**Załącznik nr 3 SWZ**

**Część nr 1 – Aparat do EEG**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jedn. miary | Ilość jedn. miary | Cena netto za jedn. miary | Wartość netto w zł. | Wartość brutto w zł. |
| 1. | Aparat EEG | Szt. | 1 |  |  |  |
| Wartość danej części zamówienia | | | | |  |  |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje**

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

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany (potwierdzić/opisać/podać)** |
|  | **Stanowisko rejestracji badań z funkcją oceny i analizy zapisów EEG** | | | |
| **PARAMETRY TECHNICZNE GŁOWICY** | | | | |
| 1 | Głowica elektrodowa min. 33-kanałowa ze wzmacniaczami, przetwarzaniem analogowo-cyfrowym i izolacją galwaniczną, zasilana z aparatu | | tak | Podać ilość kanałów |
| 2 | Liczba kanałów wejściowych pracujących w układzie referencyjnym min. 22 | | tak | Podać ilość kanałów |
| 3 | Liczba kanałów ExG, konfigurowalnych jako kanały DC lub kanały Bipolarne min. 10 | | tak | Podać ilość kanałów |
| 4 | Min. 1 wejście SpO2 | | tak | Podać ilość |
| 5 | Możliwość pracy głowicy na wymiennych akumulatorach | | tak |  |
| 6 | Głowica wyposażona w elektrodę referencyjną oraz neutralną | | tak |  |
| 7 | Podłączenie głowicy z komputerem poprzez interfejs WiFi | | tak |  |
| 8 | Podłączenie głowicy z komputerem poprzez interfejs USB | | tak |  |
| 9 | Rodzaj transmisji radiowej, nie gorsze niż: WLAN 802.11bg | | tak | podać |
| 10 | Tryb pracy modułu WLAN, AP | | tak |  |
| 11 | Tryb szyfrowania połączenia co najmniej WPA2 | | tak | podać |
| 12 | Kalibracja automatyczna głowicy niezależnie na każdym wejściu wzmacniacza | | tak |  |
| 13 | Możliwość podłączenia elektrod do głowicy za pomocą standardowych wejść TP DIN 42802 | | tak |  |
| 14 | Pomiar impedancji ONLINE przez cały czas trwania badania | | tak |  |
| 15 | Sygnalizacja poziomu impedancji dla każdej elektrody poprzez wbudowane na głowicy diody LED | | tak |  |
| 16 | Zasięg pracy bezprzewodowej (w budynku) min 25m | | tak |  |
| 17 | Sygnalizacja pomiaru impedancji wszystkich kanałów (poza SpO2) realizowana za pomocą min. 4 stopniowej skali wyświetlanej bezpośrednio na głowicy | | tak | Podać ilość stopni skali |
| 18 | Rozdzielczość cyfrowa przetwornika A/D (bit) min. 24 | | tak | podać |
| 19 | Pasmo przenoszenia w zakresie co najmniej 0 (DC) – 125 HZ | | tak | podać |
| **Parametry kanałów głowicy** | | | | |
| 20 | Szum wejściowy (µV p-p) (0,1-70 Hz) <4 | | tak | podać |
| 21 | Impedancja wejściowa (MOhm) >1000 | | tak | podać |
| 22 | CMRR >115dB | | tak | podać |
|  | **PARAMETRY OPROGRAMOWANIA DO REJESTRACJI SYGNAŁU** | | | |
| 23 | Baza danych pacjentów i badań zgodna z wytycznymi ustawy o RODO | | tak |  |
| 24 | stała czasu [s] w zakresie (0,03–10) | | tak | podać |
| 25 | stała czasu – wartość standardowa 0,3 (s) | | tak |  |
| 26 | Czułość w zakresie co najmniej (10 µV/cm – 2 mV/cm) | | tak | podać |
| 27 | Regulowana szybkość przesuwu zapisu na ekranie (mm/s) w zakresie (10-120) | | tak | podać |
| 28 | Częstotliwość próbkowania wyjściowego (Hz) ≥ 500Hz | | tak | podać |
| 29 | Nieograniczona ilość remontaży definiowanych przez Użytkownika | | tak |  |
| 30 | Gotowe predefiniowane montaże i programy dla standardów 10-20, 10-10, 10-10h, 10-5, 5-5 | | tak | podać |
| 31 | Predefiniowana baza zdarzeń medycznych zawierająca min. 400 gotowych zdarzeń. | | tak | podać |
| 32 | Zdarzenia medyczne podzielone na typy zdarzeń np. zdarzenia techniczne, zdarzenia fizjologiczne, zdarzenia stymulacyjne itp. | | tak | opisać |
| 33 | Możliwość definiowania, edycji i dodawania do bazy własnych zdarzeń medycznych | | tak |  |
| 34 | Menadżer zdarzeń medycznych pozwalający na personalizacje znaczników zdarzeń według własnych potrzeb | | tak |  |
| 35 | Możliwość dodawania interaktywnej notatki do badania podczas akwizycji sygnału | | tak |  |
| 36 | Min. 3 algorytmy optymalizacji wyświetlania krzywej EEG dostosowujące się do bieżącej rozdzielczości monitora | | tak | Podać ilość |
| 37 | Możliwość przeglądania trwającego badania i wykonywania analiz podczas akwizycji sygnału | | tak |  |
| 38 | Możliwość dzielenia ekranu podczas akwizycji sygnału na ekran akwizycji, ekran przeglądania i ekrany analiz (np. FFT, Mapping 2D/3D, TPM, CCFM) | | tak | opisać |
| 39 | Odwracanie polaryzacji sygnału EEG | | tak |  |
| 40 | Funkcja wyświetlania czasu rzeczywistego wykonywanej akwizycji sygnału | | tak |  |
| 41 | Funkcja wizualizacji krzywej EEG w postaci graficznej i/lub liczbowej | | tak | opisać |
| **Fotostymulator** | | | | |
| 42 | Nieograniczona ilość programów fotostymulacji definiowanych przez Użytkownika | | tak |  |
| 43 | Stymulator błyskowy (Hz) w zakresie (0,5-60) | | tak | podać |
| 44 | Możliwość pracy z wewnętrznej baterii | | tak |  |
| 45 | Lampa fotostymulatora przytwierdzona do dedykowanego niezależnego statywu na kółkach umożliwiającego jej przemieszczenie | | tak |  |
| **Oprogramowanie do analizy sygnału** | | | | |
| 46 | przeglądanie, ocena i analiza badań EEG | | tak |  |
| 47 | generacja raportów i drukowanie | | tak |  |
| 48 | Cyfrowa linijka pomiarowa umożliwiająca dokonanie pomiarów amplitudy i częstotliwości fal oraz określenie fali dominującej w zadanym przedziale czasu | | tak |  |
| 49 | Min 3 algorytmy optymalizacji wyświetlania krzywej EEG dostosowujące się do bieżącej rozdzielczości monitora | | tak | Podać ilość algorytmów |
| 50 | Możliwość dodawania komentarzy do zdarzeń medycznych | | tak |  |
| 51 | Moduł analizy ilościowej QEEG (Quantity EEG) umożliwiający uzyskanie wyników w formie tabelarycznej | | tak |  |
| 52 | Eksport dowolnego fragmentu zapisu sygnału EEG | | tak |  |
| 53 | Możliwość wykonania raportu QEEG z dowolnie wybranego przedziału czasu w formie tabelarycznej z podziałem na poszczególne rytmy fal i podziałem na elektrody rejestrujące | | tak |  |
| 54 | Eksport raportu QEEG do formatu pliku Excel i pdf | | tak |  |
| 55 | Funkcja blokowego zaznaczania wybranego fragmentu zapisu EEG dla analiz QEEG, Mapping 2D/3D, FFT | | tak |  |
| 56 | Funkcja wyświetlania czasu rzeczywistego wykonanego zapisu sygnału EEG | | tak |  |
| 57 | Funkcja wizualizacji krzywej EEG w postaci graficznej i/lub liczbowej | | tak | opisać |
| 58 | Archiwizacja badań na płycie CD/DVD | | tak |  |
| 59 | Możliwość dołączenia dedykowanej przeglądarki do eksportowanego badania EEG | | tak |  |
| **Analiza FFT** | | | | |
| 60 | Możliwość regulacji długości bufora FFT | | tak |  |
| 61 | Analiza spektralna FFT oraz możliwość przedstawienia jej wyników w postaci wykresów : histogram, obwiednia, amplitudy średnie, częstotliwości dominujące | | tak | opisać |
| 62 | Analiza FFT wykonywana jedno lub wielokanałowo | | tak |  |
| 63 | Możliwość wykonania analizy FFT z dowolnego przedziału czasu lub z całego badania | | tak |  |
| **ZESTAW KOMPUTEROWY** | | | | |
| 64 | **(wymagania minimalne)**   * procesor INTEL CORE i7 lub równoważny * pamięć RAM min. 8GB * dysk twardy min. 1TB * monitor min. 27” * nagrywarka DVD * karta sieciowa * system operacyjny Windows 10 lub 11 * karta graficzna z chipsetem min. 2GB * zasilacz awaryjny UPS * osprzęt systemu: konsola ułatwiająca przemieszczanie systemu, okablowanie * drukarka laserowa -wydruk czarno-biały lub kolorowy | | tak | Podać/opisać |
| **INNE CECHY APARATU** | | | | |
| 65 | Zabezpieczenie oprogramowania przed niepowołanym dostępem za pomocą klucza sprzętowego | | tak |  |
| 66 | Transformacja widma sygnału z dziedziny częstotliwości do dziedziny czynności fal | | tak |  |
| 67 | Całość oprogramowania EEG w języku polskim | | tak |  |
| 68 | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej przy dostawie | | tak |  |
| 69 | Funkcja przenoszenia badań bez konwersji pomiędzy oferowanym aparatem EEG | | tak |  |
| 70 | Możliwość rozbudowy systemu o dodatkowe stanowisko analizy, polisomnografię, mapowanie 2D/3D, mapowanie on-line, CCFM, holter EEG, biofeedback, maping kortykograficzny | | tak | opisać |
|  | **WIDEOMETRIA** | | | |
| 71 | Podstawowe funkcje zestawu   * zsynchronizowana rejestracja obrazu i dźwięku z kamery wideo oraz zapisu EEG, * przeglądanie i analiza zapisu EEG wraz z jednoczesnym podglądem zarejestrowanego obrazu pacjenta, * archiwizacja zapisu badania wraz z obrazem na CD/DVD | | Tak | opisać |
| 72 | Konfiguracja zestawu:   * profesjonalna kamera sieciowa kopułowa z możliwością montażu na ścianie i suficie * zoom i obracanie kamery 360 stopni z poziomu oprogramowania * specjalistyczne oprogramowanie synchronizujące rejestracje zapisu EEG z rejestrowanym obrazem z kamery * specjalistyczne oprogramowanie do przeglądania zapisów EEG wraz z obrazem wideo | | Tak | opisać |
|  | **MAPPING 2D/3D (Virtual Reality)** | | | |
| 73 | - mapowanie 2D i 3D  - przeglądanie map trójwymiarowych w technologii Virtual Reality za pomocą dołączonych okularów VR  - mapowanie potencjałów  - mapowanie gęstości pola (SCD)  - mapowanie prędkości zmian potencjału (pochodna po czasie)  - mapowanie widma mocy względnej %  - mapowanie widma mocy bezwzględnej (RMS)  - mapowanie asymetrii potencjałowej  - mapowanie koherencji i jej fazy dla odprowadzeń  - mapowanie częstotliwości dominujących i środka ciężkości  - podgląd wartości elektrod i dowolnego punktu mapy  - automatyczne dostosowywanie skali kolorystycznej wartości  - mapowanie z zastosowaniem referencji do uszu, Goldmana (średniej), Cz, Fz albo laplasjanu  - wyświetlanie wielu map (z zadanego zakresu)  - zastosowanie różnych metod interpolacji wartości  - mapowanie trójwymiarowe na czaszce i modelu mózgu  - trójwymiarowa prezentacja rozkładu wartości mapy  - możliwość drukowania map w kolorze i odcieniach szarości  - prezentacja izolinii mapy | | Tak | opisać |
|  | **Akcesoria** | | | |
| 74 | Wymagane akcesoria:   1. czepek do badań EEG 2. elektrody grzybkowe 3. przewody do elektrod grzybkowych 4. żel do badań EEG 5. Czujnik do EKG | min. 1 szt.  min. 30szt.  min. 10szt.  min. 4szt  min. 1 kpl. | | Wymienić i podać ilości |
| 75 | Integracja oferowanego aparatu do systemu HIS zamawiającego (koszt integracji ponosi wykonawca) | Tak | |  |

