**Zadanie 1: Kabina do ćwiczeń w podwieszeniu**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 2 sztuki

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Kabina do ćwiczeń w podwieszeniu UGUL przeznaczona jest do ćwiczeń i zawieszeń w kinezyterapii indywidualnej z kilkoma pacjentami równocześnie | Tak |  |
|  | Możliwość zawieszenia całkowite, ćwiczenia czynne w odciążeniu oraz czynne z oporem i z zastosowaniem systemu bloczkowo-ciężarkowego | Tak |  |
|  | Wysokość: min. 1990 mm | Tak |  |
|  | Szerokość: min. 2000 mm | Tak |  |
|  | Długość: min. 1990 mm | Tak |  |
|  | Rozstaw podpór: 1800 - 2150 mm | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/Nie  Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie UGUL treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 2: Wyposażenie do kabiny do ćwiczeń w podwieszeniu**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 2 zestawy

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Zestaw akcesoriów do podwieszeń: | Tak |  |
|  | Linka długość min. 1550 mm – 14 szt. | Tak |  |
|  | Linka długość min. 950 mm – 6 szt. | Tak |  |
|  | Linka długość min. 2400 mm – 1 szt. | Tak |  |
|  | Linka długość min. 5700 mm – 1 szt. | Tak |  |
|  | Linka długość min. 3700 mm – 3 szt. | Tak |  |
|  | Linka długość min. 4950 mm – 1 szt. | Tak |  |
|  | Podwieszka przedramion i podudzi min. 100x400 mm – 6 szt. | Tak |  |
|  | Podwieszka ud i ramion min. 140x500 mm – 6 szt. | Tak |  |
|  | Podwieszka pod miednicę min. 200x740 mm – 2szt. | Tak |  |
|  | Podwieszka klatki piersiowej min. 220x670/335x95 mm – 1 szr. | Tak |  |
|  | Podwieszka pod głowę min. 145x530 mm – 1 szt. | Tak |  |
|  | Podwieszka stóp min. 70x600 mm – 4 szt. | Tak |  |
|  | Podwieszka dwustawowa pelota min. 155x80, pas min. 40x1300 mm – 4 szt. | Tak |  |
|  | Pas do wyciągu za miednicę uniwersalny min. 1100x170 mm – 1 szt. | Tak |  |
|  | Pas do stabilizacji odcinka lędźwiowego lub klatki piersiowej pelota min. 200x440 mm – 1 szt. | Tak |  |
|  | Pas do stabilizacji klatki piersiowej pelota min.  110x3000 mm, 3 paski min. 40x1050 mm – 1 szt. | Tak |  |
|  | Pas do stabilizacji podudzia pelota – 2 szt. | Tak |  |
|  | Pas do stabilizacji ramienia i przedramienia  Pelota – 2 szt. | Tak |  |
|  | Pas do stabilizacji ud pelota – 1 szt. | Tak |  |
|  | Kamaszek – 2 szt. | Tak |  |
|  | Pętla Gilsona z orczykiem – 1 szt. | Tak |  |
|  | Ciężarek miękki 0,5kg – 2 szt. | Tak |  |
|  | Ciężarek miękki 1kg – 2 szt. | Tak |  |
|  | Ciężarek miękki 1,5kg – 2 szt. | Tak |  |
|  | Ciężarek miękki 2kg – 2 szt. | Tak |  |
|  | Ciężarek miękki 2,5kg – 2 szt. | Tak |  |
|  | Ciężarek miękki 3kg – 1 szt. | Tak |  |
|  | Ciężarek miękki 4kg – 1 szt. | Tak |  |
|  | Esik – 60 szt. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/Nie  Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 3: Stolik pod aparaturę medyczną**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 2 sztuki

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Stolik przeznaczony pod aparaty do fizykoterapii oraz aparaty EKG | Tak |  |
|  | Stal lakierowana proszkowo | Tak |  |
|  | 2 półki ze stali malowanej proszkowo | Tak |  |
|  | 4 kółka transportowe | Tak |  |
|  | Głębokość: max. 435 mm | Tak |  |
|  | Szerokość: max. 550 mm | Tak |  |
|  | Wysokość: max. 890 mm | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie UGUL treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 4: Bieżnia elektryczna z regulowanym kątem pracy**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 sztuka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Maksymalna waga użytkownika: 180 kg | Tak |  |
|  | Silnik AC | Tak |  |
|  | Moc silnika: min. 4 KM | Tak |  |
|  | Prędkość: Min. 1-21km/h | Tak |  |
|  | Kąt nachylenia: Min. 0-15% | Tak |  |
|  | Wymiary pasa biegowego: Min. 150 cm x 55 cm x 2 mm | Tak |  |
|  | Amortyzacja: Min. 8 elastomerów | Tak |  |
|  | Wyświetlacz LED | Tak |  |
|  | Minimum 36 programów treningowych, min. 3 programy użytkownika, HRC, BMI | Tak |  |
|  | Pomiar pulsu z wykorzystaniem czujników na uchwytach oraz telemetrycznie za pomocą opaski na klatkę piersiową (komplet czujników na wyposażeniu) | Tak |  |
|  | Przycisk szybkiego wyboru prędkości | Tak |  |
|  | Przycisk kąta nachylenia | Tak |  |
|  | Kółka transportowe | Tak |  |
|  | Przeprowadzenie szkolenia | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:   * trwania gwarancji, * po gwarancji. | Tak |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe i konserwacja niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/Nie  Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 5: Stół do ćwiczeń manualnych ręki**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 sztuka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Stolik do ćwiczeń manualnych dłoni z oporem | Tak |  |
|  | Tablica stolika umocowana jest na obrotowym blacie | Tak |  |
|  | Blat o wymiarach:  długość 72 cm (+/- 2cm)  szerokość 52 cm (+/- 2cm) | Tak |  |
|  | Wysokość tablicy regulowana od 55cm do 88 cm | Tak |  |
|  | Stolik wyposażony w przyrządy do ćwiczeń dłoni oraz nadgarstka | Tak |  |
|  | Na każdym z przyrządów umocowane obciążniki o wadze 22 dkg | Tak |  |
