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

**Zamawiający dopuszcza możliwość złożenia oferty na poszczególne pakiety**

**PAKIET NR 1 : Komora hiperbaryczna -1 szt.**

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

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

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

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

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

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

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

**PAKIET NR 2:** **Zestaw do miejscowej terapii zimnem lub ciepłem z wyposażeniem -1 kpl**

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

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

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

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

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

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

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

**PAKIET NR 3 : Bieżnia -1 szt.**

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

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

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

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

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

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

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

**UWAGA! (DOTYCZY WSZYSTKICH PAKIETÓW)**

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

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

*(podpis Wykonawcy / Wykonawców)*

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