**Wykonawca jest zobligowany wypełnić wszystkie pozycje zamieszczone w powyższej tabeli wpisując w kolumnie „parametr oferowany” słowo „Tak” w przypadku spełnienia określonych w wierszu wymagań funkcjonalnych lub słowo „Nie” w przypadku niespełnienia wymagań lub podając/opisując/określając oferowane parametry tam gdzie jest to wskazane.**

Oświadczamy, że oferowane, powyżej i wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne, fabrycznie nowe i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia pracy bez żadnych dodatkowych zakupów poza materiałami eksploatacyjnymi - jeżeli dotyczy)

Nie spełnienie jakiegokolwiek z powyższych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Załącznik nr 3 SWZ

**Część nr 2 – wózek wanna**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jedn. miary | Ilość jedn. miary | Cena netto za jedn. miary | Wartość netto w zł. | Wartość brutto w zł. |
| 1. | Wózek wanna | Szt. | 1 |  |  |  |
| Wartość danej części zamówienia | | | | |  |  |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – wózek wanna**

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

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **(potwierdzić/opisać/podać** |
|  | Elektryczny wózek kąpielowy | TAK |  |
|  | Zewnętrzny wymiar wózka 210cm- 220 cm x 85cm -90 cm | TAK | podać |
|  | Wewnętrzny wymiar leżyska: min. 187cm x 60 cm | TAK | podać |
|  | Udźwig: min. 170 kg | TAK | podać |
|  | Elektryczna regulacja wysokości w zakresie co najmniej od 60cm do 100 cm | TAK | podać |
|  | Pozycja anty-Trendeleanburg: min. 10° | TAK | podać |
|  | Średnica kółek: min. 120 mm | TAK | podać |
|  | Rama malowana proszkowo | TAK |  |
|  | Odpływ w leżysku ułatwiający całkowite odprowadzenie nagromadzonej wody | TAK |  |
|  | Leże wyłożone gąbką, uzupełnione o poduszkę pod głowę | TAK |  |
|  | Boczne i szczytowe poręcze z możliwością blokowania w min 3 różnych pozycjach | TAK |  |
|  | Centralny system hamulców | TAK |  |

**Wykonawca jest zobligowany wypełnić wszystkie pozycje zamieszczone w powyższej tabeli wpisując w kolumnie „parametr oferowany” słowo „Tak” w przypadku spełnienia określonych w wierszu wymagań funkcjonalnych lub słowo „Nie” w przypadku niespełnienia wymagań lub podając/opisując/określając oferowane parametry tam gdzie jest to wskazane.**