|  | Wyposażenie znajdujące się na blacie obejmuje (min):   * wałek drewniany * klapka dłoni służąca do ćwiczeń oporowych * uchwyt * spirala pionowa * koło drewniane * korytko drewniane służące do stabilizacji przedramienia przy ćwiczeniach z kołem | Tak |  |
|  | Wyrób medyczny posiadający aktualny dokument dopuszczający do obrotu zgodny z wymogami ustawy z dnia 20 maja 2010r o wyrobach medycznych (Dz.U. nr 107, poz. 679 z późn. zm.) | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 6: Lampa do terapii światłem spolaryzowanym**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 sztuka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Średnica filtra: Min. 15 cm | Tak |  |
|  | Pobór mocy: Min. 1.4-1.0A | Tak |  |
|  | Bezpiecznik T2A/250V | Tak |  |
|  | Moc żarówki halogenowej: Min. 85W | Tak |  |
|  | Stopień polaryzacji >95% (590 - 1550 nm) | Tak |  |
|  | Jednostkowa gęstość mocy: Min. 40 mW/cm2 | Tak |  |
|  | Energia światła na minutę: Min. 2.4 J/cm2 | Tak |  |
|  | Możliwość ustawienia czasy terapii, z podziałem na jednominutowe stopnie | Tak |  |
|  | Sterowanie przez zintegrowany przełącznik elektroniczny | Tak |  |
|  | W zestawie statyw podłogowy | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:   * trwania gwarancji, * po gwarancji. | Tak, podać |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/Nie  Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 7: Rotor kończyn dolnych**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 2 sztuki

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Rotor kończyn dolnych: | Tak |  |
|  | Możliwość regulacji wysokości | Tak |  |
|  | Rotor mocowany jest do kraty kabiny do ćwiczeń | Tak |  |
|  | Długość: max 83-100 cm | Tak |  |
|  | Wysokość: max 45 cm | Tak |  |
|  | Szerokość: max 30 cm | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 8: Rotor kończyn górnych**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 2 sztuki

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Regulacja wysokości w rotorze następuje za pomocą zamontowanej niklowanej belki | Tak |  |
|  | Rotor mocowany jest do kraty kabiny do ćwiczeń | Tak |  |
|  | Długość: max 40 cm | Tak |  |
|  | Wysokość: max 72 cm | Tak |  |
|  | Szerokość: max 42 cm | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 9: Stół do masażu, fizjoterapii i rehabilitacji**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 9 sztuk

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Stół rehabilitacyjny z leżyskiem podzielonym na 3 sekcje | Tak |  |
|  | Leżysko z pozycją pivota | Tak |  |
|  | Pozycja pivota sterowana elektronicznie 2 przełącznikami po obu stronach stołu | Tak |  |
|  | Wzmocniona konstrukcja stołu do masażu wyposażona w stabilizację nóżek ogranicza do minimum ruch pionowy spowodowany naciskiem | Tak |  |
|  | Regulacja zagłówka przy pomocy sprężyny gazowej: min. od -70° do +39° | Tak |  |
|  | Zagłówek z wyprofilowanym otworem na twarz wraz z zaślepką | Tak |  |
|  | Regulacja sekcji nożnej przy pomocy sprężyny gazowej | Tak |  |
|  | Rączka zwalniająca system sprężyn gazowych sekcji nożnej dostępna z obu stron: min. od 0° do +84° | Tak |  |
|  | Umiejscowienie sprężyny gazowej zagłówka poza światłem otworu na twarz zwiększające komfort pacjenta | Tak |  |
|  | 2-warstwowa tapicerka wykonana z atestowanych materiałów | Tak |  |
|  | Łącznik z tapicerki maskujący przerwy między sekcjami | Tak |  |
|  | Śruby mocujące leżysko wkręcane w metalowe wzmocnienia znajdujące się w desce tapicerki | Tak |  |
|  | Malowana proszkowo, bardzo stabilna stalowa rama | Tak |  |
|  | Relingi do zamocowania pasów oraz otwory na 3 bananki | Tak |  |
|  | System elektrycznej regulacji wysokości za pomocą ramki wokół podstawy stołu | Tak |  |
|  | Zintegrowany z podstawą stołu system zabezpieczający przed niepożądaną zmianą ustawień stołu wyposażony w 2 stożkowe, magnetyczne klucze dostępu | Tak |  |
|  | Zintegrowany sterownik elektroniczny z możliwością obsługi do 2 siłowników, umiejscowiony w podstawie stołu | Tak |  |
|  | Rama wokół podstawy stołu dostępna z 4 stron | Tak |  |
|  | Antypoślizgowe, gumowe stopki z regulacją wysokości do 1 cm umożliwiające | Tak |  |
|  | System jezdny składający się z 4 unoszonych kółek i 4 antypoślizgowych stopek | Tak |  |
|  | Kąt pochylenia sekcji środkowej: min. od 0 do +30° | Tak |  |
|  | Wysokość: min. 50 do 99 cm | Tak |  |
|  | Wymiary: max. 205 cm x 70 cm x 51-99 cm | Tak |  |
|  | Maksymalne obciążenie dynamiczne: Min. 220 kg | Tak |  |
|  | Maksymalne obciążenie statyczne: Min. 295 kg | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:   * trwania gwarancji, * po gwarancji. | Tak, podać |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/Nie  Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 10: Atlas do ćwiczeń**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 sztuka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Atlas do ćwiczeń: | Tak |  |
|  | Masywna konstrukcja z min. 7 punktami podparcia | Tak |  |
|  | Magnetyczny selektor stosu | Tak |  |
|  | Stanowiska: suwnica na nogi, wyciąg górny i dolny, stojak do podciągania, modlitewnik do bicepsów, przyrząd do ćwiczeń mięśni czworogłowych ud, możliwość trenowania tricepsów i butterfly | Tak |  |
