

**ZAŁĄCZNIK NR 3.1**

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

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

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

Zamawiający dopuszcza również wannę do kąpieli wirowej:  
Cechy charakterystyczne:

*Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23*

- niecka wanny dostępna w kolorach: biały lub calypso,
- niecka wzmocniana matami z włókna szklanego,
- ekonomiczne zużycie wody w czasie zabiegu (75-210 l)
- efektywny masaż przy użyciu 12 dysz kierunkowych,
- możliwość pracy na dwóch poziomach (75/145 l): 1 – kończyny dolne, 2 – kończyny dolne + kręgosłup,
- regulacja intensywności masażu poprzez napowietrzanie dysz niezależnie dla stref,
- elektroniczny panel sterowania,
- ustawianie czasu zabiegu (1-30 min.)
- zabezpieczenie pompy przed pracą na sucho,
- system odkamieniania sterowany elektronicznie,
- czujnik temperatury wody,
- czujnik poziomu wody,
- system automatycznego napełniania,
- szybkie napełnianie i opróżnianie niecki,
- półautomatyczny system opróżniania niecki,
- regulowane stopki umożliwiające wypoziomowanie urządzenia
- prysznic,
- stopień ułatwiający wejście do wanny w zestawie.

Dane techniczne:

Pojemność zabiegowa l: 75-145; Pojemność do przelewu [l]: 210; Liczba dysz: 12; Czas napełniania/oprózniania [min]: 2 / 3,5; Pobór prądu [A]: 7; Zasilanie [V/Hz]: 230/50; Wymiary (dł. x szer. x wys.) [cm]: 117 x 68 x 95  
Szerokość z przyłączem prysznicowym [cm]: 70; Waga [kg]: 75

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

**Uwaga!**

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

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

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

Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23

**ZAŁĄCZNIK NR 3.2**

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

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

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
I	Producent	Podać	
II	Nazwa i typ	Podać	
III	Kraj pochodzenia	Podać	
IV	Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe)	Min. 2022 lub nowszy	
V	Ilość	5 szt.	
	<b>Wymagania ogólne</b>	<b>Parametr wymagany</b>	<b>Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE</b>
1	Stół dwusekcyjny z zagłówkiem z podłokietnikami	TAK*	
2	Zagłówek wąski z podłokietnikami	TAK*	
3	Stabilna konstrukcja – wytrzymała rama ze stali wykonana z kwadratowych profili - malowana proszkowo – odporna na działanie środków dezynfekujących	TAK	
4	Elektryczna zmiana wysokości leżyska w zakresie 440-450 mm do 950-970 mm za pomocą pilota	TAK*, podać	
5	Wymiary leżyska 1950 x 680 mm +/-5%	TAK*, podać	
6	Waga max. 55 kg	TAK, podać	
7	Zagłówek z wycięciem na twarz	TAK	
8	Regulowany zagłówek za pomocą sprężyny gazowej [°]: -85 / +35 (+/-5°)	TAK*	
9	Uchwyt na ręczniki montowany do stołu	TAK	
10	Specjalny uchwyt na ręcznik papierowy	TAK	
11	Stół wyposażony w układ jezdny (4 kółka) z hamulcem centralnym, uruchamiany za pomocą dźwigni nożnej	TAK*	
12	Wytrzymałość: udźwig 200 kg	TAK*, podać	
13	Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych	TAK	
14	Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP)	TAK	
15	Maty gimnastyczne: a) rozmiar 190 cm x 60 cm x 2,5 cm (+/- 20 mm) b) Wyposażona w otwory umożliwiające zawieszenie c) materiał lekki, elastyczny, d) antystatyczny, niewchłaniający wilgoci e) amortyzujący upadki f) 4 sztuki (łącznie 20 szt.)	TAK	
16	Piłka rehabilitacyjna średnica 65 cm zielona – 1 szt (łącznie 5 szt.)	TAK	
17	Piłka rehabilitacyjna średnica 55 cm – 1 szt (łącznie 5 szt.)	TAK	

Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23

18	Piłka rehabilitacyjna średnica 45 cm – 1 szt (łącznie 5 szt.)	TAK	
19	Piłki rehabilitacyjne ‘pilates’ średnica 25-27 cm – 1 szt (łącznie 5 szt.)	TAK	
20	Skoliometr – 1 szt; Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) (łącznie 5 szt.)	TAK	
21	Plurimetr (inklinometr) – 1szt., Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) (łącznie 5 szt.)	TAK	
22	Dyski sensomotoryczne – 1 zestaw zawiera: a) rozmiar 33- 36 cm b) antypoślizgowa powierzchnia, c) jedna strona z wypustkami d) różne kolory e) 6 sztuk (łącznie 30 szt.)	TAK	
23	Taśma elastyczna do ćwiczeń w rolce – 1 zestaw zawiera: a) długość 45 - 50 m b) szerokość 125-127 mm c) materiał latex d) kolor czerwony e) 1 rolka (łącznie 5 szt.)	TAK	
24	Półwałek rehabilitacyjny 60/18/12 – 1 zestaw zawiera: a) Materiał zewnętrzny zmywalny b) możliwy do dezynfekcji c) skóropodobny d) wypełniony wysokiej jakości pianką pierwszego gatunku e) nie deformujący się f) Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych g) 1 sztuka (łącznie 5 szt.)	TAK	
25	Półwałek lędźwiowy 40/25/5 cm – 1 zestaw zawiera: a) Materiał zewnętrzny zmywalny, b) możliwy do dezynfekcji c) skóropodobny d) wypełniony wysokiej jakości pianką pierwszego gatunku e) nie deformujący się f) Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych g) 1 sztuka (łącznie 5 szt.)	TAK	

Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23

26	<p>Klin rehabilitacyjny 20/15/10 – 1 zestaw zawiera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Materiał zewnętrzny zmywalny,</li> <li>b) możliwy do dezynfekcji</li> <li>c) skóropodobny</li> <li>d) wypełniony wysokiej jakości pianką pierwszego gatunku</li> <li>e) nie deformujący się</li> <li>f) Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych</li> <li>g) 1 sztuka</li> </ul> <p>(łącznie 5 szt.)</p>	TAK	
27	<p>Walek rehabilitacyjny 60/15 cm – 1 zestaw zawiera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Materiał zewnętrzny zmywalny,</li> <li>b) możliwy do dezynfekcji</li> <li>c) skóropodobny</li> <li>d) wypełniony wysokiej jakości pianką pierwszego gatunku</li> <li>e) nie deformujący się</li> <li>f) Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych</li> <li>g) 2 sztuki</li> </ul> <p>(łącznie 10 szt.)</p>	TAK	
28	<p>Pięczka do masażu 8 cm – 1 zestaw zawiera: Twardość- wysoka, materiał: pianka EPP, 2 sztuki</p> <p>(łącznie 10 szt.)</p>	TAK	
29	<p>Walek do masażu 33x14 (+/- 2cm) – 1 sztuka</p> <p>(łącznie 5 szt.)</p>	TAK	
30	<p>Taśmy oporowe – 1 zestaw zawiera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) dł. 250m</li> <li>b) opór lekki – 1 szt.</li> <li>c) opór średni – 1 szt.</li> <li>d) opór mocny – 1 szt.</li> </ul> <p>(łącznie 5 zestawów)</p>	TAK	
31	<p>Gumy treningowe o okrągłym kształcie – 1 zestaw zawiera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) taśmy zbudowane z elastycznego i wytrzymałego lateksu,</li> <li>b) Długość: 30 cm (obwód 60 cm)</li> <li>c) Szerokość: 5 cm (+/- 0,5 cm)</li> <li>d) Grubość: 0,4mm; 0,6mm; 0,8mm; 1mm; 1,2mm (+/- 0,2 mm)</li> <li>e) 5 szt. o różnej sile oporu: 1-3kg; 1-5kg; 5-10kg; 10-15kg; 15-20kg</li> </ul> <p>(łącznie 5 zestawów)</p>	TAK	
32	<p>Gumy oporowe do treningu siłowego – 1 zestaw zawiera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) wykonane z gumy</li> <li>b) obwód gum 208 cm (długość złożonych: 104 cm)</li> <li>c) grubość gum 4,5 mm (+/- 0,2 mm)</li> <li>d) szerokość gum: 6,4 mm / 13 mm / 21 mm / 32 mm (+/- 0,2mm)</li> <li>e) 4 szt. o różnej sile oporu: 1-8 kg / 8-15 kg / 15-25 kg / 25-40 kg</li> </ul> <p>(łącznie 5 zestawów)</p>	TAK	

*Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23*

33	Trener dłoni – 1 zestaw zawiera: 2 obręcze średnica 26cm, 6 siatek lateksowych z różnym oporem (łącznie 5 zestawów)	TAK	
34	Taborety obrotowe z oparciem – 1 zestaw zawiera: a) Regulacja wysokości 62-88cm (+/- 2 cm) b) Tapicerowany na całej powierzchni siedziska i oparcia c) Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych d) Podstawa pięcioramienna na kołkach e) Wytrzymałość dopuszczalne obciążenie 120kg f) Średnica siedziska 34 -39 cm g) 2 sztuki (łącznie 10 szt.)	TAK	
35	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
36	Serwis gwarancyjny na terenie Polski	TAK, podać dane serwisu	Nazwa firmy serwisu: ... Adres: ... Tel.: .... e-mail: ...

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

**Uwaga!**

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

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

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

Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23

**ZAŁĄCZNIK NR 3.3**

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**PAKIET NR 3 - Bieżnia**

Lp	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Wartość oferowana
I	Producent	Podać	
II	Nazwa i typ urządzenia	Podać	
III	Kraj pochodzenia	Podać	
IV	Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe)	Min. 2022 lub nowszy	
V	Zamawiana ilość	1 szt.	
VI	Wykaz materiałów eksploatacyjnych	Podać	
	<b>WYMAGANIA OGÓLNE</b>	<b>Parametr wymagany</b>	<b>Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE</b>
1	Prędkość chodu w przód 0 i więcej	TAK*	
2	Długie poręcze dla użytkownika	TAK	
3	Kąt nachylenia bieżni do 7 stopni	TAK*	
4	Max obciążenie do min 150 kg	TAK*	
5	Wymiary pasa bieżni 51 (+4/- 3 cm) x 152 cm (+3/-12 cm)	TAK*	
6	Monitorowanie parametrów: czas, dystans, prędkość, spalane kalorie	TAK	
7	Podświetlany dotykowy wyświetlacz LCD	TAK*	
8	Baza gotowych programów	TAK*	
9	Wskaźnik intensywności treningu	TAK	
10	Napęd z bezobsługowymi hamulcami magnetycznymi	TAK*	
11	Zasilanie - generator i wtyczka DC	TAK / NIE	
12	wyłącznik bezpieczeństwa	TAK	
13	Systemem monitorowania pracy serca	TAK	
14	Wymiary urządzenia: długość 188-227 cm x szerokość 88 cm (+3/- 18 cm) x wysokość 150 cm (+3/- 8 cm)	TAK	
15	Waga urządzenia brutto 145 kg (+5/- 3 kg)	TAK, podać	
16	Wysokość wejścia na bieżnię 17,8 cm i mniej	TAK	
17	Możliwość ustawienia własnego programu	TAK	
18	Szkolenie personelu z obsługi urządzenia	TAK	
19	Serwis gwarancyjny na terenie Polski	Tak, podać dane serwisu	Nazwa firmy serwisu: ... Adres: ... Tel.: .... e-mail: ...