Oświadczamy, że oferowane, powyżej i wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne, fabrycznie nowe i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia pracy bez żadnych dodatkowych zakupów poza materiałami eksploatacyjnymi - jeżeli dotyczy)

Nie spełnienie jakiegokolwiek z powyższych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Załącznik nr 3 SWZ

**Część nr 3 – Rotor do kończyn dolnych i górnych**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jedn. miary | Ilość jedn. miary | Cena netto za jedn. miary | Wartość netto w zł. | Wartość brutto w zł. |
| 1. | Rotor do kończyn dolnych i górnych | Szt. | 1 |  |  |  |
| Wartość danej części zamówienia | | | | |  |  |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – rotor do kończyn dolnych i górnych**

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

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **(potwierdzić/opisać/podać)** |
|  | Możliwość terapii kończyn górnych i dolnych | TAK |  |
|  | Zakres obrotów:  - pasywny min. 0-60 obr/min  - aktywny min. 0-90 obr/min | Tak | podać |
|  | Zakres promienia ruchu pedałów regulowany w zakresie co najmniej: 55mm-130 mm | Tak | podać |
|  | Zakres momentu siły dla rąk min. 2-5 Nm | Tak | podać |
|  | Zakres momentu siły dla nóg min. 2-8 Nm | Tak | podać |
|  | Maksymalny rozstaw nóg 25 cm | Tak | podać |
|  | Minimalny rozstaw nóg 12 cm | Tak | podać |
|  | Kolorowych wyświetlacz (panel dotykowy) przekątna min. 7” | TAK | podać |
|  | Analiza min. 10 ostatnich przeprowadzonych treningów | TAK | podać |
|  | Statystyki z treningu do analizy długoterminowej | TAK |  |
|  | Regulowane pedały w zakresie promienia ruchu bez użycia narzędzi | TAK |  |
|  | Regulacja wysokości (regulacja bez użycia narzędzi) | TAK |  |
|  | Stabilne ergonomiczne uchwyty | TAK |  |
|  | Automatyczna kontrola spastyczności | TAK |  |
|  | Wbudowane programy do walki ze spastycznością | TAK |  |
|  | Automatyczna zmiana kierunku ruchu (ustawiana indywidualnie) | TAK |  |
|  | Możliwość prowadzenia treningów:  - trening pasywny – delikatny i ostrożny trening pasywny pozwala na wykonanie mobilizacji dla mięśni i stawów (np. podczas fazy rozgrzewki). - trening aktywny – w zależności od celu treningu możliwość dostosowania poziomu oporu do potrzeb i możliwości;  - trening delikatny – silnik wspomaga ruch podczas treningu mobilizując w ten sposób najsłabsze grupy mięśniowe  - trening symetryczny – program treningowy pozwala na ocenę symetrii pracy obu kończyn podczas treningu. W przypadku dysfunkcji jednej strony, deficyt może być skorygowany. | TAK | opisać |
|  | Licznik pracy rotora | TAK |  |

**Wykonawca jest zobligowany wypełnić wszystkie pozycje zamieszczone w powyższej tabeli wpisując w kolumnie „parametr oferowany” słowo „Tak” w przypadku spełnienia określonych w wierszu wymagań funkcjonalnych lub słowo „Nie” w przypadku niespełnienia wymagań lub podając/opisując/określając oferowane parametry tam gdzie jest to wskazane.**

Oświadczamy, że oferowane, powyżej i wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne, fabrycznie nowe i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia pracy bez żadnych dodatkowych zakupów poza materiałami eksploatacyjnymi - jeżeli dotyczy)

Nie spełnienie jakiegokolwiek z powyższych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Załącznik nr 3 SWZ

**Część nr 4 – Bieżnia**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jedn. miary | Ilość jedn. miary | Cena netto za jedn. miary | Wartość netto w zł. | Wartość brutto w zł. |
| 1. | Bieżnia | Szt. | 1 |  |  |  |
| Wartość danej części zamówienia | | | | |  |  |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – bieżnia**

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

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany (potwierdzić/opisać/podać)** |
|  | Prędkość regulowana w zakresie co najmniej 0,2km/h -25 km/h | Tak | podać |
|  | Układ stopniowanego zwiększania prędkości od 0,1 km/h do zadanej prędkości, | TAK | podać |
|  | Stabilizacja prędkości pasa bieżni w pełnym zakresie obciążeń napędu | TAK |  |
|  | Ekran dotykowy o przekątnej min. 7” | Tak | podać |
|  | Płynna i cicha praca w pełnym zakresie prędkości pasa bieżni | TAK |  |
|  | Dwa systemy bezpieczeństwa: przycisk awaryjny oraz np. wyłącznik magnetyczny | TAK | opisać |
|  | Ergonomicznie ukształtowane, stabilne poręcze | TAK |  |
|  | Możliwość regulacji nachylenia bieżni w zakresie min. 0-25% | Tak | podać |
|  | Wartości prezentowane na wyświetlaczu min.:   * prędkość biegu * spalone kalorie * czas ćwiczenia * pokonany dystans * START/STOP | TAK | opisać |
|  | Możliwość tworzenia własnego protokołu ćwiczeń | TAK |  |
|  | Ćwiczenia zdefiniowane oraz min. 16 gotowych programów + trening wysiłkowy | TAK | podać |
|  | Szerokość części użytkowej pasa bieżni min. 52 cm | Tak | podać |
|  | Długość części użytkowej pasa min. 140cm | Tak | podać |
|  | Dopuszczalna waga ćwiczącego co najmniej 200 kg | Tak | podać |
|  | Wymiary max. 250cm x 75cm x 160cm | Tak | podać |
|  | Bieżnia wyposażona w mobilny system dynamicznego odciążenia pacjenta | TAK |  |
|  | Regulacja wysokości systemu za pomocą siłownika elektrycznego zasilanego akumulatorowo | TAK |  |
|  | Podwieszenie dwupunktowe umożliwiające korekcję ustawienia miednicy oraz pochylenia przód/tył tułowia za pomocą 4 pasów | TAK |  |
|  | Elektroniczny moduł pomiarowy pozwalający na monitorowanie: poziomu odciążenia lewej i prawej strony ciała, całkowitego odciążenia oraz feedback wzrokowy dla pacjenta | TAK | opisać |
|  | System wyposażony w 4 kółka: 2 kółka blokowane kierunkowo oraz min. 2 kółka blokowane całkowicie | TAK | opisać |
|  | Wysokość systemu przy maksymalnym rozsunięciu, max. 240 cm | Tak | podać |
|  | Możliwość podwieszenia pacjenta o wzroście do co najmniej 210 cm | TAK | podać |
|  | Możliwość treningu chodu przodem, tyłem i bokiem | TAK |  |
|  | Możliwość odciążenia pacjenta o wadze do min. 160 kg | Tak | podać |
|  | Długość całkowita systemu nie większa niż 140 cm | Tak | podać |
|  | Regulowane uchwyty pozwalające na zmianę kąta ustawienia | TAK |  |
|  | Dynamiczny system odciążenia umożliwiający przemieszczenie środka ciężkości min. 5 cm amplituda | Tak | podać |
|  | System wyposażony w co najmniej jedną uprząż o uniwersalnym rozmiarze lub uprzęże o różnych rozmiarach | TAK | opisać |