|  | Możliwość pracy 4 osób jednocześnie | Tak |  |
|  | Wymiary: Min. 310x240x229 cm | Tak |  |
|  | Waga: Max. 350 kg | Tak |  |
|  | Stos: Min. 70/100 kg | Tak |  |
|  | Maksymalna waga użytkownika: min 130 kg | Tak |  |
|  | Dostawa, montaż, instalacja, konfiguracja i uruchomienie dostarczonego urządzenia. | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/Nie  Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 11: Aparat do elektroterapii**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 sztuka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Aparat do dwukanałowej elektroterapii | Tak |  |
|  | Generowane prądy:   * diadynamiczne (MF, DF, CP, LP, RS, MM, CPiso, LPiso) * interferencyjne (statyczny / klasyczny; statyczny przerywany; statyczny wstępnie modulowany / premodulowany; dynamiczny) * impulsowe średniej częstotliwości (stymulacja porażeń - trójkąt, prostokąt, trapez, sinus - unipolarne i bipolarne) * tonoliza * TENS (klasyczny, Burst, HV) - z funkcją modulacji drażniącej * Kotz (standardowy i regulowany) * Traebert (Ultra Reiz; UR 2-5) (standardowy i regulowany) * faradyczny i neofaradyczny * galwaniczny (w tym jonoforeza) | Tak |  |
|  | Gotowe parametry zabiegów dla typowych schorzeń: min. 100 pozycji | Tak |  |
|  | indywidualna regulacja parametrów dla każdego pacjenta | Tak |  |
|  | ustawianie sekwencji prądów diadynamicznych | Tak |  |
|  | pamięć własnych ustawień parametrów zabiegu wybranych przez obsługę: min. 50 pozycji | Tak |  |
|  | niezależna regulacja natężenia prądu w każdym kanale | Tak |  |
|  | automatyczne wyliczanie podstawowych parametrów diagnostycznych | Tak |  |
|  | funkcja elektrogimnastyki z szeroką możliwością regulacji | Tak |  |
|  | wykrywanie przerwy w obwodzie zabiegowym | Tak |  |
|  | Częstotliwość interferencyjna: Max. 1-205 Hz | Tak |  |
|  | Natężenie prądu interferencyjnego RMS: Max. 0-60mA | Tak |  |
|  | Natężenie prądu galwanicznego: Max. 0-50 mA | Tak |  |
|  | Natężenie prądu diadynamicznego:   * prąd średni dla DF: Max. 0-30 mA * prąd średni dla MF: Max. 0-15 mA | Tak |  |
|  | Częstotliwość TENS, HV: Max. 1-200 Hz | Tak |  |
|  | Czas impulsu TENS, HV: Max. 50-250 µs | Tak |  |
|  | Amplituda prądu TENS, HV, KOTZ, UR, faradycznego i neofaradycznego: Max. 0-100 mA | Tak |  |
|  | Szerokość impulsu modulowanego: Max. 5-1000 ms | Tak |  |
|  | Czas przerwy: Max. 100-4000 ms | Tak |  |
|  | Czas opóźnienia: Max. 5-155 ms | Tak |  |
|  | Amplituda prądów impulsowych (stymulacji porażeń) i tonolizy: Max. 0-100 mA | Tak |  |
|  | Wymiary: Min. 330 x 270 x 120 mm | Tak |  |
|  | Masa: Max. 3 kg | Tak |  |
|  | Przeprowadzenie szkolenia z obsługi aparatu. | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:   * trwania gwarancji, * po gwarancji. | Tak, podać |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/Nie  Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 12: Aparat do magnetoterapii**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 zestaw

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Aparat do magnetoterapii z dwoma niezależnymi kanałami zabiegowymi | Tak |  |
|  | Gotowe programy zabiegowe dla typowych schorzeń | Tak |  |
|  | Programy własne – możliwość zapisywanie własnych programów zabiegowych przez terapeutę | Tak |  |
|  | Indywidualna regulacja wszystkich parametrów zabiegowych | Tak |  |
|  | Ekran graficzny z panelem dotykowym: Min. 4” | Tak |  |
|  | Obsługa przyciskami oraz ekranem dotykowym | Tak |  |
|  | Programy z automatyczną zmianą modulacji | Tak |  |
|  | Automatyczne wykrywanie aplikatora | Tak |  |
|  | Częstotliwość zmian pola magnetycznego: max. 1-100 Hz | Tak |  |
|  | Zmiana indukcji pola magnetycznego: max. 0-20 mT | Tak |  |
|  | Czas impuls / przerwa: max. 0,5 – 8 s | Tak |  |
|  | Wymiary sterownika: min. 140 mm x 280 mm x 330 mm | Tak |  |
|  | Kształty zmian pola magnetycznego sinusoida, prostokąt, trójkąt - unipolarne, bipolarne | Tak |  |
|  | Aplikator pola magnetycznego max. 600 mm | Tak |  |
|  | Aplikator pola magnetycznego max. 315 mm | Tak |  |
|  | Aplikator pola magnetycznego max. 200 mm | Tak |  |
|  | Leżanka z przesuwnikiem do ruchu poziomego aplikatora | Tak |  |
|  | Przeprowadzenie szkolenia z obsługi aparatu. | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:   * trwania gwarancji, * po gwarancji. | Tak, podać |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/Nie  Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 13: Waga podłogowa**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 2 sztuki

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Waga medyczna podłogowa | Tak |  |
|  | Niskoprofilowa platforma | Tak |  |
|  | Dwustronny ekran LCD | Tak |  |
|  | Funkcja: TARA, Hold, BMI, automatyczne wyłączanie | Tak |  |
|  | Maksymalne obciążenie: max 205 kg | Tak |  |
|  | Dokładność pomiaru: max 200 kg | Tak |  |
|  | Waga: max 3 kg | Tak |  |
|  | Zasilanie: baterie AA, zasilacz sieciowy | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/Nie  Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 14: Krzesło rehabilitacyjne**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 sztuka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Półka pod ramiona z możliwością regulacji kąta nachylenia i wysokości | Tak |  |
