |
|  | Napęd za pomocą pasa wielorowkowego, zbudowanego z cięgna połączonego z wieloklinową powierzchnią cierną z odpornego na ścieranie kauczuku, gumowy grzbiet pasa wzmocniony tkaniną, która chroni cięgno i zapewnia sztywność poprzeczną pasa | TAK |  |
|  | Inne funkcje: nawiew za pomocą dmuchawy umieszczonej w panelu sterowania, uchwyt na bidon | TAK |  |
|  | Samopoziomujące się pedały z regulowanymi paskami | TAK |  |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2022 poz. 974) - dostarczyć wraz z dostawą urządzenia | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany/ zaufany/ elektroniczny podpis osobisty

**ZAŁĄCZNIK Nr 7.8 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Część 8 – Ergometr typu crosstrainer – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany model / producent | Podać |  |
|  | Ergomert fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2023 |  |
|  | Koło zamachowe min. 14kg | TAK, podać |  |
|  | Poziomy oporu min. 20 | TAK, podać |  |
|  | Generator prądotwórczy | TAK |  |
|  | Napęd typu pas Poly-V | TAK |  |
|  | Długość kroku 53x19 cm +/- 2 cm | TAK, podać |  |
|  | Wyświetlacz LED minimum 5 okienek | TAK, podać |  |
|  | Funkcje wyświetlane:  Czas, Dystans, Kalorie, Puls, Prędkość, RPM, Watt, Poziom oporu | TAK, podać |  |
|  | Programy  Minimum 12 programów treningowych wpisanych przez producenta, program Użytkownika, HRC, Body Fat, Test Recovery | TAK, podać |  |
|  | Pomiar pulsu za pomocą czujników pomiaru tętna na uchwytach | TAK |  |
|  | Nawiew, kółka transportowe, uchwyt na bidon | TAK |  |
|  | Wymiary zewnętrzne 220x75x170 cm +/- 5 cm | TAK, podać |  |
|  | Waga urządzenia od 140 do 160 kg | TAK, podać |  |
|  | Maksymalna waga użytkownika, minimum 150kg | TAK, podać |  |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2022 poz. 974) - dostarczyć wraz z dostawą urządzenia | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany/ zaufany/ elektroniczny podpis osobisty

**ZAŁĄCZNIK Nr 7.9 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Część 9 – Bieżnia rehabilitacyjna – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany model / producent | Podać |  |
|  | Bieżnia fabrycznie nowa | Rok produkcji: 2023 |  |
|  | Silnik (Moc ciągła) minimum 4KM | TAK, podać |  |
|  | Prędkość regulowana w zakresie min. 1 – 22km/h | TAK, podać |  |
|  | Kąt nachylenia regulowany w zakresie min. 0% - 15% | TAK, podać |  |
|  | Wyświetlacz na min. 7 okienek LED | TAK, podać |  |
|  | Funkcje minimum: Czas, Dystans, Kalorie, Puls, Prędkość, Kąt nachylenia | TAK, podać |  |
|  | Programy: min. 36 programów treningowych, Program Użytkownika, HRC, BMI, Puls | TAK, podać |  |
|  | Pomiar pulsu za pomocą czujników pomiaru tętna na uchwytach oraz telemetrycznie za pomocą opaski na klatkę piersiową | TAK |  |
|  | Przyciski szybkiego wyboru prędkości oraz kąta nachylenia, uchwyty na bidony, kółka transportowe | TAK |  |
|  | Grubość pasa 2,2mm | TAK, podać |  |
|  | Powierzchnia biegowa min. 56 x 155cm | TAK, podać |  |
|  | Wymiary 216 x 88 x 153,5cm +/- 10 cm | TAK, podać |  |
|  | Waga bieżni od 160 do 180 kg | TAK, podać |  |
|  | Maksymalna waga użytkownika minimum 180kg | TAK, podać |  |
|  | Powierzchnia biegowa min. 56 x 155cm | TAK |  |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2022 poz. 974) - dostarczyć wraz z dostawą urządzenia | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany/ zaufany/ elektroniczny podpis osobisty

**ZAŁĄCZNIK Nr 7.10 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Część 10 – Aparat 2 kanałowy do magnoterapii – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany model / producent | Podać |  |
|  | Aparat fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2023 |  |
|  | Aparat 2 – kanałowy do niezależnej terapii dwóch pacjentów | TAK |  |
|  | Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej min. 7 cali ułatwiający sterowanie aparatem | TAK, podać |  |
|  | Bank programów terapeutycznych zapisanych w pamięci aparatu (gotowe diagnozy) | TAK |  |
|  | Możliwość tworzenia i zapisywania własnych programów terapeutycznych (minimum 500) | TAK, podać |  |
|  | Kolorowa encyklopedia terapeutyczna z rysunkami anatomicznymi | TAK |  |
|  | Klasyfikacja protokołów według efektów terapeutycznych | TAK |  |