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

**Uwaga!**

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

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

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

Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23

**ZAŁĄCZNIK NR 3.4**

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

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

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

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

**Uwaga!**

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

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

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



**ZAŁĄCZNIK NR 3.5**

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

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

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Wartość oferowana
I	Producent	Podać	
II	Nazwa i typ urządzenia	Podać	
III	Kraj pochodzenia	Podać	
IV	Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe)	Min. 2022 lub nowszy	
V	Zamawiana ilość	2 szt.	
VI	Wykaz materiałów eksploatacyjnych	Podać	
	<b>WYMAGANIA OGÓLNE</b>	<b>Parametr wymagany</b>	<b>Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE</b>
1	Dwa całkowicie niezależne kanały zabiegowe	TAK	
2	Regulacja natężenia w obwodzie pacjenta jednocześnie dla obu kanałów lub osobno	TAK*	
3	Tryb pracy: programowy/manualny	TAK	
4	Baza wbudowanych programów zabiegowych (min. 200)	TAK	
5	Programy ulubione	TAK	
6	<b>ELEKTROTERAPIA:</b> a) interferencyjne (izoplanarny, dynamiczny, jednokanałowy AMF) b) TENS (symetryczny, asymetryczny, naprzemienny, burst) c) TENS do terapii porażen spastycznych d) wg metody Kotz'a/rosyjska stymulacja e) diadynamiczne (MF, DF, CP, CP-ISO, LP) f) tonoliza g) impulsowe – prostokątny, trójkątny h) impulsowe wg metody Träbertha, Leduca, neofaradyczny i) galwaniczne j) unipolarne falujące k) mikroprądy	TAK*	
7	<b>TERAPIA ULTRADŹWIĘKOWA:</b> a) wodoszczelne głowice b) emisja ciągła/ impulsowa c) kontrola przylegania czoła głowicy (mierzony efektywny czas zabiegu) d) kalibracja czułości głowicy według potrzeb e) częstotliwość pracy 1 MHz f) efektywna powierzchnia promieniowania 1 cm <sup>2</sup> , 4 cm <sup>2</sup> g) maksymalne natężenie fali ultradźwiękowej 2/ 3 W/cm <sup>2</sup> h) częstotliwość w trybie pulsacyjnym 16 Hz, 48 Hz, 100 Hz i) wypełnienie w trybie pulsacyjnym 10 %, 25 %, 50 %, 75 % j) zegar zabiegowy 1 – 30 minut	TAK*	
8	<b>TERAPIA SKOJARZONA:</b> a) praca w trybach CC (stabilizacja prądu) lub CV	TAK*	

*Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23*

	(stabilizacja napięcia) b) PRĄDY W TERAPII SKOJARZONEJ c) interferencyjne jednokanałowy AMF d) TENS symetryczny e) TENS asymetryczny f) TENS naprzemienny g) TENS burst h) Wg metody Kotz'a /rosyjska stymulacja i) Możliwość zapisywanie własnych programów (min. 50)		
9	Zegar zabiegowy	TAK	
10	Test elektrod	TAK*	
11	Statystyki przeprowadzanych zabiegów	TAK	
12	Autotest – kontrola sprawności aparatu	TAK*	
13	Praca w trybie stabilizacji prądu lub stabilizacji napięcia	TAK	
14	Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP).	TAK	
15	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
16	Serwis gwarancyjny na terenie Polski	Tak, podać dane serwisu	Nazwa firmy serwisu: ... Adres: ... Tel.: .... e-mail: ...
17	<b>Wyposażenie:</b> głowica 1 MHz, 1 cm <sup>2</sup> z uchwytem, przewód sieciowy, kable pacjenta (2 szt), elektrody 6x6 cm i 7,5x9 cm,	TAK*, 2 szt.	
18	<b>Wyposażenie:</b> głowica 1 MHz, 4 cm <sup>2</sup> z uchwytem, przewód sieciowy, kable pacjenta (2 szt), elektrody 6x6 cm i 7,5x9 cm,	TAK*, 2 szt.	
	<b>Wymogi wobec głowic:</b>		
19	Emisja ciągła/impulsowa	TAK*	
20	Kontrola przylegania czoła głowicy	TAK	
21	Kalibracja czułości głowicy	TAK	
22	Wodoszczelne	TAK	
	<b>Wyposażenie:</b> Kozetka medyczna metalowa	2 szt.	
	<b>Wymogi wobec kozetki:</b>		
23	Mocna stabilna metalowa konstrukcja	TAK	
24	Pokryta materiałem łatwo myjącym, odporny na środki do dezynfekcji	TAK	
25	Regulowany zagłówek	TAK	
26	Wymiary 52x56x188 cm (wys.,szer.,dł.) +/- 3 cm Zamawiający dopuszcza również kozetkę medyczną metalową o wymiarach 62 x 55 x 185 cm i nośności aż do 200 kg	TAK*	
27	Wytrzymałość obciążenie min 150 kg	TAK*	
28	Uchwyt na papier	TAK*	
29	Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP).	TAK	
30	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
31	Serwis gwarancyjny na terenie Polski	Tak, podać dane serwisu	Nazwa firmy serwisu: ... Adres: ... Tel.: ....

Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23

			e-mail: ...
	<b>Wyposażenie: Stolik pod aparat do fizykoterapii</b>	2 szt	
	<b>Wymogi wobec stolika:</b>		
32	trypółkowy	TAK	
33	Szuflada na akcesoria	TAK	
34	System jezdny – kółka	TAK	
35	Trwała konstrukcja	TAK	
36	Wymiary 85x54x52 cm (+/- 10 cm)	TAK*	
37	Wymiary dolnej półki dł x szer. 54 x 50 cm (+/- 9 cm)	TAK	
38	Wymiary górnej półki dł. x szer. 54 x 37 cm (+/- 9 cm)	TAK	
39	Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP).	TAK	
40	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
41	Serwis gwarancyjny na terenie Polski	Tak, podać dane serwisu	Nazwa firmy serwisu: ... Adres: ... Tel.: .... e-mail: ...

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

**Uwaga!**

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

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 3.6**

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

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

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
I	Producent	Podać	
II	Nazwa i typ	Podać	
III	Kraj pochodzenia	Podać	
IV	Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe)	Min. 2022 lub nowszy	
V	Zamawiana ilość	4 szt.	
VI	Wykaz materiałów eksploatacyjnych	Podać	
	<b>Wymagania ogólne</b>	<b>Parametr wymagany</b>	<b>Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE</b>
<b>1</b>	prądy: interferencyjne (izoplanarny, dynamiczny, jednokanałowy AMF)	TAK*	
<b>2</b>	prądy: TENS (symetryczny, asymetryczny, naprzemienny, burst)	TAK*	
<b>3</b>	prądy: TENS do terapii porażień spastycznych	TAK*	
<b>4</b>	prądy: wg metody Kotz'a/rosyjska stymulacja	TAK*	
<b>5</b>	prądy: diadynamiczne (MF, DF, CP, CP-ISO, LP)	TAK*	
<b>6</b>	tonoliza	TAK*	
<b>7</b>	prądy: impulsowe – prostokątny, trójkątny	TAK*	
<b>8</b>	prądy: impulsowe wg metody Träberta, Leduca, neofaradyczny	TAK*	
<b>9</b>	prądy: galwaniczne	TAK*	
<b>10</b>	prądy: unipolarne falujące	TAK*	
<b>11</b>	prądy: mikroprądy	TAK*	
<b>12</b>	Dwa całkowicie niezależne kanały zabiegowe	TAK*	
13	Regulacja natężenia w obwodzie pacjenta jednocześnie dla obu kanałów lub osobno	TAK	
14	Elektrodiagnostyka z graficzną prezentacją krzywej I/t	TAK	
15	Automatyczne wyliczanie reobazy, chronaksji, współczynnika akomodacji	TAK	
16	Tryb pracy: programowy/manualny	TAK	
17	Baza wbudowanych programów zabiegowych (min. 50)	TAK	
18	Programy ulubione	TAK	
19	Możliwość zapisywanie własnych programów	TAK	
20	Wbudowane sekwencje do elektroterapii	TAK	
21	Zegar zabiegowy	TAK	
<b>22</b>	Test elektrod	TAK*	
<b>23</b>	Autotest – kontrola sprawności aparatu	TAK*	
24	Praca w trybie stabilizacji prądu lub stabilizacji napięcia	TAK	
<b>25</b>	Wyposażenie: przewód sieciowy, kable pacjenta (2 szt), elektrody 6x6 cm i 7,5x9 cm	TAK*	

*Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23*

26	Adapter do kabla pacjenta 4 mm	TAK	
27	Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP).	TAK	
28	<p><b>Kozetka medyczna drewniana</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Mocna stabilna drewniana konstrukcja, dwuczęściowy -zagłówek, leże</li> <li>b) Pokryta materiałem łatwo myjącym, odporny na działanie środków do dezynfekcji</li> <li>c) Regulowany zagłówek min trzy ustawienie w zakresie 0-35 stopni</li> <li>d) Wymiary 187x66x70 cm (dł.,szer.,wys.) (+/- 3 cm)</li> <li>e) Waga do 33 kg</li> <li>f) Wytrzymałość. obciążenie 150 kg</li> <li>g) Uchwyt na papier</li> <li>h) 1 sztuka</li> </ul> <p>(łącznie 4 szt.)</p>	TAK*	
29	<p><b>Elektrody punktowe</b> – zestaw zawiera rozmiary o średnicy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) 6mm – 1 szt.</li> <li>b) 10mm – 1 szt.</li> <li>c) 15mm – 1 szt.</li> <li>d) 20mm – 1 szt.</li> <li>e) Materiał zgodny z dyrektywą ROHS 2011/65/UE</li> </ul> <p>(łącznie 4 zestawy)</p>	TAK*	
30	<p><b>Stolik pod aparat do fizykoterapii :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. trzypółkowy</li> <li>b. Szuflada na akcesoria</li> <li>c. System jezdny – kółka</li> <li>d. Trwała konstrukcja</li> <li>e. Wymiary 85x54x52 cm (+/- 10 cm)</li> <li>f. Wymiary dolnej półki dł x szer. 54 x 50 cm (+/- 9 cm)</li> <li>g. Wymiary górnej półki dł. x szer. 54 x 37 cm (+/- 9 cm)</li> <li>h. 1 sztuka</li> </ul> <p>(łącznie 4 sztuki)</p>	TAK*	
31	Elastyczny pas rzepowy do mocowania elektrod 60x10 (+/- 2 cm) 5 sztuk (łącznie 20 sztuk)	TAK*	
32	Elastyczny pas rzepowy do mocowania elektrod 40x10 (+/- 2 cm) 5 sztuk (łącznie 20 sztuk)	TAK*	
33	Woreczek z piaskiem 21x28 (+/- 2 cm) 5 sztuk (łącznie 20 sztuk)	TAK	
34	Instrukcja obsługi w języku polskim, paszport techniczny	TAK	
35	Serwis gwarancyjny na terenie Polski	Tak, podać dane serwisu	Nazwa firmy serwisu: ... Adres: ... Tel.: .... e-mail: ...

Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23

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

**Uwaga!**

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

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

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

Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23

ZAŁĄCZNIK NR 3.7

SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

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

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
I	Producent	Podać	
II	Nazwa i typ	Podać	
III	Kraj pochodzenia	Podać	
IV	Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe)	Min. 2022 lub nowszy	
V	Ilość	4 szt.	
	<b>Wymagania ogólne</b>	<b>Parametr wymagany</b>	<b>Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE</b>
1	4-sekcyjny stół do masażu i rehabilitacji	TAK*	
2	Łatwa regulacja zagłówka przy pomocy sprężyny gazowej (od -70° do +40°)	TAK*	
3	Zagłówek z wyprofilowanym otworem na twarz wraz z zaślepką	TAK	
4	Opuszczane boczki zagłówka, na przedramiona	TAK	
5	Dwuwarstwowa tapicerka wykonana z atestowanych materiałów. Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych	TAK	
6	Łącznik z tapicerki maskujący przerwy między sekcjami	TAK	
7	Śruby mocujące leżysko wkręcane w metalowe wzmocnienia znajdujące się w desce tapicerki	TAK	
8	Stabilna stalowa rama o konstrukcji krzyżakowej	TAK*	
9	Malowana proszkowo, stabilna stalowa rama	TAK*	
10	System elektrycznej regulacji wysokości za pomocą ramki wokół podstawy stołu (min. od 50 do 101 cm)	TAK*	
11	Wymiary max. Dł. 202 x Wys.50-101 x Szer.64 mm tolerancja (+-3 cm)	TAK*	
12	Waga max. 55 kg	TAK, podać	
13	Zagłówek z wycięciem na twarz	TAK	
14	Regulowany zagłówek za pomocą sprężyny gazowej [°]: -65 / +35 (+/-5°)	TAK*	
15	Relingi do zamocowania pasów	TAK	
16	System elektrycznej regulacji wysokości za pomocą ramki wokół	TAK	
17	Zintegrowany z podstawą stołu system zabezpieczający przed niepożądaną zmianą ustawień stołu. System musi zapewniać bezpieczeństwo nawet po odłączeniu sterowania zdalnego w postaci pilota bądź pedału nożnego	TAK	
18	Zintegrowany sterownik elektroniczny z możliwością obsługi do 2 siłowników, umiejscowiony w podstawie stołu	TAK	
19	Uchwyt na ręczniki montowany do stołu	TAK	
20	Malowana proszkowo ramka wokół podstawy stołu dostępna z czterech stron	TAK	

Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23

21	Antypoślizgowe, gumowe stopki z regulacją wysokości do 1 cm umożliwiające wypoziomowanie stołu	TAK	
22	Wytrzymałość obciążenie: min. 200 kg	TAK*	
23	System jezdny, składającym się z 4 małych kółek ( na każdym rogu stołu 1 ) i 4 antypoślizgowych, gumowych stopek	TAK*	
24	Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP).	TAK	
25	Taboret siodło - 1 szt.: a) Profilowane siedzisko w kształcie siodła, b) wysokość: 54-74 c) regulacja kąta nachylenia 15 d) obciążenie 150 kg e) System jezdny 4 kółka f) Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych g) Grubość pianki siedziska 4,5 cm- 5,5 cm h) Waga 6-7 kg (łącznie 4 sztuki)	Tak	
26	<b>Schodek jednostopniowy</b> – 1 szt.: a) Wymiary 50x30cm (+/- 3 cm) b) Wysokość 22cm c) Wytrzymałość waga użytkownika 120 kg d) Silna stabilna konstrukcja e) Pokryta antypoślizgową wykładziną f) Nasadki antypoślizgowe na nóżkach (łącznie 4 sztuki)	Tak	
27	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
28	Serwis gwarancyjny na terenie Polski	Tak, podać dane serwisu	Nazwa firmy serwisu: ... Adres: ... Tel.: .... e-mail: ...