|  | Podgłówek regulowany w pozycjach góra-dół | Tak |  |
|  | Podgłówek z 2-płaszczyznowym kątem nachylenia | Tak |  |
|  | Dwa podkolanniki z możliwością regulacji przez wysokość całego krzesła | Tak |  |
|  | Kółka transportowe | Tak |  |
|  | Regulacja wysokości przy pomocy sprężyny gazowej | Tak |  |
|  | Wymiary: min. 110-125 cm x 49 cm x 63-77 cm | Tak |  |
|  | Maksymalna obciążenie: max. 155 kg | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/Nie  Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 15: Rower treningowy**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 sztuka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Rower treningowy pionowy: | Tak |  |
|  | Koło zamachowe: max. 16 kg | Tak |  |
|  | Opór: Min. 20 poziomów | Tak |  |
|  | System oporu w formie generatora prądotwórczego | Tak |  |
|  | Napęd w formie pasa Poly-V | Tak |  |
|  | Regulacja siodełka w poziomie i w pionie | Tak |  |
|  | Wyświetlacz LED | Tak |  |
|  | Funkcje komputera: czas, dystans, kalorie, puls, prędkość, RPM, Watt, poziomy oporu | Tak |  |
|  | Programy: min. 12 programów treningowych, programy użytkownika, HRC, Body Fat, Test Recovery | Tak |  |
|  | Pomiar pulsu za pomocą czujników na uchwytach | Tak |  |
|  | Kółka transportowe | Tak |  |
|  | Samopoziomujące pedały z regulowanymi paskami | Tak |  |
|  | Wymiary: Max. 121 cm x 60 cm x 153 cm | Tak |  |
|  | Waga: Max. 65 kg | Tak |  |
|  | Maksymalna wage użytkownika: Max. 150 kg | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/Nie  Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 16: Kolumna do treningu funkcjonalnego**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 2 sztuki

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Zabezpieczenie spowalniające opuszczanie obciążenia | Tak |  |
|  | 4 centralnie blokowane koła: Średnica min. 75 mm | Tak |  |
|  | 2 regulowane uchwyty | Tak |  |
|  | Zabudowany stos obciążników: Max. 52 kg | Tak |  |
|  | Zmiana obciążenia treningowego co 0,5 kg | Tak |  |
|  | Wysokość uchwytu oraz linki może być regulowana w zakresie max. 5cm | Tak |  |
|  | Regulacja wagi - 2 osobne linki, na każdą linkę przypada przyrost wagi o 0,5kg, przy ich połączeniu można regulować wagę o 1kg | Tak |  |
|  | Wymiary: Max. 191 cm x 68 cm x 105 cm | Tak |  |
|  | Waga: Max. 90 kg | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/Nie  Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 17: Wioślarz treningowy**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 sztuka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | System oporu magnetyczny | Tak |  |
|  | Regulacja oporu: Min. 8 poziomów | Tak |  |
|  | Koło zamachowe: Max. 8 kg | Tak |  |
|  | Napęd pas Poly-V | Tak |  |
|  | Siodełko regulowane w poziomie | Tak |  |
|  | Wyświetlacz LCD | Tak |  |
|  | Komputer: czas, ilość pociągnięć na minutę, całkowita ilość pociągnięć, kalorie, dystans, puls, programy treningowe, Recovery test | Tak |  |
|  | Programy treningowe: Max. 5 programów | Tak |  |
|  | Możliwość telemetrycznego pomiaru pulsu | Tak |  |
|  | Kółka transportowe | Tak |  |
|  | Wymiary: Max. 195 cm x 50 cm x 70 cm | Tak |  |
|  | Wymiary po złożeniu: Max. 85 cm x 50 cm x 123 cm | Tak |  |
|  | Waga: Max. 40 kg | Tak |  |
|  | Maksymalna waga użytkownika: Max. 136 kg | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/Nie  Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 18: Stepper**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 sztuka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Koło zamachowe: Max. 8 kg | Tak |  |
|  | System oporu magnetyczny + powietrzny | Tak |  |
|  | Poziomy oporu: Min. 23 poziomy | Tak |  |
|  | Regulacja kąta nachylenia: Min. 1-15 poziomów, co 75 mm | Tak |  |
|  | Długość kroku: Max. 264 mm | Tak |  |
|  | Wyświetlacz LED | Tak |  |
|  | Funkcje komputera: Czas, Dystans, Kalorie, Puls, Prędkość, Watt, Poziom oporu, Kąt nachylenia | Tak |  |
|  | 12 programów treningowych, Manual, Program Użytkownika, HRC, Fit Test, a także rozgrzewka i rozluźnienie | Tak |  |
|  | Pomiar pulsu za pomocą czujników pomiaru tętna na uchwytach | Tak |  |
|  | Zasilanie sieciowe | Tak |  |
|  | Kółka transportowe | Tak |  |
|  | Wymiary: Min. 165 cm x 86 cm x 176 cm | Tak |  |
|  | Waga: Max. 116 kg | Tak |  |
|  | Maksymalna waga użytkownika: Max. 150 kg | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/Nie  Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 19: Taboret lekarski**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 3 sztuki

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Siedzisko obite skajem | Tak |  |
|  | Regulacja wysokości umożliwiająca podnoszenie i opuszczanie siedziska w celu dostosowania go do różnych wysokości ciała | Tak |  |
|  | Łatwa do czyszczenia chromowana podstawa | Tak |  |
|  | Podgumowane kółka skrętne | Tak |  |
|  | Kompaktowy, okrągły kształt zapewniający swobodę ruchu | Tak |  |
|  | Wysokość: Min. 50 cm – 70 cm | Tak |  |
|  | Średnica siedziska: Max. 37 cm | Tak |  |
|  | Średnica podstawy: Max. 60 cm | Tak |  |
|  | Maksymalne obciążenie: Min. 150 kg | Tak |  |