|  | Możliwość wyboru protokołu w zależności od miejsca aplikacji – klasyfikacja protokołów w minimum 10 grupach anatomicznych | TAK, podać |  |
|  | Funkcja ulubione – umożliwiająca szybkie uruchomienie programu terapeutycznego zaraz po wybraniu rodzaju terapii | TAK |  |
|  | Możliwość zdefiniowania minimum 8 programów terapeutycznych dostępnych jednocześnie na ekranie ulubione | TAK, podać |  |
|  | Pokrętło nawigacyjne umożliwiające szybkie poruszanie się po menu aparatu | TAK |  |
|  | Baza danych pacjentów w aparacie | TAK |  |
|  | Historia ostatnich 20 zabiegów | TAK |  |
|  | Impulsowe pole magnetyczne - impusly: prostokatne, trójkątne, sinusiodalne, eksponencjalne i ciągłe | TAK, podać |  |
|  | Możliwość modulacji impulsów: częstotliwość losowa, seria impulsów, fala sinusoidalna, fala trapezoidalna, fale symetryczne | TAK, podać |  |
|  | Kombinacja impulsowego i statycznego pola magnetycznego z regulowanym współczynnikiem proporcji – dla terapii przeciwzapalnych i stanów ostrych | TAK |  |
|  | Automatyczne rozpoznawanie aplikatora przez aparat | TAK |  |
|  | Możliwość wykonania testu podłączonego aplikatora | TAK |  |
|  | Natężenie pola magnetycznego regulowane w zakresie minimum 1- 125 mT (10-1250 Gaussów) | TAK, podać |  |
|  | Zakres częstotliwości regulowany w zakresie minimum 0-166 Hz | TAK, podać |  |
|  | Aplikatory:  1 sztuka – Dysk podwójny do magnetoterapii  1 sztuka – Aplikator płaski liniowy  1 sztuka - Stół do magnetoterapii z przesuwanym solenoidem o średnicy min 70 cm | TAK, podać |  |
|  | Długość stołu –200 cm +/-2% | TAK, podać |  |
|  | Szerokość stołu z solenoidem – 74 cm +/-2% | TAK, podać |  |
|  | Wysokość stołu z solenoidem – 110 cm +/-2% | TAK, podać |  |
|  | Waga stołu z solenoidem – 67 kg +/-2% | TAK, podać |  |
|  | Wymiary sterownika 380 x 190 x 260 mm +/-2% | TAK, podać |  |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2022 poz. 974) - dostarczyć wraz z dostawą urządzenia | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany/ zaufany/ elektroniczny podpis osobisty

**ZAŁĄCZNIK Nr 7.11 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Część 11 – Leżanka fizjoterapeutyczna – 3 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany model / producent | Podać |  |
|  | Leżanki fabrycznie nowe | Rok produkcji: 2023 |  |
|  | Leżanka rehabilitacyjna 3 częściowa | TAK |  |
|  | Regulacja wysokości w zakresie min. 53-95 cm | TAK, podać |  |
|  | Długość 195 cm (+/- 5cm) | TAK, podać |  |
|  | Szerokość leżyska 68 cm (+/- 5cm) | TAK, podać |  |
|  | Masa 75 kg (+/- 5%) | TAK, podać |  |
|  | Dopuszczalny udźwig całkowity min. 250 kg | TAK, podać |  |
|  | Kąt nachylenia zagłówka minimum w zakresie od -80 do + 45 stopni | TAK, podać |  |
|  | Kąt łamania/ wypiętrzenia leżyska w zakresie od 0 do 25 stopni | TAK, podać |  |
|  | Zagłówek regulowany za pomocą sprężyny gazowej | TAK |  |
|  | Zagłówek z okrągłą zatyczką i poduszką | TAK |  |
|  | System jezdny na 4 kołach z hamulcami wysuwany za pomocą dźwigni nożnej | TAK |  |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2022 poz. 974) - dostarczyć wraz z dostawą urządzenia | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany/ zaufany/ elektroniczny podpis osobisty

**ZAŁĄCZNIK Nr 7.12 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Część 12 – Stół do pionizacji – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany model / producent | Podać |  |
|  | Stół fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2023 |  |
|  | Leże 1 sekcyjne | TAK |  |
|  | Zasilanie 230V/50Hz | TAK, podać |  |
|  | Siłownik elektryczny regulujący wysokość | TAK |  |
|  | Siłownik elektryczny regulujący kąt nachylenia | TAK |  |
|  | Regulacje za pomocą pilota ręcznego | TAK |  |
|  | Regulacja wysokości w zakresie minimum 50 - 90 cm za pomocą pilota ręcznego | TAK, podać |  |
|  | Pionizacja od min. 0 do min. 90 stopni za pomocą pilota ręcznego | TAK, podać |  |
|  | 3 pasy do stabilizacji pacjenta ( klatka piersiowa, miednica/biodra i na kończyny dolne) | TAK |  |
|  | 4 skrętne kółka z hamulcem | TAK |  |
|  | Szerokość tapicerki 70 cm +/- 5 cm | TAK, podać |  |
|  | Szerokość konstrukcji 85 cm +/- 5cm | TAK, podać |  |
|  | Długość 195 cm + 5 cm | TAK, podać |  |
|  | Udźwig stołu min. 250 kg | TAK, podać |  |