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

**Uwaga!**

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

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

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



**ZAŁĄCZNIK NR 3.8**

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

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

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

Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23

		e-mail: ...
--	--	-------------

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

**Uwaga!**

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

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

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

Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23

**ZAŁĄCZNIK NR 3.9**

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

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

L p.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
I	Producent	Podać	
II	Nazwa i typ	Podać	
III	Kraj pochodzenia	Podać	
IV	Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe)	Min. 2022 lub nowszy	
V	Zamawiana ilość	1 szt.	
VI	Wykaz materiałów eksploatacyjnych	Podać	
	<b>Wymagania ogólne</b>	<b>Parametr wymagany</b>	<b>Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE</b>
1	Aparat współpracujący z aplikatorem płaskim i aplikatorem szpulowym o śr. min 75 cm	TAK*	
2	Dwa niezależne kanały zabiegowe	TAK*	
3	parametry trybu przerywanego: impuls 1 s/ przerwa 0,5 – 8	TAK	
4	Spektrum częstotliwości: 0 – 50 Hz	TAK*	
5	Zegar zabiegowy: 30 s - 60 minut	TAK	
6	Okulary ochronne dla pacjenta	TAK	
7	Kolorowy wyświetlacz z panelem dotykowym	TAK	
8	Tryb manualny	TAK	
9	Baza wbudowanych programów zabiegowych	TAK	
10	Baza programów użytkownika	TAK	
11	Baza sekwencji użytkownika	TAK	
12	Programy ulubione	TAK	
13	Regulacja głośności sygnalizatora dźwiękowego	TAK	
14	Kształt pola: prostokątny dwupołówkowy, trójkątny dwupołówkowy, prostokątny jednapołówkowy, trójkątny jednapołówkowy, sinusoidalny jednapołówkowy, impulsowy jednapołówkowy	TAK	
15	Możliwość edycji nazw programów i sekwencji użytkownika	TAK	
16	Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP).	TAK	
17	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
18	Serwis gwarancyjny na terenie Polski	Tak, podać dane serwisu	Nazwa firmy serwisu: ... Adres: ... Tel.: .... e-mail: ...
<b>Wypożyczenie Aplikator płaski ze statywem – 1 szt.</b>			
19	Producent	Podać	
20	Nazwa i typ	Podać	
21	Kraj pochodzenia	Podać	
22	Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe)	Min. 2022 lub nowszy	
23	Wykaz materiałów eksploatacyjnych	Podać	
	<b>Wymagania ogólne</b>	<b>Parametr wymagany</b>	<b>Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE</b>
24	Współpracuje z aparatem do magnetoterapii	TAK*	

*Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23*

25	Regulacja wysokości statywu	TAK*	
26	Kąt regulacji obrotu aplikatora min. 150°	TAK*	
27	Kółka jezdne statywu	TAK*	
28	Maksymalna indukcja znamionowa w geometrycznym środku aplikatora 3 mT	TAK	
29	Maksymalna instrukcja znamionowa przy ściance aplikatora 12,5mT	TAK	
30	Maksymalna wartość zmiany indukcji 25 mT	TAK	
31	Wskaźnik wizualny aktywności pola magnetycznego.	TAK	
32	Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP).	TAK	
33	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
34	Serwis gwarancyjny na terenie Polski	Tak, podać dane serwisu	Nazwa firmy serwisu: ... Adres: ... Tel.: .... e-mail: ...
<b>Wyposażenie Aplikator szpulowy – 1 szt.</b>			
35	Producent	Podać	
36	Nazwa i typ	Podać	
37	Kraj pochodzenia	Podać	
38	Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe)	Min. 2022 lub nowszy	
39	Wykaz materiałów eksploatacyjnych	Podać	
	<b>Wymagania ogólne</b>	<b>Parametr wymagany</b>	<b>Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE</b>
40	Aplikator współpracujący z aparatem do magnetoterapii	TAK*	
41	Średnica aplikatora min. 75 cm	TAK*	
42	Wizualny wskaźnik aktywności pola magnetycznego	TAK	
43	Maksymalna indukcja znamionowa w geometrycznym środku aplikatora 3mT	TAK	
44	Maksymalna indukcja znamionowa przy ściance aplikatora 4,5mT	TAK	
45	Maksymalna wartość zmiany indukcji 9 mT	TAK	
46	Aplikator współpracuje z leżanką do pola magnetycznego	TAK	
47	Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP).	TAK	
48	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
49	Serwis gwarancyjny na terenie Polski	Tak, podać dane serwisu	Nazwa firmy serwisu: ... Adres: ... Tel.: .... e-mail: ...
<b>Wyposażenie Leżanka pola magnetycznego – 1 szt.</b>			
50	Producent	Podać	
51	Nazwa i typ	Podać	
52	Kraj pochodzenia	Podać	
53	Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe)	Min. 2022 lub nowszy	
54	Wykaz materiałów eksploatacyjnych	Podać	
	<b>Wymagania ogólne</b>	<b>Parametr wymagany</b>	<b>Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE</b>

*Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23*

55	Leżanka pola magnetycznego współpracuje z aplikatorem szpulowym o śr min 75 cm	TAK*	
56	Nośność leżanki min 130 kg	TAK*	
57	Wymiary leżanki wraz z półką max (dł. szer. wys.) 215 x 54 x 120 cm +/- 20 mm	TAK*	
58	Wysokość leżyska 60 - 65cm	TAK	
59	Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP).	TAK	
60	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
61	Serwis gwarancyjny na terenie Polski	Tak, podać dane serwisu	Nazwa firmy serwisu: ... Adres: ... Tel.: .... e-mail: ...