**Wykonawca jest zobligowany wypełnić wszystkie pozycje zamieszczone w powyższej tabeli wpisując w kolumnie „parametr oferowany” słowo „Tak” w przypadku spełnienia określonych w wierszu wymagań funkcjonalnych lub słowo „Nie” w przypadku niespełnienia wymagań lub podając/opisując/określając oferowane parametry tam gdzie jest to wskazane.**

Oświadczamy, że oferowane, powyżej i wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne, fabrycznie nowe i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia pracy bez żadnych dodatkowych zakupów poza materiałami eksploatacyjnymi - jeżeli dotyczy)

Nie spełnienie jakiegokolwiek z powyższych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Załącznik nr 3 SWZ

**Część nr 5 – Aparaty do fizjoterapii**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jedn. miary | Ilość jedn. miary | Cena netto za jedn. miary | Wartość netto w zł. | Wartość brutto w zł. |
| 1. | Aparat do elektroterapii | Szt. | 1 |  |  |  |
| 2. | Aparat do elektroterapii i ultradźwięków | Szt. | 1 |  |  |  |
| 3. | Aparat do terapii polem magnetycznym | Szt. | 1 |  |  |  |
| 4. | Laser biostymulacyjny | Szt. | 1 |  |  |  |
| Wartość danej części zamówienia | | | | |  |  |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – aparat do elektroterapii**

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

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **(potwierdzić/opisać/podać)** |
| 1. | Aparat do elektroterapii z możliwością dalszej rozbudowy o moduł do terapii podciśnieniowej Vacuum | TAK |  |
| 2. | W zestawie: Elektrody węglowe, Elektrody samoprzylepne, kpl. Przewodów, Opaski do mocowania elektrod, Kabel zasilania, Dysk zewnętrzny USB o poj. min. 64GB, Przewodnik szybkiego startu | TAK | podać |
| 3. | Minimum 7-calowy ekran dotykowy | TAK | podać |
| 4. | Wbudowana pamięć podręczna oraz funkcja aktualizacji oprogramowania | TAK |  |
| 5. | Interaktywne diody/lampki informujące o statusie urządzenia i portów | TAK |  |
| 6. | System Procedur Terapeutycznych | TAK |  |
| 7. | Dostępne prądy min.:  IFC-4p, IFC-2p  VMS FR  Wys. napięcie  Asym. dwufaz. TENS  Symetr. dwufaz. TENS  Interferencyjny izopolarny  Interferencyjny z wekt. dipolowym  VMS Burst  VMS FR  Jednof. trójkątny impuls  Jednof. prostok. impuls  Galwaniczny  Galwaniczny przerywany  Galwaniczny o niskim natężeniu  Stymulacja rosyjska  Prądy Träberta  Stymulacja HAN  Mikroprądy  Dynamiczny  Okres. z. trójk. prąd pulsujący  Okres. zm. prost. prąc pulsujący | TAK | podać |
| 8. | Wybór przebiegu z dostępnych procedur terapeutycznych bądź zasobów klinicznych znajdujących się w Menu | TAK |  |
| 9. | Wytyczne dotyczące zalecanego miejsca do umieszczenia elektrod | TAK |  |
| 10. | Klasa ochronności: min. II | TAK | podać |
| 11. | Tryb pracy: ciągły | TAK |  |
| 12. | W zestawie dedykowany pod oferowane urządzenie wózek z szufladami na akcesoria | TAK |  |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – aparat do elektroterapii i ultradźwięków**

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

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **(potwierdzić/opisać/podać)** |
| 1. | Aparat do elektroterapii (w pełnym zakresie), ultradźwięków i terapii skojarzonej | TAK |  |
| 2. | Minimum 7-calowy ekran dotykowy | TAK | podać |
| 3. | Wbudowana pamięć podręczna oraz funkcja aktualizacji oprogramowania | TAK |  |
| 4. | Interaktywne diody/lampki informujące o statusie urządzenia i portów | TAK |  |
| 5. | System Procedur Terapeutycznych | TAK |  |
| 6. | Minimum dwuzakresowa terapia ultradźwiękowa: 1 i 3 MHz | TAK | podać |
| 7. | Dwa niezależne kanały o elektroterapii | TAK |  |
| 8. | Dostępne prądy:  Interferencyjny z wekt. dipolowym  Interferencyjny izopolarny  Okres. z. trójk. prąd pulsujący  Okres. zm. prost. prąc pulsujący  Wys. napięcie  VMS FR  Galwaniczny o niskim natężeniu  Prądy Träberta  Galwaniczny przerywany  Jednof. trójkątny impuls  Galwaniczny  Jednof. prostok. impuls  VMS Burst  Stymulacja rosyjska  IFC-2p  Dynamiczny  Mikroprądy  VMS  Stymulacja HAN  Asym. dwufaz. TENS  IFC-4p  Symetr. dwufaz. TENS | TAK | podać |
| 9. | Klasa ochronności:min. II | TAK | podać |
| 10. | Tryb pracy: ciągły | TAK |  |
| 11. | W zestawie: Elektrody węglowe, Elektrody samoprzylepne, kpl przewodów, Opaski do mocowania elektrod, Kabel zasilania, Dysk zewnętrzny USB o poj. Min. 64GB, Przewodnik szybkiego startu | TAK | podać |
| 12. | W zestawie: głowica ultradźwiękowa o średnicy min. 5 cm | TAK | podać |
| 13. | W zestawie dedykowany pod oferowane urządzenie wózek z szufladami na akcesoria | TAK |  |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – aparat do terapii polem magnetycznym**

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

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **(potwierdzić/opisać/podać)** |
| 1. | Aparat do Magnetoterapii w komplecie z dedykowaną leżanką i stolikiem pod aplikator | TAK |  |
| 2. | Możliwość wykonywania min. 5 zabiegów jednocześnie | TAK | podać |
| 3. | Minimum 2 niezależne kanały magnetoterapii z osobnymi ustawieniami parametrów w każdym podłączenie na 2 aplikatory | TAK | podać |
| 4. | Niezależny kanał do laseroterapii - możliwość wykonywania zabiegów sondą laserową | TAK |  |
| 5. | Aparat wyposażony w aplikator szpulowy o śr. min. 60 cm na leżance z półką pod aparat oraz aplikator o śr. min. 31,5 cm na stoliku | TAK |  |
| 6. | Częstotliwość zmian pola magnetycznego w zakresie min. 1 – 100 [Hz] | TAK | podać |
| 7. | Zmiana indukcji pola magnetycznego w zakresie min. 0 – 20 [mT] | TAK | podać |
| 8. | Czas impuls / przerwa min. 0,5 – 8 [s] | TAK | podać |
| 9. | Zasilanie: 230V / 50Hz | TAK |  |
| 10. | Kształty zmian pola magnetycznego:  sinusoida, prostokąt, trójkąt – unipolarne i bipolarne  MX1 - kolejna zmiana kształtów, przy stałej częstotliwości  MX2 - kolejna zmiana kształtów, z jednoczesną zmianą częstotliwości | TAK | podać |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – laser biostymulacyjny**