|  | Na szynach bicznych zamontowane drewniane uchwyty, dzięki którym pacjent ma dodatkowe zabezpieczenia | TAK |  |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2022 poz. 974) - dostarczyć wraz z dostawą urządzenia | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany/ zaufany/ elektroniczny podpis osobisty

**ZAŁĄCZNIK Nr 7.13 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Część 13 – Platforma pedobarograficzna – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany model / producent | Podać |  |
|  | Platforma fabrycznie nowa | Rok produkcji: 2023 |  |
|  | Powierzchnia aktywna czujników nie mniej niż: 500mm x 2400mm | TAK, podać |  |
|  | Wymiary całkowite platformy sił reakcji podłoża nie mniej niż: 2435mm x 700mm | TAK, podać |  |
|  | Czujniki rezystancyjne pokryte 24 karatowym złotem | TAK |  |
|  | Czujniki pokryte przewodzącą gumą | TAK |  |
|  | Czujniki rezystancyjne o kształcie kwadratowym | TAK |  |
|  | Dwie pasywne ścieżki o wymiarach 700mm x 1000mm | TAK |  |
|  | W zestawie komplet zasilaczy i kabli do połączenia z komputerem | TAK |  |
|  | Częstotliwość próbkowania w dynamice do 200Hz w czasie rzeczywistym | TAK |  |
|  | Interfejs USB | TAK |  |
|  | Maksymalne obciążenie min. 150N/cm2 | TAK, podać |  |
|  | Wytrzymała metalowa obudowa całej platformy | TAK |  |
|  | Masa platformy 22kg +/- 3kg | TAK, podać |  |
|  | Uniwersalne oprogramowanie obsługujące platformy sił reakcji podłoża, podoskanery, kamery HD. | TAK |  |
|  | Analizę posturalną z wykorzystaniem kamery HD (opcja do rozbudowy) | TAK |  |
|  | Współpraca z bieżnią baropodometryczną | TAK |  |
|  | Rozbudowana analiza statyczna i dynamiczna sił reakcji podłoża | TAK |  |
|  | Analiza posturalna statyczna i dynamiczna z wykorzystaniem Videografii 2D (opcja do rozbudowy) | TAK |  |
|  | Wykonanie testów stabilograficznych/posturograficznych (opcja do rozbudowy) | TAK |  |
|  | Wykonania testu Romberga (opcja do rozbudowy) | TAK |  |
|  | Baza pacjentów | TAK |  |
|  | Możliwość aktualizacji online | TAK |  |
|  | Możliwość zmiany osi wykonywanego badania | TAK |  |
|  | Rozbudowane gotowe analizy statystyczne | TAK |  |
|  | Tworzenie automatycznych raportów pisanych zdaniami | TAK |  |
|  | Możliwość wydruku wyniku plantokonturograficznego w skali 1:1 | TAK |  |
|  | Zdalna archiwizacja online po przeprowadzonych badaniach | TAK |  |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2022 poz. 974) - dostarczyć wraz z dostawą urządzenia | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany/ zaufany/ elektroniczny podpis osobisty

**ZAŁĄCZNIK Nr 7.14 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Część 14 – System do rehabilitacji neurologicznej i ortopedycznej – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany model / producent | Podać |  |
|  | System fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2023 |  |
|  | Urządzenie składające się z dużego wyświetlacza, systemu komputerowego oraz systemu optycznego 3D, umożliwiającego precyzyjną obserwację aktywności pacjentów. | TAK |  |
|  | Opis systemu: Pacjent stoi lub siedzi naprzeciwko ekranu i widzi na nim swoje lustrzane odbicie, wokół którego pojawiają się wirtualne obiekty. Pacjent kieruję swoim odbiciem w taki sposób, by złapać, przesunąć lub uderzyć pojawiające się obiekty. Pacjent otrzymuje natychmiastową informację zwrotną. | TAK |  |
|  | Możliwość ćwiczenia w technologii 2D i 3D (każde interaktywne ćwiczenie można wykonywać zarówno z użyciem kamery internetowej 2D jak i kamery 3D) | TAK |  |
|  | Następujące grupy ćwiczeń: oddechowe i mimiczne, na kończyny górne i tułów, procesów poznawczych, manualne, terapia lustrzana | TAK, podać |  |
|  | Automatyczna kalibracja - moduł ustawiania użytkowników we właściwym miejscu przed ćwiczeniem, automatyczne dopasowanie do wzrostu użytkowników oraz do osób ćwiczących w pozycji stojącej i siedzącej, korekcję postawy | TAK |  |
|  | Możliwość ćwiczenia w pozycji stojącej i siedzącej | TAK |  |
|  | Możliwość zapisywania dowolnej liczby użytkowników i prezentacji rezultatów z ich sesji ćwiczeniowych na wykresach | TAK |  |
|  | Możliwość tworzenia i zapisywania dedykowanych sesji ćwiczeń dla każdego użytkownika osobno. Zaplanowana sesja ma zdefiniowane ćwiczenia, parametry - poziom trudności, czas ćwiczenia, wymagany zakres ruchów (możliwość ustawiania różnych zakresów ruchu dla lewej i prawej strony). | TAK |  |