|  | Waga: Max. 7 kg | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 20: Rotor 4-kończynowy**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 sztuka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Jednoczesny ruch ramion i nóg | Tak |  |
|  | Możliwość dostosowania wertykalnego i horyzontalnego | Tak |  |
|  | Regulowana podstawa | Tak |  |
|  | Możliwość czyszczenia i dezynfekowania wszystkich elementów | Tak |  |
|  | Metalowa konstrukcja | Tak |  |
|  | Trening aktywny, pasywny i wspomagany | Tak |  |
|  | Symultaniczny trening nóg i ramion/górnej części tułowia osobno ustawiany | Tak |  |
|  | Możliwość indywidualnego ułożenia klawiszy do obsługi urządzenia | Tak |  |
|  | Elektroniczna pomoc przy wsiadaniu | Tak |  |
|  | Liczba obrotów, pasywnych: Min. 1-60 obr./min | Tak |  |
|  | Opór hamulców, aktywny: Min. 0 do 20 | Tak |  |
|  | Moc silnika: Min. od 1 do 10 poziomów (pasywnie) | Tak |  |
|  | Programowanie czasu terapii: Min. od 0 do 115 min | Tak |  |
|  | Ochrona ruchu i program rozluźniania spastyczności | Tak |  |
|  | Wyłącznik bezpieczeństwa | Tak |  |
|  | Symetryczny trening nóg i ramion/górnej części tułowia | Tak |  |
|  | Feedback podczas treningu i po jego zakończeniu | Tak |  |
|  | Szczegółowy Feedback podczas treningu i po jego zakończeniu | Tak |  |
|  | Ekran dotykowy, obrotowy i przechyłowy: Min. 12” | Tak |  |
|  | 2-stopniowa regulacja zamachu pedału | Tak |  |
|  | Wymiary: Min. 95-105 cm x 60 cm x 123-135 cm | Tak |  |
|  | Ciężar: Max. 52 kg | Tak |  |
|  | Maksymalna waga użytkownika: Max. 136 kg | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/Nie  Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 21: Akcesoria rehabilitacyjne**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | **Taśma TRX – 2 szt.:** | Tak |  |
|  | * Tworzywo sztuczne | Tak |  |
|  | * Uchwyt na drzwi | Tak |  |
|  | * 6 treningów do pobrania | Tak |  |
|  | * Taśma pozwalająca zawieszenie akcesorium w dowolnym miejscu | Tak |  |
|  | * Woreczek na sprzęt | Tak |  |
|  | **Poduszka równoważna – 4 szt.:** | Tak |  |
|  | * Wykonana z wysokiej jakości pianki | Tak |  |
|  | * Pokryta higieniczną, antybakteryjną warstwą zapewniającą odporność na rozwój grzybów i bakterii | Tak |  |
|  | * Dzięki odpowiedniej strukturze nie chłonie wody ani wilgoci | Tak |  |
|  | * Możliwość wykorzystania w pomieszczeniach, na otwartych przestrzeniach oraz w wodzie | Tak |  |
|  | * Wymiary: Max. 50 cm x 40 cm x 7 cm | Tak |  |
|  | **Gumy treningowe rehabilitacyjne – 2 szt.:** | Tak |  |
|  | * Zestaw czterech gum treningowych | Tak |  |
|  | * 4 różne poziomy oporu w zestawie | Tak |  |
|  | * Szerokość: Max. 5 cm | Tak |  |
|  | * Obwód: Max. 50 cm | Tak |  |
|  | **Step – 2 szt.:** | Tak |  |
|  | * Antypoślizgowa i antyalergiczna powierzchnia | Tak |  |
|  | * Specjalne uchwyty na tubingi do treningu wzmacniającego | Tak |  |
|  | * Możliwość dodania podkładek podwyższających step i umożliwiających zmianę jego kąta nachylenia | Tak |  |
|  | * Wymiary: Max. 100 cm x 42 cm x 15 cm | Tak |  |
|  | **Klin do mięśni łydki – 1szt.:** | Tak |  |
|  | * Zestaw do rozciągania łydek – 3 kliny (2 małe, 1 duży klin) | Tak |  |
|  | * Kąt nachylenia małego klina: Max. 9° | Tak |  |
|  | * Kąt nachylenia dużego klina: Max. 18° | Tak |  |
|  | * Zestaw może być używany na obu nogach jednocześnie pod kątem 9° i 18° lub na jednej nodze pod kątem 27° i 36° | Tak |  |
|  | * Wymiary: Max. 150 x 320 mm | Tak |  |
|  | **Minutnik dwustanowiskowy – 4 szt.** | Tak |  |
|  | * Odliczanie 2 czasów jednocześnie | Tak |  |
|  | * Wyświetlacz LCD | Tak |  |
|  | * Sygnał wizualny, sygnał dźwiękowy | Tak |  |
|  | * Zasilanie na baterie AA | Tak |  |
|  | * Wymiary: Max. 2,5 cm x 10 cm x 8 cm | Tak |  |
|  | * Waga: Max. 0,1 kg | Tak |  |
|  | **Piłka rehabilitacyjna – 4 szt.:** | Tak |  |
|  | * Średnica: 55 cm | Tak |  |
|  | * Zabezpieczenie przed nagłym pęknięciem piłki | Tak |  |
|  | * Materiał: tworzywo sztuczne | Tak |  |
|  | * Możliwość mycia pod bieżącą wodą i przy użyciu łagodnych środków czyszczących | Tak |  |
|  | **Mata rehabilitacyjna – 10 szt.:** | Tak |  |
|  | * Możliwość stosowania w budynkach, na otwartych przestrzeniach i w basenie | Tak |  |
|  | * Antybakteryjna powłoka, która eliminuje rozwój grzybów i bakterii | Tak |  |
|  | * Mata odporna na działanie wody i wilgoci | Tak |  |
|  | * Wymiary: Max. 200 cm x 100 cm x 1,5 cm | Tak |  |
|  | **Podest równoważny – 1 szt.:** | Tak |  |
|  | * Podstawa walca | Tak |  |
|  | * Kwadratowy przybór z możliwością pochylenia podstawy w dwóch kierunkach | Tak |  |
|  | * Maksymalny kąt odchylenia 30 stopni | Tak |  |
|  | * Wymiary: Max. 35 cm x 34 cm x 10 cm | Tak |  |
|  | **Wałek rehabilitacyjny – 4 szt.:** | Tak |  |
|  | * Wałek w formie „podwójnej piłki” | Tak |  |
|  | * Możliwość mycia pod bieżącą wodą przy użyciu łagodnych środków czyszczących | Tak |  |
|  | * Materiał: guma | Tak |  |
|  | * Wymiary: Max. 70 cm x 120 cm | Tak |  |
|  | **Półwałek rehabilitacyjny – 2 szt.** | Tak |  |
|  | * Półwałek do ćwiczeń rehabilitacyjnych | Tak |  |
|  | * Wykonany jest z twardej pianki poliuretanowej | Tak |  |