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

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **(potwierdzić/opisać/podać** |
| 1. | Laser wysokoenergetyczny ze skanerem | TAK |  |
| 2. | Skaner generujący synchronizowane ze sobą fale w tej samej jednostce czasu:  - ciągłą o długości 808 nm (+/-5nm)  - impulsową o długości 905 nm (+/-5nm) | TAK | podać |
| 3. | Moc średnia skanera 3,3W (+/-0,2W), moc w impulsie 3 x min. 25W, | TAK | podać |
| 4. | Szerokość wiązki o średnicy min. 5cm, powierzchnia 20 cm2 (+/-2cm2) | TAK | podać |
| 5. | Obszar zabiegowy max. 900 cm², | TAK | podać |
| 6. | Zrobotyzowana głowica poruszająca się w min. 5 kierunkach | TAK |  |
| 7. | Elektromechanicznie regulowany kąt nachylenia ramienia i wysokości kolumny | TAK |  |
| 8. | Dwa w pełni niezależne kanały | TAK |  |
| 9. | Możliwość zapisania min. 10 kont dla personelu medycznego | Tak | podać |
| 10. | Sonda ręczna o mocy średniej min. 1,1 W i mocy w impulsie min. 25W | Tak | podać |
| 11. | Szerokość wiązki sondy ręcznej o średnicy 2 cm (+/- 0,3cm) | Tak | podać |
| 12. | Zakres częstotliwość w zakresie od 1 do 2 kHz | Tak | podać |
| 13. | Laser umieszczony na dedykowanej pod urządzenie podstawie jezdnej | Tak |  |
| 14. | Automatyczna kalkulacja wyemitowanej energii, | Tak |  |
| 15. | Hasło dostępu | Tak |  |

**Wykonawca jest zobligowany wypełnić wszystkie pozycje zamieszczone w powyższej tabeli wpisując w kolumnie „parametr oferowany” słowo „Tak” w przypadku spełnienia określonych w wierszu wymagań funkcjonalnych lub słowo „Nie” w przypadku niespełnienia wymagań lub podając/opisując/określając oferowane parametry tam gdzie jest to wskazane.**

Oświadczamy, że oferowane, powyżej i wyspecyfikowane urządzenia są kompletne, fabrycznie nowe i będą po zainstalowaniu gotowe do podjęcia pracy bez żadnych dodatkowych zakupów poza materiałami eksploatacyjnymi - jeżeli dotyczy)

Nie spełnienie jakiegokolwiek z powyższych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Załącznik nr 3 SWZ

**Część nr 6 – Rower treningowy**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jedn. miary | Ilość jedn. miary | Cena netto za jedn. miary | Wartość netto w zł. | Wartość brutto w zł. |
| 1. | Rower treningowy | Szt. | 1 |  |  |  |
| Wartość danej części zamówienia | | | | |  |  |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – rower treningowy**

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

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **(potwierdzić/opisać/podać)** |
| 1. | Możliwość regulacji siedziska dla pacjenta o wzroście w zakresie co najmniej 150cm – 190 cm | Tak | podać |
| 2. | Dopuszczalne obciążenie (waga pacjenta) co najmniej 250kg | Tak | podać |
| 3 | Ręczna regulacja obciążenia | Tak |  |
| 4 | Czytelny wyświetlacz parametrów min.:  -prędkość  -dystans  -czas  -możliwość ustawienia licznika prędkości i odległości | Tak | podać |
| 5 | Stabilna podstawa | Tak |  |
| 6 | Wymiary:  -długość max 1300mm  -szerokość max 650mm | Tak | podać |
| 7 | Rower wyposażony w lekkie koło zamachowe | Tak |  |
| 8 | Waga rowerka max. 47kg | Tak | podać |
| 9. | Cicha praca | Tak |  |

**Wykonawca jest zobligowany wypełnić wszystkie pozycje zamieszczone w powyższej tabeli wpisując w kolumnie „parametr oferowany” słowo „Tak” w przypadku spełnienia określonych w wierszu wymagań funkcjonalnych lub słowo „Nie” w przypadku niespełnienia wymagań lub podając/opisując/określając oferowane parametry tam gdzie jest to wskazane.**

Oświadczamy, że oferowane, powyżej i wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne, fabrycznie nowe i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia pracy bez żadnych dodatkowych zakupów poza materiałami eksploatacyjnymi - jeżeli dotyczy)

Nie spełnienie jakiegokolwiek z powyższych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Załącznik nr 3 SWZ

**Część nr 7 – Kabina do ćwiczeń i zawieszeń**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jedn. miary | Ilość jedn. miary | Cena netto za jedn. miary | Wartość netto w zł. | Wartość brutto w zł. |
| 1. | Kabina do ćwiczeń i zawieszeń | Szt. | 1 |  |  |  |
| Wartość danej części zamówienia | | | | |  |  |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – kabina do ćwiczeń i zawieszeń**

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

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **(potwierdzić/opisać/podać)** |
| 1. | Konstrukcja wykonana z aluminium z dwoma trawersami rozm. min. 180 cm dł. x 77cm szer. | Tak | podać |
| 2. | Trawersy suwane po prowadnicach na podkładkach np. teflonowych, które zapewniają trwałość i są odporne na ścieranie | TAK |  |
| 3. | Trawersy wyposażone w hamulec blokowany i zwalniany za pomocą linki, mogący być obsługiwany jedną ręką | TAK |  |
| 4. | Aparaty wieszane na trawersach zdejmowalne i mobilne do zawieszenia na innym punkcie mocującym | TAK |  |
| 5. | Minimum 2 aparaty dostarczone z zestawem do zwieszenia na trawersach | Tak | podać |
| 6. | W zestawie aparat do ćwiczeń w rotacji | TAK |  |
| 7. | Osprzęt minimalny:   * uchwyt do rąk x 2 pary * podwieszka szeroka x 2szt. * wzmocniony uchwyt do rąk x 1 para * podwieszka wąska x 2szt. * podwieszka dzielona x 1szt. * wałek 15cm x50cm x 1szt. * poduszka sensomotoryczna x 2szt * linka 5m x 2szt. * linka, czerwona, 60 cm x 1 para * linka, czerwona, 30 cm x 1 para * linka elastyczna, czarna, 60 cm x 1 para * linka elastyczna, czarna, 30 cm x 1 para * linka elastyczna, czerwona 60 cm x 1 para * linka elastyczna, czerwona 30 cm x 1 para | TAK | podać |
| 8. | Konstrukcja przyścienna aparatu mocowana min. dwupunktowo do ściany oraz podparta na podłożu na min. 2 nogach o parametrach:   * Dopuszczalne obciążenie: min. 250 kg na urządzenie * Wymiary (dł. x szer. x wys.): 420cm (+/- 20cm) x 200cm (+/-10cm) x 245cm (+/-10cm) * Materiał: stal malowana proszkowo i anodyzowane aluminium | TAK, | podać |

**Wykonawca jest zobligowany wypełnić wszystkie pozycje zamieszczone w powyższej tabeli wpisując w kolumnie „parametr oferowany” słowo „Tak” w przypadku spełnienia określonych w wierszu wymagań funkcjonalnych lub słowo „Nie” w przypadku niespełnienia wymagań lub podając/opisując/określając oferowane parametry tam gdzie jest to wskazane.**

Oświadczamy, że oferowane, powyżej i wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne, fabrycznie nowe i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia pracy bez żadnych dodatkowych zakupów poza materiałami eksploatacyjnymi - jeżeli dotyczy)

Nie spełnienie jakiegokolwiek z powyższych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Załącznik nr 3 SWZ

**Część nr 8 – Stoły rehabilitacyjne i kozetki zabiegowe**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jedn. miary | Ilość jedn. miary | Cena netto za jedn. miary | Wartość netto w zł. | Wartość brutto w zł. |
| 1. | Stół rehabilitacyjny pięciosekcyjny z elektryczną regulacją wysokości | Szt. | 1 |  |  |  |
| 2. | Stół do zabiegów z elektryczną regulacją wysokości | Szt. | 2 |  |  |  |
| 3. | Stół do badań lekarskich z elektryczną regulacją wysokości | Szt. | 1 |  |  |  |
| 4. | Stół do pionizacji pacjentów z elektryczną regulacją | Szt. | 1 |  |  |  |
| 5. | Kozetka do badań | Szt. | 3 |  |  |  |
| 6. | Kozetka drewniana | Szt. | 1 |  |  |  |
| Wartość danej części zamówienia | | | | |  |  |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – stół rehabilitacyjny pięciosekcyjny z elektryczną regulacją wysokości**