|  | Możliwość dostosowania parametrów ćwiczeń do możliwości użytkownika | TAK |  |
|  | Wbudowane w program instrukcje multimedialne oraz tekstowe do wszystkich ćwiczeń | TAK |  |
|  | Wbudowane w program filmy instruktażowe z osobą wyjaśniającą przebieg każdego ćwiczenia | TAK |  |
|  | Możliwość uruchomienia ćwiczeń w środowisku Android | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o moduł ćwiczeń na kontrolę równowagi | TAK |  |
|  | Możliwość rozbudowy o moduł ćwiczeń z ramieniem odciążającym kończyny górne | TAK |  |
|  | Bezterminowa licencja na oprogramowanie | TAK |  |
|  | Bezpłatne wsparcie techniczne i aktualizacje z usprawnieniami | TAK |  |
|  | Komputer o minimalnych parametrach:  ● OS (system operacyjny): Najnowszy stabilny system operacyjny z interfrejsem użytkownika w języku polskim, w pełni obsługujący pracę w domenie i kontrolę użytkowników w technologii ActiveDirectory, zcentralizowane zarządzanie oprogramowaniem i konfigurację systemu w technologii Group Policy. System operacyjny musi mieć publicznie znany cykl życia przedstawiony przez producenta i dotyczący rozwoju i wsparcia technicznego - w szczególności w zakresie bezpieczeństwa.Funkcjonalności systemu operacyjnego nie mogą być realizowane z zastosowaniem wszelkiego rodzaju emulacji i wirtualizacji.  ● CPU (procesor): Intel Core i5-12400 lub o zbliżonym (ale nie mniejszym ) wyniku w teście passmark  ● RAM: 16 GB – z możliwością rozbudowy rozłożone na 2 kości po 8GB  ● GPU (karta graficzna): kompatybilna z DirectX 12  ● Dysk: SSD min. 256 GB  ● Porty: USB 3.0 - min 2 szt., USB 2.0 - min 2 szt., HDMI  ● WiFi  ● LAN 10/100/1000 Mbps | TAK, podać |  |
|  | Kamera 3D z możliwością podłączenia do komputera przez kabel USB | TAK |  |
|  | Monitor min. 40 cali, Ultra HD | TAK, podać |  |
|  | Mobilny stojak zajmujący nie więcej niż 1m2 | TAK, podać |  |
|  | Dedykowany zestaw ćwiczeń łączący kontrolę równowagi z pracą kończyn górnych | TAK |  |
|  | Możliwość wizualizacji COP (środek nacisku stóp na podłoże) | TAK |  |
|  | Możliwość wyboru poziomu trudności, czasu ćwiczenia oraz wyboru kierunku wymaganych wychyleń | TAK |  |
|  | Możliwość monitoringu dwóch parametrów: COP (środek nacisku stóp na podłoże) oraz pola elipsy obrazującego zakres wychwiań podczas stania swobodnego. | TAK |  |
|  | Parametry widoczne w raportach dla każdego pacjenta | TAK |  |
|  | Bezprzewodowa platforma posturograficzną łączącą się z komputerem za pomocą bluetooth | TAK |  |
|  | Ładowarka oraz 8 akumulatorów do platformy posturograficznej | TAK |  |
|  | Składana barierka asekuracyjna, asekurująca użytkownika z 4 stron podczas ćwiczeń | TAK |  |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2022 poz. 974) - dostarczyć wraz z dostawą urządzenia | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany/ zaufany/ elektroniczny podpis osobisty

**ZAŁĄCZNIK Nr 7.15 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Część 15 – Aparat do elektroterapii – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany model / producent | Podać |  |
|  | Aparat fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2023 |  |
|  | Aparat trzykanałowy - 2 niezależne kanały elektroterapii, 1 kanał ultradźwięków (do terapii od 1 do 3 pacjentów) | TAK |  |
|  | Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej min. 7 cali ułatwiający sterowanie aparatem | TAK, podać |  |
|  | **Parametry elektroterapii:** | | |
|  | Możliwość pracy 2 kanałów niezależnie na różnych parametrach prądów | TAK |  |
|  | Dostępne prądy:   * Galwaniczny, * Diadynamiczne (DF, MF, CP, LP, RS,  CP-ISO), * Träberta, * Faradaya, * NPHV * Sekwencje, * Neofaradyczny, * Rosyjska stymulacja – prąd Kotza * Impulsy trapezoidalne * Impulsy stymulujące * Impulsy prostokątne * Impulsy trójkątne * Impulsy eksponencjalne * Impulsy ze wzrostem ekspotencjalnym * Impulsy łączone * Impulsy Przerywane * TENS (symetryczny, falujący, asymetryczny, bursty), * 2-polowa interferencja * 4-polowa interferencja * Izoplanarne pole wektorowe * Fale o średniej częstotliwości * Stymulacja spastyczna – metoda Hufschmidta * Stymulacja spastyczna – metoda Jantscha * HVT * Impulsy IG * Modulowany prąd impulsowy * Prąd VMS * Prąd Kotza * EPIR * Prąd Leduca * Fale H * Mikroprądy * Elektrodiagnostyka | TAK |  |