|  | * Półwałek pokryty twardym, zmywalnym skajem | Tak |  |
|  | * Wymiary: Max. 60 cm x 15 cm x 12 cm | Tak |  |
|  | **Platforma do balansowania – 1 szt.:** | Tak |  |
|  | * Materiał: drewno + ABS | Tak |  |
|  | * Wysokość: Max. 9 cm | Tak |  |
|  | * Średnica: Max. 39 cm | Tak |  |
|  | * Maksymalna waga użytkownika: Max. 120 kg | Tak |  |
|  | * Podstawa w formie półkuli | Tak |  |
|  | **Zestaw kettlebell – 2 zestawy:** | Tak |  |
|  | * Zestaw hantli w kształcie dzwonu z trójkątnym uchwytem | Tak |  |
|  | * Wysokiej jakości tworzywo wypełnione cementem | Tak |  |
|  | * 4 gumowe podkładki | Tak |  |
|  | * Zestaw zawiera: 1 kg – 2 szt., 2 kg – 2 szt., 3 kg – 2 szt., 4kg – 2 szt., 5kg – 2 szt. | Tak |  |
|  | **Stojak dedykowany do hantli kettlebell** | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/Nie  Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 22: Laser niskoenergetyczny**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 sztuka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Aparat jednokanałowy do laseroterapii | Tak |  |
|  | Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej min. 7 cala ułatwiający sterowanie aparatem | Tak |  |
|  | Tryb pracy lasera ciągły i impulsowy 0 -10 000 Hz | Tak |  |
|  | Częstotliwości Nogiera i EAV | Tak |  |
|  | Autotest podłączonych sond laserowych | Tak |  |
|  | Współczynnik wypełnienia 35 – 100 % | Tak |  |
|  | Dawka płynnie regulowana w zakresie min. 0,1 – 100 J/cm2 | Tak |  |
|  | Możliwość podłączenia do aparatu sond laserowych czerwonych, podczerwonych oraz prysznicowych | Tak |  |
|  | Możliwość podłączenia dwóch sond jednocześnie | Tak |  |
|  | Klasa lasera 3B | Tak |  |
|  | Regulacja kontrastu ekranu | Tak |  |
|  | Możliwość zmiany kolorów ekranu | Tak |  |
|  | Sekwencje zapisywane przez użytkownika minimum 150 | Tak |  |
|  | Nawigacyjny atlas anatomiczny | Tak |  |
|  | Protokoły Ulubione | Tak |  |
|  | Pokrętło nawigacyjne | Tak |  |
|  | Historia ostatnich 20 zabiegów | Tak |  |
|  | Bank programów terapeutycznych zapisanych w pamięci aparatu (gotowe diagnozy) | Tak |  |
|  | Możliwość tworzenia i zapisywania własnych programów terapeutycznych (499) | Tak |  |
|  | Kolorowa encyklopedia terapeutyczna z rysunkami anatomicznymi | Tak |  |
|  | Klasyfikacja protokołów według efektów terapeutycznych | Tak |  |
|  | Sygnały dźwiękowe | Tak |  |
|  | Możliwość definiowania własnego hasła bezpieczeństwa w aparacie | Tak |  |
|  | Wybór dźwięków, regulacja głośności, automatyczne wyłączanie | Tak |  |
|  | Uchwyt na sondę laserową | Tak |  |
|  | Baza danych pacjentów | Tak |  |
|  | Identyfikacja i test akcesoriów | Tak |  |
|  | Wizualna identyfikacja aktywnych akcesoriów. | Tak |  |
|  | Wielojęzyczne menu | Tak |  |
|  | Obsługa aparatu oraz instrukcja w języku polskim | Tak |  |
|  | Sonda laserowa podczerwona Zbieżna 830 nm, 400 mW | Tak |  |
|  | Sonda laserowa prysznicowa łączona IR+R 1000 mW | Tak |  |
|  | Sonda laserowa prysznicowa łączona IR+R 1500 mW | Tak |  |
|  | Zasilanie 100-240 V, 50-60 Hz | Tak |  |
|  | Waga max 3 kg. | Tak |  |
|  | Wymiary max. 380 x 190 x 260 mm | Tak |  |
|  | Stolik pod aparat z sześcioma uchylnie otwieranymi schowkami, na 4 kółkach | Tak |  |
|  | Przeprowadzenie szkolenia z obsługi aparatu. | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:   * trwania gwarancji, * po gwarancji. | Tak, podać |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/Nie  Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 23: Fotel do ćwiczeń kończyn dolnych, górnych i stawu barkowego**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 2 sztuki

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Fotel do ćwiczeń kończyn dolnych, górnych i stawu barkowego: | Tak |  |
|  | 3 pasy stabilizacyjne | Tak |  |
|  | pokrętła z przodu fotela umożliwiające regulację jego długości | Tak |  |
|  | regulację kąta oparcia od 0 do 85 stopni | Tak |  |
|  | regulacja kąta oparcia przy pomocy sprężyny gazowej | Tak |  |
|  | dwie głowice, których wysokość może być regulowana z przodu fotela | Tak |  |
|  | fotel rehabilitacyjny wyposażony w ciężarki – 1,0 kg x 8 sztuk | Tak |  |
|  | wysokość: 1550 mm | Tak |  |
|  | szerokość: 1180 mm długość: 1200 mm | Tak |  |
|  | wysokość siedziska: 640 mm | Tak |  |
|  | szerokość siedziska: 500 mm | Tak |  |
|  | długość leżyska po rozłożeniu: 1450 mm | Tak |  |
|  | długość dźwigni: 500 mm | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/Nie  Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 24: Ergometry**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 zestaw

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | **Ergometr modułowy – 2 szt.:** | Tak |  |
|  | Autotest po włączeniu ergometru | Tak |  |
|  | Sterowany komputerowo zwalniacz elektromagnetyczny z pomiarem momentu obrotowego | Tak |  |
|  | Obciążenie w zakresie 6 – 999 W | Tak |  |
|  | Obciążenie niezależne od prędkości obrotowej | Tak |  |
|  | Dokładność obciążenia zgodnie z DIN VDE 0750-0238 | Tak |  |
|  | Zakres prędkości obrotowej 30-130 obr/min | Tak |  |
|  | Zmiana obciążenia programowana przez użytkownika | Tak |  |
|  | Regulowany kąt ustawienia kierownicy (360°) | Tak |  |
|  | Długość korby 170 mm | Tak |  |