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

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **(potwierdzić/opisać/podać)** |
| 1. | 5-sekcyjny stół do terapii manualnej | TAK |  |
| 2. | Regulowany zagłówek za pomocą sprężyny gazowej w zakresie co najmniej -60º do +40º | Tak | podać |
| 3. | Podgłówek z wycięciem na twarz plus zatyczka | TAK |  |
| 4. | Boczki podgłówka opuszczane | TAK |  |
| 5. | Regulowana wysokość leżyska, za pomocą siłownika elektrycznego, sterowana ramą umieszczoną w podstawie stołu, umożliwiającą regulacje wysokości z każdego miejsca stołu | TAK |  |
| 6. | Stół wyposażony w klucz magnetyczny zabezpieczający przez niepożądaną zmianą wysokości | TAK |  |
| 7. | Podstawa stołu z dwoma kółkami i dwiema stopkami | TAK |  |
| 8. | Wymiary (dł x szer.) min. 2050mm x min. 690 mm | Tak | podać |
| 9. | Leżysko w kształcie trapezu | TAK |  |
| 10. | Elektrycznie sterowany Pivot | TAK |  |
| 11. | Wysokość regulowana elektrycznie w zakresie co najmniej 52cm -95 cm | Tak | podać |
| 12. | Waga stołu max. 120 kg | Tak | podać |
| 13. | Możliwość zamontowania bananka pachwinowego i bananków barkowych | TAK |  |
| 14. | Uchwyt do mocowania pasów stabilizacyjnych | TAK |  |
| 15. | Kąt pochylenia podnóżka min. +85 º /- 30 º | Tak | podać |
| 16. | Tapicerka wykonana z materiału zmywalnego odpornego na środki dezynfekcyjne dostępna w kilku wersjach kolorystycznych do wyboru przez zamawiającego | TAK |  |
| 17. | Dopuszczalne obciążenie min. 300 kg | Tak | podać |
| 18. | Grubość leżyska min. 40 mm | Tak | podać |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – stół do zabiegów z elektryczną regulacją wysokości**

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

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **(potwierdzić/opisać/podać** |
|  | Regulowana wysokość leżyska, za pomocą siłownika elektrycznego, sterowana ramą umieszczoną w podstawie stołu, umożliwiającą regulacje wysokości z każdego miejsca stołu | TAK |  |
|  | Regulowany zagłówek za pomocą sprężyny gazowej w zakresie co najmniej: -60º do +40º | TAK | podać |
|  | Stół 2-sekcyjny do zabiegów | TAK |  |
|  | Podgłówek z wycięciem na twarz plus zatyczka | TAK |  |
|  | Stół wyposażony w klucz magnetyczny zabezpieczający przed niepożądaną zmianą wysokości | TAK |  |
|  | Podstawa stołu z dwoma kółkami i dwiema stopkami | TAK |  |
|  | Wymiary (dł x szer.) min. 2020mm x min. 640 mm | TAK | podać |
|  | Wysokość regulowana elektrycznie w zakresie co najmniej: 50cm -100 cm | TAK | podać |
|  | Waga stołu max. 90 kg | TAK | podać |
|  | Uchwyt do mocowania pasów stabilizacyjnych | TAK |  |
|  | Stabilna rama malowana proszkowo | TAK |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie min. 200 kg | TAK | podać |
|  | Tapicerka zmywalna wykonana z atestowanych materiałów odpornych na środki dezynfekcyjne dostępna w kilku wersjach kolorystycznych do wyboru przez zamawiającego | TAK |  |
|  | Możliwość zamontowania bananka pachwinowego i bananków barkowych | TAK |  |
|  | Grubość leżyska min. 40 mm | TAK | podać |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – stół do badań lekarskich z elektryczną regulacją wysokości**

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

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **(potwierdzić/opisać/podać)** |
| 1. 2. | 2-sekcyjny stół do badań | TAK |  |
| 1. 3. | Regulowany zagłówek za pomocą 2 sprężyn gazowych w zakresie co najmniej -20° do +80° | Tak | podać |
| 1. 4. | Podgłówek z wycięciem na twarz plus zatyczka | TAK |  |
|  | Regulowana wysokość leżyska, za pomocą siłownika elektrycznego, sterowana ramą umieszczoną w podstawie stołu, umożliwiającą regulacje wysokości z każdego miejsca stołu | TAK |  |
|  | Stół wyposażony w klucz magnetyczny zabezpieczający przez niepożądaną zmianą wysokości | TAK |  |
|  | Podstawa stołu z dwoma kółkami i dwiema stopkami | TAK |  |
|  | Wymiary (dł x szer.) min. 2090mm x min. 640 mm | Tak | podać |
|  | Wysokość regulowana elektrycznie w zakresie co najmniej 50cm - 100 cm | Tak | podać |
|  | Waga stołu max. 120 kg | Tak | podać |
|  | Możliwość zamontowania bananka pachwinowego i bananków barkowych | TAK |  |
|  | Uchwyt do mocowania pasów stabilizacyjnych | TAK |  |
|  | Stabilna rama malowana proszkowo | Tak |  |
|  | Tapicerka wykonana z atestowanych materiałów zmywalnych odpornych na środki dezynfekcyjne dostępna w kilku wersjach kolorystycznych do wyboru przez zamawiającego | TAK |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie min. 200 kg | Tak | podać |
|  | Grubość leżyska min. 40 mm | Tak | podać |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – stół do pionizacji pacjentów z elektryczną regulacją**

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

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **(potwierdzić/opisać/podać)** |
| 1. | Stół do Pionizacji Pacjenta i Testów Pochyleniowych | TAK |  |
| 2. | 2-sekcyjny stół do pionizacji z 2 niezależnie regulowanymi podnóżkami | TAK |  |
| 3. | elektryczna regulacja kąta nachylenia i wysokości stołu za pomocą pilota ręcznego wyposażonego klucz do autoryzacji dostępu | TAK |  |
| 4. | Minimum dwa wytrzymałe siłowniki elektryczne | TAK |  |
| 5. | Funkcjonalne szyny do zamocowania pasów i akcesoriów | TAK |  |
| 6. | Zestaw pasów umożliwiających komfortowe zabezpieczenie pacjenta podczas pionizacji | TAK |  |
| 7. | Tapicerka wykonana z atestowanych materiałów zmywalnych odpornych na środki dezynfekcyjne dostępna w kilku wersjach kolorystycznych do wyboru przez zamawiającego | TAK |  |
| 8. | Solidna i stabilna stalowa rama, malowana proszkowo | TAK |  |
| 9. | System jezdny składający się z czterech kół kierunkowych z indywidualnym lub centralnym systemem blokowania | TAK |  |
| 10. | Wymiary (dł. x szer.) min. 1900mm x min.690 mm | TAK | podać |
| 11. | Regulacja kąta pionizacji w zakresie: 0-87 (+/- 3°) | TAK | podać |
| 12. | Regulacja wysokości w zakresie co najmniej: 55cm -100 cm | Tak | podać |
| 13. | Dopuszczalny udźwig: min. 200 kg (min. 150 kg dla funkcji pionizacji) | Tak | podać |
| 14. | Waga stołu: max. 130 kg | Tak | podać |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – kozetka do badań**