|  | Prosta zmiana polaryzacji elektrod | TAK |  |
|  | Tryb prądu stałego (cc) i stałego napięcia (cv) | TAK |  |
|  | Programowalne sekwencje (zestawy) prądów | TAK |  |
|  | Elektrodiagnostyka: Krzywa I/t reobaza i chronaksja, punkt motoryczny, współczynnik akomodacji. | TAK |  |
|  | Test jakości elektrod | TAK |  |
|  | Współpraca z aparatem podciśnieniowym VAC | TAK |  |
|  | Sygnały dźwiękowe | TAK |  |
|  | Kontrola kontaktu elektrod ze skórą | TAK |  |
|  | Regulacja kontrastu ekranu | TAK |  |
|  | Możliwość zmiany kolorów ekranu | TAK |  |
|  | Podgląd (interpretacja graficzna) płynącego prądu | TAK |  |
|  | Płynna modyfikacja parametrów prądów | TAK |  |
|  | Sekwencje zapisywane przez użytkownika (minimum 150) | TAK, podać |  |
|  | Historia ostatnich 20 zabiegów | TAK |  |
|  | Bank programów terapeutycznych zapisanych w pamięci aparatu (gotowe diagnozy) | TAK |  |
|  | Możliwość tworzenia i zapisywania własnych programów terapeutycznych (minimum 500) | TAK, podać |  |
|  | Kolorowa encyklopedia terapeutyczna z rysunkami anatomicznymi | TAK |  |
|  | Klasyfikacja protokołów według efektów terapeutycznych | TAK |  |
|  | Możliwość wyboru protokołu w zależności od miejsca aplikacji – klasyfikacja protokołów w minimum 10 grupach anatomicznych | TAK, podać |  |
|  | Funkcja ulubione – umożliwiająca szybkie uruchomienie programu terapeutycznego zaraz po wybraniu rodzaju terapii | TAK |  |
|  | Możliwość zdefiniowania minimum 8 programów terapeutycznych dostępnych jednocześnie na ekranie ulubione | TAK, podać |  |
|  | Pokrętło nawigacyjne umożliwiające szybkie poruszanie się po menu aparatu | TAK |  |
|  | Możliwość definiowania własnego hasła bezpieczeństwa w aparacie | TAK |  |
|  | Wybór dźwięków, regulacja głośności, automatyczne wyłączanie | TAK |  |
|  | Wielojęzyczne menu | TAK |  |
|  | Możliwość swobodnej modyfikacji parametrów elektroterapii | TAK |  |
|  | Identyfikacja i test akcesoriów | TAK |  |
|  | **Parametry ultradźwięków:** | | |
|  | Jeden kanał do terapii ultradźwiękowej | TAK |  |
|  | Wieloczęstotliwościowa (1MHz i 3MHz) i wodoodporna głowica ultradźwiękowa 5cm2 | TAK |  |
|  | Podgrzewane głowice ultradźwiękowe | TAK |  |
|  | Możliwość jednoczesnego podłączenia dwóch głowic do aparatu | TAK |  |
|  | Wizualna kontrola kontaktu głowicy ze skórą pacjenta | TAK |  |
|  | Praca ciągła i impulsowa (10-150Hz) | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia jednocześnie podczas zabiegu częstotliwości 1MHz i 3MHz | TAK |  |
|  | Współczynnik wypełnienia 5-95 % | TAK |  |
|  | Natężenie od 0,1 do 3W/cm2 przy pracy impulsowej i do 2W/cm2 przy pracy ciągłej | TAK |  |
|  | Możliwość współpracy z głowicami ultradźwiękowymi montowanymi na ciele pacjenta za pomocą pasów, umożliwiającymi prowadzenie terapii bez obecności terapeuty | TAK |  |
|  | Możliwość podłączenia wieloczęstotliwościowej (1MHz i 3MHz) i wodoodpornej głowicy ultradźwiękowej 1cm2 (opcja) | TAK |  |
|  | Płynna modyfikacja parametrów ultradźwięku | TAK |  |
|  | Sekwencje zapisywane przez użytkownika minimum 150 | TAK, podać |  |
|  | Bank programów terapeutycznych zapisanych w pamięci aparatu (gotowe diagnozy) | TAK |  |
|  | Możliwość tworzenia i zapisywania własnych programów terapeutycznych (minimum 500) | TAK, podać |  |
|  | Sygnały dźwiękowe | TAK |  |
|  | Wizualna identyfikacja aktywnych akcesoriów. | TAK |  |
|  | Wyposażenie aparatu: 2 przewody do elektrod, 4 elektrody 70x50 mm, woreczki na elektrody 70x50mm, pasy do mocowania elektrod, głowica ultradźwiękowa 5cm2 1/3 MHz, żel 300ml, kabel sieciowy wraz z zasilaczem. | TAK, podać |  |
|  | Obsługa aparatu oraz instrukcja w języku polskim | TAK |  |
|  | Klasa bezpieczeństwa II ( wg IEC 536 ) | TAK |  |
|  | Zasilanie 100-240 V, 50-60 Hz | TAK, podać |  |
|  | Waga aparatu max 3 kg. | TAK, podać |  |
|  | Wymiary 380 x 190 x 260 mm +/-3% | TAK, podać |  |
|  | Oryginalny stolik producenta aparatu | TAK |  |
|  | Stolik wyposażony w min. 6 otwieranych uchylnie schowków na akcesoria | TAK |  |
|  | Stolik posiadający możliwość montażu modułu VAC w miejsce jednego ze schowków | TAK |  |
|  | Głowica ultradźwiękowa wieloczęstotliwościową (1MHz i 3MHz) o powierzchni 12 cm2, montowaną na ciele pacjenta za pomocą pasów, umożliwiającą prowadzenie terapii bez obecności terapeuty | TAK |  |