|  | Kolumna kierownicy z regulacją wysokości | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy o korbę z regulowaną długością | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy o pedał z zapięciem na pasek | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy o koszyk | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy o horyzontalną regulacje siodełka | Tak |  |
|  | Możliwość rozbudowy o siodełko sportowe | Tak |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości siodełka z odczytem cyfrowym | Tak |  |
|  | Max. waga pacjenta 160kg | Tak |  |
|  | Wyświetlanie na ekranie cykloergometru bieżącego obciążenia, prędkości pedałowania (obr/min), czasu trwania badania, HR | Tak |  |
|  | Wbudowany pomiar ciśnienia krwi: | Tak |  |
|  | * Metoda pomiaru: metoda Korotkowa, oscylometryczna; porównanie zgodności obu pomiarów przy pomiarze spoczynkowym | Tak |  |
|  | * Zakres pomiaru: ciśnienie skurczowe: 40-280 mmHg (+/- 3 mmHg) ciśnienie rozkurczowe: 40-280 mmHg tętno: 35-230 /min (+/- 3 mmHg) | Tak |  |
|  | * Prędkość pompowania: od ok. 6 sekund (do 140 mmHg) do ok. 18 sekund (do 300 mmHg) | Tak |  |
|  | * Metoda opróżniania mankietu: prędkość opróżniania zależna od tętna ok. 3 mmHg/uderzenie lub ok. 3 mmHg/s | Tak |  |
|  | * Kalibracja: za pomocą zewnętrznego ciśnieniomierza | Tak |  |
|  | * Redukcja zniekształceń: automatyczna redukcja zniekształceń oraz porównanie zgodności obu metod pomiaru podczas pomiaru spoczynkowego | Tak |  |
|  | Pomiar saturacji | Tak |  |
|  | Tryby działania: | Tak |  |
|  | * tryb PC | Tak |  |
|  | * ergometria | Tak |  |
|  | * trening | Tak |  |
|  | * test | Tak |  |
|  | * tryb ręczny (manualny) | Tak |  |
|  | Możliwość wł./wył. Sygnału dźwiękowego uruchamianego podczas pomiarów ciśnienia krwi | Tak |  |
|  | Wyświetlacz LCD min. 68 x 34 mm, 128 x 64 pikseli | Tak |  |
|  | Możliwość określenia/zmiany limitów prędkości (obrotów na minutę) | Tak |  |
|  | Możliwość zmiany kroku zmiany obciążenia 1/5/10/25 WAT | Tak |  |
|  | Wymiary: dł x sz x wys. (90 cm x 46 cm x 90 cm-13,5 cm) | Tak |  |
|  | Waga: max. 70 kg | Tak |  |
|  | Dodatkowy wyświetlacz wskazujący prędkość (obr/min) | Tak |  |
|  | Wbudowane kółka do przemieszczenia | Tak |  |
|  | Podstawy poziomujące do ustawiania ergometru na nierównym podłożu | Tak |  |
|  | Spełnione normy bezpieczeństwa: DIN IEC 60601-1, DIN EN 60601-1-2, DIN VDE 0750-0238 lub równoważne | Tak |  |
|  | Diody LED informujące o prędkości | Tak |  |
|  | Możliwość zdalnego sterowania poprzez PC lub oprogramowanie z EKG | Tak |  |
|  | Możliwość sterowania poprzez Bluetooth, WLAN (opcja) | Tak/Nie  Tak – 5 pkt, nie – 0 pkt. |  |
|  | 5 predefiniowanych protokołów etapowego zwiększania obciążenia (WHO, BAL, Hollmann, STD France, Standard) | Tak |  |
|  | 10 programowanych przez użytkownika protokołów próby wysiłkowej | Tak |  |
|  | Ręczna kontrola obciążenia | Tak |  |
|  | 4 stałe programy badań (program ze zwiększającym się obciążeniem, PWC-130, PWC-150, PWC-170) | Tak |  |
|  | Cyfrowe złącza sterujące | Tak |  |
|  | Możliwość zmiany kontrastu wyświetlacza można zmieniać w zakresie od 0 do 100% | Tak |  |
|  | Połączenie z komputerem poprzez USB (wirtualny port COM) | Tak |  |
|  | Zasilanie 100 – 240 V / 50 – 60 Hz / maks. 60 VA | Tak |  |
|  | Awaryjny akumulator wewnętrzny: IEC: CR 2032 / 3V 230 mAh | Tak |  |
|  | Wbudowany moduł bezprzewodowej telemetrii. | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:   * trwania gwarancji, * po gwarancji. | Tak, podać |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/Nie  Tak – 5 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | **Oprogramowanie do systemu rehabilitacji kardiologicznej:** | Tak |  |
|  | Oprogramowanie z licencją do 24 stanowisk | Tak |  |
|  | Stacja robocza do obsługi zestawu rehabilitacji kardiologicznej | Tak |  |
|  | Trening z monitorowaniem EKG maksymalnie 24 pacjentów | Tak |  |
|  | Sterowanie maksymalnie 24 urządzeniami: Obciążenie, tempo, uniesienie | Tak |  |
|  | Zintegrowana baza danych pacjentów | Tak |  |
|  | Dostosowanie parametrów treningowych dla każdego pacjenta | Tak |  |
|  | Szybkie i łatwe przyłączenie pacjentów do grupy treningowej | Tak |  |
|  | Praktyczne przełączanie pomiędzy pacjentami na ergometrach | Tak |  |
|  | Wprowadzanie oraz zarządzanie oknami tekstowymi do wprowadzania własnych komentarzy i diagnoz | Tak |  |
|  | Tworzenie nowych pacjentów w dowolnym czasie poprzez wprowadzenie danych personalnych lub innych informacji | Tak |  |
|  | Możliwość wprowadzenia oraz zapisania diagnozy i leków | Tak |  |
|  | Możliwość wprowadzenia dodatkowych komentarzy w sekcji „uwagi” | Tak |  |
|  | Możliwość wprowadzenia danych dotyczących: prób wysiłkowych, echokardiogramu oraz ergospirometrii | Tak |  |
|  | Możliwość utworzenia notatki ostrzegawczej aby zawrzeć informacje o ważnych medycznych zagadnieniach dotyczących treningu | Tak |  |
|  | Możliwość utworzenia protokołu treningu dla danego pacjenta lub wybrania z protokołów domyślnych | Tak |  |
|  | Możliwość wyboru funkcji podczas sesji treningowej tzn.: | Tak |  |
|  | * trening/monitorowanie | Tak |  |
|  | * zarządzanie | Tak |  |
|  | * analiza | Tak |  |