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

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **(potwierdzić/opisać/podać** |
|  | Kozetka do badań lekarskich oraz wykonywania drobnych zabiegów medycznych | TAK |  |
|  | Wykonana z kształtowników stalowych, pokrytych lakierem proszkowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne | Tak |  |
|  | Leżysko 2 częściowe, tapicerowane materiałem zmywalnym, odpornym na środki dezynfekujące dostępna w kilku wersjach kolorystycznych do wyboru przez zamawiającego | TAK |  |
|  | Wymiary: długość min. 190 cm, szerokość min. 60 cm, wysokość w zakresie 55- 65cm | TAK | podać |
|  | Dopuszczalne obciążenie min. 150 kg | TAK | podać |
|  | Leżanka wyposażona w uchwyt na prześcieradło j. uż. | TAK |  |
|  | Regulacja zagłówka w zakresie co najmniej 0/+40o | Tak | podać |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – kozetka drewniana**

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

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **(potwierdzić/opisać/podać** |
|  | Kozetka drewniana o stabilnej i mocnej konstrukcji, wykonana z wysokiej jakości drewna | TAK |  |
|  | Leżysko 2 częściowe, tapicerowane materiałem zmywalnym, odpornym na środki dezynfekujące, dostępna w kilku wersjach kolorystycznych do wyboru przez zamawiającego | TAK |  |
|  | Wymiary: długość min. 195 cm, szerokość min. 65 cm, wysokość w zakresie 65cm -70 cm | TAK | podać |
|  | Dopuszczalne obciążenie min. 150 kg | TAK | podać |
|  | Leżanka wyposażona w uchwyt na prześcieradło j. uż. | TAK |  |
|  | Zakres regulacji zagłówka co najmniej 0/+25o | Tak | podać |

**Wykonawca jest zobligowany wypełnić wszystkie pozycje zamieszczone w powyższej tabeli wpisując w kolumnie „parametr oferowany” słowo „Tak” w przypadku spełnienia określonych w wierszu wymagań funkcjonalnych lub słowo „Nie” w przypadku niespełnienia wymagań lub podając/opisując/określając oferowane parametry tam gdzie jest to wskazane.**

Oświadczamy, że oferowane, powyżej i wyspecyfikowane urządzenia są kompletne, fabrycznie nowe i będą po zainstalowaniu gotowe do podjęcia pracy bez żadnych dodatkowych zakupów poza materiałami eksploatacyjnymi - jeżeli dotyczy)

Nie spełnienie jakiegokolwiek z powyższych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Załącznik nr 3 SWZ

**Część nr 9 – urządzenia rehabilitacyjne**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jedn. miary | Ilość jedn. miary | Cena netto za jedn. miary | Wartość netto w zł. | Wartość brutto w zł. |
| 1. | Balkonik | Szt. | 2 |  |  |  |
| 2. | Drabinka gimnastyczna | Szt. | 4 |  |  |  |
| 3. | Lampa rehabilitacyjna | Szt. | 1 |  |  |  |
| 4. | Lustro korekcyjne pojedyncze | Szt. | 1 |  |  |  |
| 5. | Materac do ćwiczeń rehabilitacyjny | Szt. | 2 |  |  |  |
| 6. | Parawan ruchomy | Szt. | 1 |  |  |  |
| 7. | Podest dwustopniowy | Szt. | 1 |  |  |  |
| 8. | Przyrząd do ćwiczeń stawu skokowego | Szt. | 1 |  |  |  |
| 9. | Rotor do kończyn dolnych | Szt. | 1 |  |  |  |
| 10. | Rotor do kończyn górnych | Szt. | 1 |  |  |  |
| 11. | Schody rehabilitacyjne | Szt. | 1 |  |  |  |
| 12. | Tablica do ćwiczeń manualnych bez oporu | Szt. | 1 |  |  |  |
| 13. | Tablica do ćwiczeń manualnych z oporem | Szt. | 1 |  |  |  |
| 14. | Tor do nauki chodzenia bez przeszkód | Szt. | 1 |  |  |  |
| 15. | Waga lekarska ze wzrostomierzem | Szt. | 2 |  |  |  |
| Wartość danej części zamówienia | | | | |  |  |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – balkonik**

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

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **(potwierdzić/opisać/podać** |
|  | Trzyfunkcyjna wersja balkonika posiadająca opcję kroczenia, balkonika stałego oraz balkonika stałego z dwoma lekkimi kółkami | TAK |  |
|  | Konstrukcja wykonana z aluminium | TAK |  |
|  | Waga max. 3 kg | TAK | podać |
|  | Szerokość w najszerszym punkcie: max. 65 cm | TAK | podać |
|  | Szerokość między uchwytami: max. 45 cm | TAK | podać |
|  | Długość: max. 55 cm | TAK | podać |
|  | Zakres regulacji wysokości w zakresie co najmniej 85cm – 100 cm | TAK | podać |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – drabinka gimnastyczna**

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

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **(potwierdzić/opisać/podać** |
|  | Drabinka rehabilitacyjna | TAK |  |
|  | Wysokość min. 225 cm | TAK | podać |
|  | Szerokość min. 75 cm | TAK | podać |
|  | Szerokość między profilami mocującymi szczeble: min. 67 cm | TAK | podać |
|  | Wysokość pierwszego szczebla od podłoża: min. 27 cm | TAK | podać |
|  | Odległość między szczeblami: max. 25 cm | TAK | podać |
|  | Dopuszczalne obciążenie: min. 150 kg | TAK | podać |
|  | Waga drabinki: max. 30 kg | TAK | podać |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – lampa rehabilitacyjna**

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

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **(potwierdzić/opisać/podać)** |
|  | Lampa do naświetleń typu Sollux na statywie regulowanym za pomocą sprężyny gazowej. | TAK |  |
|  | 1 promiennik podczerwieni o mocy min 375W. | TAK | podać |
|  | Programy i sekwencje zabiegowe – min. 10 programów użytkownika. Każdy program to sekwencja od 1 do min. 6 etapów o zadanym czasie trwania i poziomie mocy | TAK | podać |
|  | Regulacja mocy promiennika w zakresie 10% - 100%. | TAK | podać |
|  | Regulacja długości trwania zabiegu max. do 30 minut. | TAK | podać |
|  | Pobór mocy: max. 400W. | TAK | podać |
|  | Masa: max. 30 kg | TAK | podać |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – lustro korekcyjne pojedyncze**

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

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **(potwierdzić/opisać/podać** |
|  | Lustro z siatką posturograficzną | TAK |  |
|  | Wysokość całkowita: max 200 cm | TAK | podać |
|  | Szerokość całkowita: max. 80 cm | TAK | podać |
|  | Lustro na stabilnej konstrukcji umożliwiającej łatwe przemieszczanie z 4 kółkami w tym min. 2 z hamulcem | TAK |  |
|  | Wysokość tafli lustra: min. 180 cm | TAK | podać |
|  | Szerokość tafli lustra: min.70 cm | TAK | podać |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – materac do ćwiczeń rehabilitacyjny**

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

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **(potwierdzić/opisać/podać)** |
|  | Materac rehabilitacyjny, jednoczęściowy | TAK |  |
|  | Materac z pianki poliuretanowej | TAK |  |
|  | Materiał wierzchni z materiału zmywalnego odpornego na środki do dezynfekcji | TAK |  |
|  | Wymiary (dł. x szer. x wys.): min. 200cm x min.100cm x min.10 cm | TAK | podać |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – parawan ruchomy**