|  | Głowica bezobsługowa do pracy w trybie dynamicznym odwzorowującym ruch okrężny prowadzony głowicą manualną | TAK |  |
|  | Głowica z wyraźnie podzielonymi na membranie polami działania ultradźwięków | TAK |  |
|  | Wyświetlacz led na głowicy wskazujący aktualnie czynne pola ultradźwięków | TAK |  |
|  | Przyczepiana magnetycznie nakładka do powierzchni obłych jak kończyny | TAK |  |
|  | Dedykowany do głowicy koszyk mocowany do sterownika | TAK |  |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2022 poz. 974) - dostarczyć wraz z dostawą urządzenia | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany/ zaufany/ elektroniczny podpis osobisty

**ZAŁĄCZNIK Nr 7.16 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Część 16 – Laser wysokoenergetyczny – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany model / producent | Podać |  |
|  | Laser fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2023 |  |
|  | Typ źródła: laser diodowy | TAK |  |
|  | 4 długości fal: 660 nm, 800 nm, 905 nm i 970 nm +/- 15nm zapewniając idealnie zoptymalizowany zakres długości fal stosowanych w konkretnych jednostkach chorobowych przy laseroterapii wysokoenergetycznej plus dodatkowa wiązka prowadząca 650nm ±15nm, max. 1mW | TAK, podać |  |
|  | Moc max. CW 15.0 W +/-3% | TAK, podać |  |
|  | Moc maksymalna w trybie impulsowym min. 20 W | TAK, podać |  |
|  | Moc min. CW 0.1 W +/-3% | TAK, podać |  |
|  | Częstotliwość (Intense Super Pulse) pozwalająca redukować efekt termiczny i zwiększać głębokość działania laseroterapii regulowana do 20W | TAK |  |
|  | Modalność emisji promieniowania: CW (fale ciągłe) lub modulowane w zakresie minimalnym 1Hz do 20 000Hz, z modulacją co 1Hz | TAK |  |
|  | Aktywacja lasera - ręczny przełącznik elektryczny | TAK |  |
|  | Zasilanie zewnętrzny, 100-240 V AC, 50/60 Hz (+5%) | TAK, podać |  |
|  | Kolorowy ekran dotykowy LCD | TAK |  |
|  | Oprogramowanie z wbudowanym algorytmem dostosowującym parametry terapii do wybranego typu budowy typologicznej minimum: endomorficzny, mezomorficzny i ektomorficzny (wg. Sheldona) | TAK, podać |  |
|  | Oprogramowanie z wbudowanym algorytmem dostosowującym parametry terapii do wybranej zawartości melaniny i pigmentacji skóry | TAK |  |
|  | Oprogramowanie z wbudowanym algorytmem dostosowującym parametry terapii w zależności od wybranej intensywności oraz chroniczności bólu | TAK |  |
|  | Wymiary: (szerokość, długość, wysokość) maksymalne 200 x 200 x 200 mm | TAK, podać |  |
|  | Złącze USB umożliwiające łatwą aktualizację oprogramowania oraz transfer danych użytkowników pomiędzy urządzeniem a pamięcią podręczną | TAK |  |
|  | Możliwość podglądu historii pracy urządzenia | TAK |  |
|  | Laser przenośny. Waga max. 1300g (sterownik z baterią) | TAK, podać |  |
|  | Dwie pary okularów ochronnych do laseroterapii w zestawie | TAK |  |
|  | Rękojeść z regulowaną wiązką optyczną w zakresie minimum 1 do 5cm2 i ręcznym przełącznikiem | TAK, podać |  |
|  | Odkręcana, gwintowana końcówka sondy nadająca się do dezynfekcji i sterylizacji | TAK |  |
|  | Połączenie typu Interlock | TAK |  |
|  | Wbudowana bateria | TAK |  |
|  | Standardowo laser zapakowany w eleganckie pudełko wielokrotnego użytku zapewniające bezpieczny transport | TAK |  |
|  | Baza jednostek chorobowych | TAK |  |
|  | Intuicyjny interfejs graficzny | TAK |  |
|  | Możliwość tworzenia i zapisywania własnych terapii | TAK |  |
|  | Przystawka skanująca z praktycznym ramieniem typu gęsia szyja, odciążająca terapeutę podczas trwania zabiegu na wózku jezdnym z półkami na akcesoria | TAK |  |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2022 poz. 974) - dostarczyć wraz z dostawą urządzenia | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany/ zaufany/ elektroniczny podpis osobisty

**ZAŁĄCZNIK Nr 7.17 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Część 17 – Aparat do elektroterapii z VAC – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany model / producent | Podać |  |
|  | Aparat fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2023 |  |
|  | Aparat trzykanałowy - 2 niezależne kanały elektroterapii, 1 kanał ultradźwięków (do terapii od 1 do 3 pacjentów) | TAK |  |
|  | Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej min. 7 cali ułatwiający sterowanie aparatem | TAK, podać |  |