|  | Możliwość zapisu danych pacjenta w archiwum | Tak |  |
|  | Możliwość odzyskiwania danych pacjenta z archiwum | Tak |  |
|  | Możliwość przypisania pacjenta do miejsc treningowych | Tak |  |
|  | Automatyczne sterowanie ergometrami (do 24 rowerów lub bieżni) | Tak |  |
|  | Możliwość korzystania ze wzoru Karvonena stosowanego do ustalenia tętna treningowego dla programów ćwiczeniowych z kontrolą obciążenia | Tak |  |
|  | Możliwość skorzystania z narzędzia „6-minutowy test chodu” oceniającego tolerancję wysiłku przez pacjenta w oparciu o dystans przebyty w ciągu 6 minut | Tak |  |
|  | Możliwość korzystania z kalkulatora METs/obciążenie | Tak |  |
|  | Możliwość wyświetlania zakończonych treningów pacjenta w formie tabelarycznej i graficznej | Tak |  |
|  | Możliwość porównywania dwóch zakończonych treningów | Tak |  |
|  | Jednoczesna kontrola wszystkich parametrów (obciążenie, pomiar ciśnienia krwi) | Tak |  |
|  | Zapis oraz archiwizacja istotnych parametrów (obciążenie, HR, krzywe EKG, ciśnienie krwi) | Tak |  |
|  | Wyświetlanie krzywych EKG wszystkich pacjentów w czasie rzeczywistym na monitorze | Tak |  |
|  | Możliwość jednoczesnego wyświetlania trendów tętna oraz ciśnienia krwi | Tak |  |
|  | Ciągły zapis krzywych EKG dla wszystkich pacjentów | Tak |  |
|  | Znacznik EKG dla specjalnych zdarzeń | Tak |  |
|  | Szybki wydruk bieżącego zapisu EKG dla poszczególnych pacjentów | Tak |  |
|  | Wprowadzenie poziomów alarmów dla monitorowanych parametrów podczas treningu wybranego pacjenta (tętno, ciśnienie, obciążenie) | Tak |  |
|  | Trening ze stałym utrzymywaniem tętna (stała częstość akcji serca przez automatyczne dozowanie obciążenia) | Tak |  |
|  | Trening ze stałym obciążeniem | Tak |  |
|  | Trening interwałowy | Tak |  |
|  | Trening zależny od tętna | Tak |  |
|  | Trening zależny od SpO2 | Tak |  |
|  | Interwał zależny od tętna | Tak |  |
|  | Trening (użytkownika) z możliwością dowolnego programowania | Tak |  |
|  | Konfiguracja treningu z podziałem na fazy rozgrzewki, wysiłku i odpoczynku | Tak |  |
|  | Wyświetlenie nazwy i rodzaju wybranego profilu treningowego dla każdego pacjenta | Tak |  |
|  | Wyświetlenie całego zebranego zapisu EKG dla wszystkich sesji treningowych | Tak |  |
|  | Przegląd zakończonych sesji treningowych | Tak |  |
|  | Dokumentacja w formie raportu wszystkich istotnych zdarzeń | Tak |  |
|  | Oprogramowanie pracujące w środowisku Windows | Tak |  |
|  | Obsługa karty graficznej o wysokiej rozdzielczości - min. 1280 x 1024 | Tak |  |
|  | Możliwość wspierania systemu dwumonitorowego lub trzymonitorowego w przypadku więcej niż 8 ergometrów | Tak |  |
|  | Możliwość dodania wartości zmierzonego stężenia cukru we krwi oraz miareczkowanie O2 | Tak |  |
|  | Możliwość dodawania notatek/uwag do pacjenta, które mogą być później wyświetlone bezpośrednio w oknie treningu | Tak |  |
|  | Archiwum pacjentów | Tak |  |
|  | Możliwość zarządzania użytkownikami | Tak |  |
|  | Plan indywidualnego leczenia (ITP- Individual Treatment Plan) | Tak |  |
|  | Możliwość bezpośredniej zmiany parametrów treningu w dowolnym momencie | Tak |  |
|  | Przeprowadzenie szkolenia dla personelu z obsługi dostarczonego sprzętu i oprogramowania. | Tak |  |
|  | Dostawa, montaż, instalacja, konfiguracja i uruchomienie dostarczonych urządzeń oraz oprogramowani. | Tak |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.

**Zadanie 25: Stół zabiegowy**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 sztuka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Konstrukcja stalowa pokryta farbą proszkową | Tak |  |
|  | Dwuczęściowe leże w z otworem na twarz i zatyczką w podgłówku | Tak |  |
|  | Szerokość leża: 70 cm | Tak |  |
|  | Całkowita długość leża: 200 cm | Tak |  |
|  | Zagłówek z regulacja położenia -70° do +40° | Tak |  |
|  | Regulowana wysokość leża: zakres min. 48 – 100 cm | Tak |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości za pomocą pilota | Tak |  |
|  | Wieszak na papier | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:   * trwania gwarancji, * po gwarancji. | Tak, podać |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/Nie  Tak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu dotyczą oferowanej konfiguracji.
2. Parametry, których wartość liczbowa określona jest w rubryce „parametr wymagany” lub których spełnienie jest konieczne (zaznaczone Tak) stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
3. Wszystkie oferowane paramenty winny być potwierdzone w materiałach informacyjnych producenta (foldery, prospekty, dane techniczne lub instrukcje oferowanego sprzętu; w języku polskim lub innym z tłumaczeniem na język polski, w oryginale lub kopii podpisane podpisem kwalifikowanym.
4. W celu weryfikacji wiarygodności parametrów wpisanych w tabeli, Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji danych technicznych u producenta.
5. Wszędzie tam, gdzie przedmiot zamówienia jest opisany poprzez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia a także funkcjonalności, Zamawiający dopuszcza zastosowanie przez Wykonawcę rozwiązań równoważnych w stosunku do opisanych w dokumentacji. Szczegółowy opis zawarto w SWZ Rozdz. I ust. 2 pkt 2.27.