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

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **(potwierdzić/opisać/podać** |
|  | Parawan jednoskrzydłowy mobilny | TAK |  |
|  | Wymiary (szerokość x wysokość x szerokość podstawy), min.: 1200mm x 1700mm x 450mm. | TAK | podać |
|  | Wypełnienie z płyty z tworzywa odpornego na środki dezynfekcyjne w kolorze białym | TAK |  |
|  | Stelaż z profilu aluminiowego, lakierowanego na kolor biały lub chromowany | TAK |  |
|  | Kółka o średnicy min. 50mm, w tym dwa z blokadą | TAK | podać |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – podest dwustopniowy**

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

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **(potwierdzić/opisać/podać** |
|  | Stopień rehabilitacyjny podwójny | TAK |  |
|  | Wysokość max. 32 cm | TAK | podać |
|  | Szerokość min. 40 cm, max. 47 cm | TAK | podać |
|  | Waga max. 9 kg | TAK | podać |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – Przyrząd do ćwiczeń stawu skokowego**

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

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **(potwierdzić/opisać/podać** |
|  | Umożliwia wykonywanie ćwiczeń stawu skokowego wokół osi poziomych wzdłuż i prostopadle do stopy z możliwością niezależnej blokady ruchu w każdej z w/w osi | TAK |  |
|  | Możliwość ćwiczeń stawu skokowego: wolnych i z obciążeniem | Tak |  |
|  | Waga: max. 12 kg | TAK | podać |
|  | Cztery obciążniki o wadze w zakresie 0,5 - 1 kg | TAK | podać |
|  | Szerokość: max. 62 cm | TAK | podać |
|  | Długość: max. 62 cm | Tak |  |
|  | Wysokość: max. 40 cm | TAK | podać |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – rotor do kończyn dolnych**

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

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **(potwierdzić/opisać/podać)** |
|  | Rotor do ćwiczeń kończyn dolnych wolnostojący | TAK |  |
|  | Poprzeczki dolne rotora wyposażone w nasadki gumowe zapobiegające przesuwaniu się przyrządu podczas ćwiczeń | TAK |  |
|  | Pokrętło dociskowe do płynnej regulacji dawkowania oporu | TAK |  |
|  | Wysokość: max. 35 cm | TAK | podać |
|  | Szerokość: max. 70 cm | Tak | podać |
|  | Waga: max. 10 kg | Tak | podać |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – rotor do kończyn górnych**

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

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **(potwierdzić/opisać/podać)** |
|  | Rotor do ćwiczeń czynnych i samowspomaganych w obrębie stawu barkowego | TAK |  |
|  | Płynna regulacja wysokości osi obrotu korby, długości korby oraz oporu | TAK | opisać |
|  | Długość: max. 80 cm | TAK | podać |
|  | Szerokość: max. 45 cm | Tak | podać |
|  | Waga: max. 5 kg | Tak | podać |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – Schody rehabilitacyjne**

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

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **(potwierdzić/opisać/podać** |
|  | Schody do nauki chodu z pochylnią | TAK |  |
|  | Podest, stopnie i pochylnia pokryte okładziną antypoślizgową | TAK |  |
|  | Wyposażone w metalowe poręcze, drewniany bieg schodów, podest i pochylnię | TAK |  |
|  | Długość: min. 3500 mm | TAK | podać |
|  | Szerokość: min. 800 mm | TAK | podać |
|  | Wysokość pochwytów w zakresie co najmniej: 650mm - 1050 mm | TAK | podać |
|  | Rozstaw pochwytów w zakresie co najmniej: 350mm - 750 mm | TAK | podać |
|  | Wejście: max. 4 stopniowe o wys. max. 130 mm | TAK | podać |
|  | Zejście: pochylnia o długości w zakresie 2000mm- 2100 mm | TAK | podać |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – tablica do ćwiczeń manualnych bez oporu**

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

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **(potwierdzić/opisać/podać** |
|  | Tablica do ćwiczeń manipulacyjnych ręki bez oporu wyposażona w przyrządy do ćwiczeń dłoni oraz nadgarstka. | TAK |  |
|  | Wykonana ze sklejki/drewna, drobne przyrządy z litego drewna lub metalu | TAK |  |
|  | Całość zamontowana na stalowej podstawie lakierowanej proszkowo | TAK |  |
|  | Wysokość tablicy regulowana w zakresie co najmniej: 55 cm - 80 cm | TAK | podać |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – tablica do ćwiczeń manualnych z oporem**

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

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **(potwierdzić/opisać/podać** |
|  | Tablica do ćwiczeń manipulacyjnych ręki z oporem wyposażona w przyrządy do ćwiczeń dłoni oraz nadgarstka. | TAK |  |
|  | Wykonana ze sklejki/drewna, drobne przyrządy z litego drewna lub metalu | TAK |  |
|  | Całość zamontowana na stalowej podstawie lakierowanej proszkowo | TAK |  |
|  | Wyposażona w min. cztery obciążniki o wadze 0,20kg - 0,25kg oraz esy i linki do w/w obciążników | TAK | podać |
|  | Wysokość tablicy regulowana w zakresie co najmniej: 55 cm - 80 cm | TAK | podać |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – Tor do nauki chodzenia bez przeszkód**

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

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **(potwierdzić/opisać/podać** |
|  | Tor do nauki chodzenia wyposażony w wykładzinę antypoślizgową | TAK |  |
|  | Bieżnia wykonana z drewna lub sklejki | TAK |  |
|  | Poręcze (po obu stronach) stalowe, malowane proszkowo | TAK |  |
|  | Długość toru min. 300 cm | TAK | podać |
|  | Szerokość toru min. 600mm | TAK | podać |
|  | Wysokość poręczy regulowana w zakresie co najmniej: 65 cm - 115 cm | TAK | podać |
|  | Dopuszczalne obciążenie min. 150 kg | TAK | podać |

**Wymagane cechy, parametry, funkcje – waga lekarska ze wzrostomierzem**

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

Producent: ……………………………………………………………………………………..

Kraj producenta: ……………………………………………………………………………….

Rok produkcji 2021 lub 2022 (podać) ……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Wymagane cechy, parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  **(potwierdzić/opisać/podać** |
|  | Elektroniczna waga kolumnowa ze wzrostomierzem | TAK |  |
|  | Funkcja obliczania wskaźnika BMI | TAK |  |
|  | Funkcja zatrzymania wyniku ważenia pacjenta na wyświetlaczu nawet wtedy, gdy zejdzie on z wagi | TAK |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie: min. 200 kg | TAK | podać |
|  | Podziałka: co najmniej 100 g < 150 kg > 200 g | TAK | podać |
|  | Wzrostomierz o zakresie pomiaru (co najmniej 60 cm – 200 cm) i podziałce max 0,5cm | TAK | podać |
|  | Wymiary platformy wagowej co najmniej (szer. 250mm x gł. 280mm | TAK | podać |
|  | Wysokość platformy max 75mm | TAK | podać |

**Wykonawca jest zobligowany wypełnić wszystkie pozycje zamieszczone w powyższej tabeli wpisując w kolumnie „parametr oferowany” słowo „Tak” w przypadku spełnienia określonych w wierszu wymagań funkcjonalnych lub słowo „Nie” w przypadku niespełnienia wymagań lub podając/opisując/określając oferowane parametry tam gdzie jest to wskazane.**

Oświadczamy, że oferowane, powyżej i wyspecyfikowane urządzenia są kompletne, fabrycznie nowe i będą po zainstalowaniu gotowe do podjęcia pracy bez żadnych dodatkowych zakupów poza materiałami eksploatacyjnymi - jeżeli dotyczy)

Nie spełnienie jakiegokolwiek z powyższych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.