|  | **Parametry elektroterapii:** | | |
|  | Możliwość pracy 2 kanałów niezależnie na różnych parametrach prądów | TAK |  |
|  | Dostępne prądy:   * Galwaniczny, * Diadynamiczne (DF, MF, CP, LP, RS,  CP-ISO), * Träberta, * Faradaya, * NPHV * Sekwencje, * Neofaradyczny, * Rosyjska stymulacja – prąd Kotza * Impulsy trapezoidalne * Impulsy stymulujące * Impulsy prostokątne * Impulsy trójkątne * Impulsy eksponencjalne * Impulsy ze wzrostem ekspotencjalnym * Impulsy łączone * Impulsy Przerywane * TENS (symetryczny, falujący, asymetryczny, bursty), * 2-polowa interferencja * 4-polowa interferencja * Izoplanarne pole wektorowe * Fale o średniej częstotliwości * Stymulacja spastyczna – metoda Hufschmidta * Stymulacja spastyczna – metoda Jantscha * HVT * Impulsy IG * Modulowany prąd impulsowy * Prąd VMS * Prąd Kotza * EPIR * Prąd Leduca * Fale H * Mikroprądy * Elektrodiagnostyka | TAK |  |
|  | Prosta zmiana polaryzacji elektrod | TAK |  |
|  | Tryb prądu stałego (cc) i stałego napięcia (cv) | TAK |  |
|  | Programowalne sekwencje (zestawy) prądów | TAK |  |
|  | Elektrodiagnostyka: Krzywa I/t reobaza i chronaksja, punkt motoryczny, współczynnik akomodacji. | TAK |  |
|  | Test jakości elektrod | TAK |  |
|  | Współpraca z aparatem podciśnieniowym VAC | TAK |  |
|  | Sygnały dźwiękowe | TAK |  |
|  | Kontrola kontaktu elektrod ze skórą | TAK |  |
|  | Regulacja kontrastu ekranu | TAK |  |
|  | Możliwość zmiany kolorów ekranu | TAK |  |
|  | Podgląd (interpretacja graficzna) płynącego prądu | TAK |  |
|  | Płynna modyfikacja parametrów prądów | TAK |  |
|  | Sekwencje zapisywane przez użytkownika (minimum 150) | TAK, podać |  |
|  | Historia ostatnich 20 zabiegów | TAK |  |
|  | Bank programów terapeutycznych zapisanych w pamięci aparatu (gotowe diagnozy) | TAK |  |
|  | Możliwość tworzenia i zapisywania własnych programów terapeutycznych (minimum 500) | TAK, podać |  |
|  | Kolorowa encyklopedia terapeutyczna z rysunkami anatomicznymi | TAK |  |
|  | Klasyfikacja protokołów według efektów terapeutycznych | TAK |  |
|  | Możliwość wyboru protokołu w zależności od miejsca aplikacji – klasyfikacja protokołów w minimum 10 grupach anatomicznych | TAK, podać |  |
|  | Funkcja ulubione – umożliwiająca szybkie uruchomienie programu terapeutycznego zaraz po wybraniu rodzaju terapii | TAK |  |
|  | Możliwość zdefiniowania minimum 8 programów terapeutycznych dostępnych jednocześnie na ekranie ulubione | TAK, podać |  |
|  | Pokrętło nawigacyjne umożliwiające szybkie poruszanie się po menu aparatu | TAK |  |
|  | Możliwość definiowania własnego hasła bezpieczeństwa w aparacie | TAK |  |
|  | Wybór dźwięków, regulacja głośności, automatyczne wyłączanie | TAK |  |
|  | Wielojęzyczne menu | TAK |  |
|  | Możliwość swobodnej modyfikacji parametrów elektroterapii | TAK |  |
|  | Identyfikacja i test akcesoriów | TAK |  |
|  | **Parametry ultradźwięków:** | | |
|  | Jeden kanał do terapii ultradźwiękowej | TAK |  |
|  | Wieloczęstotliwościowa (1MHz i 3MHz) i wodoodporna głowica ultradźwiękowa 5cm2 | TAK |  |
|  | Podgrzewane głowice ultradźwiękowe | TAK |  |
|  | Możliwość jednoczesnego podłączenia dwóch głowic do aparatu | TAK |  |
|  | Wizualna kontrola kontaktu głowicy ze skórą pacjenta | TAK |  |
|  | Praca ciągła i impulsowa (10-150Hz) | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia jednocześnie podczas zabiegu częstotliwości 1MHz i 3MHz | TAK |  |
|  | Współczynnik wypełnienia 5-95 % | TAK |  |
|  | Natężenie od 0,1 do 3W/cm2 przy pracy impulsowej i do 2W/cm2 przy pracy ciągłej | TAK |  |
|  | Możliwość współpracy z głowicami ultradźwiękowymi montowanymi na ciele pacjenta za pomocą pasów, umożliwiającymi prowadzenie terapii bez obecności terapeuty | TAK |  |
|  | Możliwość podłączenia wieloczęstotliwościowej (1MHz i 3MHz) i wodoodpornej głowicy ultradźwiękowej 1cm2 (opcja) | TAK |  |
|  | Płynna modyfikacja parametrów ultradźwięku | TAK |  |
|  | Sekwencje zapisywane przez użytkownika minimum 150 | TAK, podać |  |
|  | Bank programów terapeutycznych zapisanych w pamięci aparatu (gotowe diagnozy) | TAK |  |
|  | Możliwość tworzenia i zapisywania własnych programów terapeutycznych (minimum 500) | TAK, podać |  |
|  | Sygnały dźwiękowe | TAK |  |
|  | Wizualna identyfikacja aktywnych akcesoriów | TAK |  |
|  | Wyposażenie aparatu: 2 przewody do elektrod, 4 elektrody 70x50 mm, woreczki na elektrody 70x50mm, pasy do mocowania elektrod, głowica ultradźwiękowa 5cm2 1/3 MHz, żel 300ml, kabel sieciowy wraz z zasilaczem. | TAK, podać |  |
|  | Obsługa aparatu oraz instrukcja w języku polskim | TAK |  |
|  | Klasa bezpieczeństwa II ( wg IEC 536 ) | TAK |  |
|  | Zasilanie 100-240 V, 50-60 Hz | TAK |  |
|  | Waga aparatu max 3 kg. | TAK, podać |  |
|  | Wymiary 380 x 190 x 260 mm +/-3% | TAK, podać |  |
|  | Oryginalny stolik producenta aparatu | TAK |  |
|  | Stolik wyposażony w min. 6 otwieranych uchylnie schowków na akcesoria | TAK, podać |  |
|  | Stolik posiadający możliwość montażu modułu VAC w miejsce jednego ze schowków | TAK |  |
|  | Moduł VAC | TAK |  |
|  | Pełna współpraca z dwukanałowym aparatem do elektroterapii | TAK |  |
|  | Szybkie i praktyczne mocowanie elektrod | TAK |  |
|  | Tryb pracy ciągły i impulsowy | TAK |  |
|  | Cicha praca | TAK |  |
|  | Regulacja podciśnienia w 7 poziomach | TAK |  |
|  | Wkładki z gąbki morskiej do elektrod zapobiegające podrażnianiu skóry pacjenta | TAK |  |
|  | Cztery tryby impulsowe i jeden tryb ciągły | TAK |  |
|  | 4 elektrody podciśnieniowe o średnicy 60mm wyposażone we wkładki z gąbki morskiej | TAK |  |
|  | Możliwość jednoczesnego podłączenia elektrod podciśnieniowych i klasycznych przy elektroterapii | TAK |  |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2022 poz. 974) - dostarczyć wraz z dostawą urządzenia | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany/ zaufany/ elektroniczny podpis osobisty

**ZAŁĄCZNIK Nr 7.18 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia – Zestawienie parametrów wymaganych**

**Część 18 – Drabinki, maty i pozostały drobny sprzęt rehabilitacyjny – 1 zestaw**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** |
| 1 | 2 | 3 |  |
|  | Oferowany model / producent | Podać |  |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy | Rok produkcji: 2023 |  |
|  | **Drabinka rehabilitacyjna 3 sztuki**  Wysokość 225 cm  Szerokość 90 cm  Drewno bukowe  Ilość szczebli 12x  Długość szczebli 84 cm  Rozmiar szczeble wysokość x szerokość - 4x3 cm  Szczeble cofnięte patrząc od góry to numer 2 i 4  Standardowe szczeble są przesunięte z przodu o 2 cm, z tyłu 5 cm  Cofnięte szczeblę za przesunięte z przodu o 5 cm, z tyłu 2 cm  Drabinka po montażu do ściany ma głębokość ok 11 cm  Zestaw montażowy – uchwyty wraz z wkrętami | TAK |  |
|  | **Mata gimnastyczna 3 sztuki**  Lekkie, wysoko elastyczne i antystatyczne.  Posiadające wysoką sprężystość i zdolność do amortyzowania upadków.  Zwarta, antypoślizgowa struktura powierzchni - nie wchłania wilgoci i potu.  Materiał PE (bez PVC) o zwartej strukturze powierzchni.  Maty wyposażone są w otwory umożliwiające ich zawieszenie a także paski w przypadku konieczności zwinięcia maty.  Wymiary 190 cm x 100 cm x 1,5 cm | TAK |  |
|  | **Półkula sensoryczna – 4 sztuki**  Średnica 18 cm  Wysokość elementu ok. 8 cm  Kształt półkula  Materiał elastyczne tworzywo sztuczne PCV  Dopuszczalne obciążenie 100 kg  Rodzaj powierzchni kolczasta  Łagodne wypustki | TAK |  |
|  | **Roller z wypustkami – 3 sztuki**  Długość 45 cm  Średnica 15cm  Powierzchnia niewielkie wypustki  Twardość Średnio-twardy  Materiał Pianka EVA | TAK |  |
|  | **Roller bez wypustek – 3 sztuki**  Długość 45 cm  Materiał Pianka EPP  Średnica 14.5 cm  Powierzchnia gładka  Twardość twardy | TAK |  |
|  | **Trenażer do ćwiczeń oddechowych – 3 sztuki**  Urządzenie do okresowego stosowania w ramach leczenia dróg oddechowych, służące do mobilizacji wydzieliny w dolnych drogach oddechowych, wzmocnienia dróg oddechowych oraz zmniejszenia duszności.  Wielokrotne dmuchanie w ustnik urządzenia tak, aby pokonać opór znajdującej się za nim ruchomej kulki, powoduje powstanie drgań, które przenoszą się na płuca.  Powoduje to także otwieranie się głębszych dróg oddechowych. Ćwiczy to płuca i mobilizuje wydzielinę do odkrztuszania | TAK |  |
|  | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowany sprzęt medyczny jest dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. ( t. j. Dz. U. 2022 poz. 974) - dostarczyć wraz z dostawą sprzętu | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

podpis kwalifikowany/ zaufany/ elektroniczny podpis osobisty