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

**Uwaga!**

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

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

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

Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23

ZAŁĄCZNIK NR 3.10

SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

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

Lp	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
I	Producent	Podać	
II	Nazwa i typ urządzenia	Podać	
III	Kraj pochodzenia	Podać	
IV	Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe)	Min. 2022 lub nowszy	
V	Zamawiana ilość	5 szt.	
VI	Wykaz materiałów eksploatacyjnych	Podać	
	<b>Wymagania ogólne</b>	<b>Parametr wymagany</b>	<b>Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE</b>
1	2-sekcyjny stół do masażu i rehabilitacji	TAK*	
2	Regulacja zagłówka przy pomocy sprężyny gazowej (od -70° do +40°)	TAK*	
3	Zagłówek z wyprofilowanym otworem na twarz wraz z zaślepką	TAK*	
4	Dwuwarstwowa tapicerka wykonana z atestowanych materiałów. Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych	TAK*	
5	Łącznik z tapicerki maskujący przerwy między sekcjami	TAK	
6	Stabilna stalowa rama o konstrukcji krzyżakowej	TAK*	
7	Relingi do zamocowania pasów oraz uchwyt na ręcznik montowany do stołu	TAK	
8	System elektrycznej regulacji wysokości za pomocą ramki wokół podstawy stołu (od 50 do 101 cm)	TAK*	
9	Zintegrowany z podstawą stołu system zabezpieczający przed niepożądaną zmianą ustawień stołu	TAK	
10	System musi zapewniać bezpieczeństwo nawet po odłączeniu sterowania zdalnego w postaci pilota bądź pedału nożnego	TAK	
11	Zintegrowany sterownik elektroniczny z możliwością obsługi do 2 siłowników, umiejscowiony w podstawie stołu	TAK	
12	Malowana proszkowo ramka wokół podstawy stołu dostępna z czterech stron	TAK	
13	Antypoślizgowe, gumowe stopki z regulacją wysokości do 1 cm umożliwiające wypoziomowanie stołu	TAK	
14	Wymiary max. Dł. 202 x Wys.50-101 x Szer.64 mm (tolerancja +/-3 cm)	TAK*	
15	Wytrzymałość obciążenie: min. 200 kg	TAK*	
16	System jezdny, składającym się z 4 małych kółek (na każdym rogu stołu 1) i 4 antypoślizgowych, gumowych stoppek	TAK*	
17	Możliwość łatwego przestawiania stołu bez podnoszenia go	TAK	
18	Zagłówek krótki maksimum 46 cm (tolerancja +/-3 cm)	TAK	

*Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23*

19	Materiał pokrycia gładki, łatwy do mycia i odporny na działanie środków dezynfekcyjnych	TAK	
20	Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP)	TAK	
21	Półwałek 40x5x25 (+/- 2cm) – 1 sztuka Materiał pokrycia gładki, łatwy do mycia i odporny na działanie środków dezynfekcyjnych. Kolorystyka do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych (łącznie 5 sztuk)	TAK	
22	Półwałek 60x18x12 (+/- 2cm) -1 sztuka Materiał pokrycia gładki, łatwy do mycia i odporny na działanie środków dezynfekcyjnych. Kolorystyka do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych (łącznie 5 sztuk)	TAK	
23	Półwałek 50x10x7 (+/- 2cm) – 1 sztuka Materiał pokrycia gładki, łatwy do mycia i odporny na działanie środków dezynfekcyjnych. Kolorystyka do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych (łącznie 5 sztuk)	TAK	
24	Klin 10x20x25 (+/- 2cm) – 4 sztuki Materiał pokrycia gładki, łatwy do mycia i odporny na działanie środków dezynfekcyjnych. Kolorystyka do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych (łącznie 20 sztuk)	TAK	
25	Klin 30x40x12 (+/- 2cm) – 2 sztuki Materiał pokrycia gładki, łatwy do mycia i odporny na działanie środków dezynfekcyjnych. Kolorystyka do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych (łącznie 10 sztuk)	TAK	
26	Walek 50x 15 (+/- 2cm) – 1 sztuka Materiał pokrycia gładki, łatwy do mycia i odporny na działanie środków dezynfekcyjnych. Kolorystyka do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych (łącznie 5 sztuk)	TAK	
27	Urządzenie działające w oparciu o zmiany ciśnienia w mankiecie napełnionym powietrzem, do oceny pracy mięśnia poprzecznego brzucha, umożliwiające trening z biofeedbackiem – 1 szt. (łącznie 5 sztuk)	TAK	
28	Piłka fitness śr. 55 cm z ABS x1 szt., obciążenie piłki min. 300 kg (łącznie 5 sztuk)	TAK	
29	Miękka piłka lekarska x 2 szt. - 0.5 kg, śr. 10-12 cm (łącznie 10 sztuk)	TAK	
30	Miękka piłka lekarska x2 szt. - 1 kg, śr. 10-12 cm (łącznie 10 sztuk)	TAK	
31	Miękka piłka lekarska x2 szt. - 1.5 kg, śr. 10-12 cm (łącznie 10 sztuk)	TAK	

Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23

32	Silikonowe bańki: 1 zestaw zawiera min. 4 różne rozmiary: 1,5/5cm, 4/8cm, 5,5/5,5cm, 7/8cm (+/- 1cm) (łącznie 5 zestawów)	TAK	
33	Dynamometr pneumatyczny 1 szt. (łącznie 5 sztuk)	TAK	
34	Goniometr 1 szt. (razem 5 sztuk)	TAK	
35	Elektroniczny sportowy stoper cyfrowy 1szt. (łącznie 5 sztuk)	TAK	
36	Mata gimnastyczna a) rozmiar 190 cm x 60 cm x 2,5 cm (+/- 20 mm) b) Wyposażona w otwory umożliwiające zawieszenie c) materiał lekki, elastyczny, d) antystatyczny, nie wchłaniający wilgoci e) amortyzujący upadki f) 2 sztuki (łącznie 10 sztuk)	TAK	
37	Taborety obrotowe z oparciem a) Regulacja wysokości 62-88cm (+/- 2 cm) b) Tapicerowany na całej powierzchni siedziska i oparcia c) Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych d) Podstawa pięcioramienna na kołkach e) Wytrzymałość dopuszczalne obciążenie 120kg f) Średnica siedziska 34 -39 cm g) 2 sztuki (łącznie 10 sztuk)	TAK	
38	Parawan teleskopowy mobilny: a) Mechanizm jezdny – koła z blokadą b) Ramię teleskopu min. 200 cm c) Materiał zasłony zmywalny d) Możliwość wyboru koloru materiału e) Wysokość min. 165 cm f) 2 sztuki (łącznie 10 szt.)	TAK*	
39	Materac rehabilitacyjny: a) 3 – częściowy składany z uchwytem b) Wymiar 195x85x5 cm +/- 20 mm c) Materiał pokrycia gładki, łatwy do mycia i odporny na działanie środków dezynfekcyjnych. d) Kolorystyka do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych e) 4 sztuki (łącznie 20 sztuk)	TAK	
40	Zestaw obciążników na kostki i nadgarstki a) 2 szt. x 0,5 kg b) 2szt. x1 kg c) 2 szt. x1,5 kg d) 2 szt. x2 kg e) 2 szt. x3 kg (łącznie 5 zestawów)	TAK	



Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23

41	<b>Obciążenie czworokątne (zestaw):</b> a) 1 szt. x2,5 kg b) 1 szt. x5 kg c) gumowa powłoka o zwiększonej odporności na ścieranie d) Praktyczne uchwyty e) <b>Średnica obciążenia: 30 cm</b> (łącznie 5 zestawów)	TAK	
42	Walek 60x10 (+/- 2cm) – 1 sztuka Materiał pokrycia gładki, łatwy do mycia i odporny na działanie środków dezynfekcyjnych. Kolorystyka do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych (łącznie 5 szt.)	TAK	
43	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
44	Serwis gwarancyjny na terenie Polski	Tak, podać dane serwisu	Nazwa firmy serwisu: ... Adres: ... Tel.: .... e-mail: ...

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

**Uwaga!**

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

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

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

Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23

**ZAŁĄCZNIK NR 3.11**

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

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

Lp	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Wartość oferowana
I	Producent	Podać	
II	Nazwa i typ	Podać	
III	Kraj pochodzenia	Podać	
IV	Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe)	Min. 2022 lub nowszy	
V	Zamawiana ilość	1 szt.	
VI	Wykaz materiałów eksploatacyjnych	Podać	
	<b>Wymagania ogólne</b>	<b>Parametr wymagany</b>	<b>Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE</b>
1	Konstrukcja sufitowa z trzema trawersami	TAK*	
2	Wielofunkcyjny aparat do ćwiczeń, mocowany do sufitu x3	TAK*	
3	Aparat do ćwiczeń z elementami rotacji x1	TAK*	
4	Komplet uchwytów zwykłych - 4x	TAK	
5	Komplet wzmocnionych uchwytów – 1x	TAK	
6	Podwieszka szeroka - x2	TAK	
7	Podwieszka wąska – 2x	TAK	
8	Podwieszka dzielona -1x	TAK	
9	Walek 15x55cm (+/- 5cm) – 1x	TAK	
10	Poduszka sensomotoryczna - 2szt.	TAK	
11	Linka 60 cm – 2 szt.	TAK	
12	Linka 30 cm – 2 szt.	TAK	
13	Linka elastyczna 30 cm czarna – 2 szt.	TAK	
14	Linka elastyczna 30 cm czerwona – 2 szt.	TAK	
15	Linka elastyczna 60 cm czarna – 2 szt.	TAK	
16	Linka elastyczna 60 cm czerwona – 2szt.	TAK	
17	Zwalniacz linki x1	TAK	
18	Klipsy – 3 szt.	TAK	
19	Wieszak na akcesoria – 2 szt.	TAK	
20	Instrukcja obsługi w języku polskim - papierowa	TAK	
21	Instrukcja obsługi w języku polskim – płyta CD	TAK	
22	Stalowe wsporniki x1	TAK	
23	Komplet dodatkowych nówek 120 cm	TAK	
24	Plakat ćwiczeń	TAK	
25	Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP)	TAK	
26	Serwis gwarancyjny na terenie Polski	Tak, podać dane serwisu	Nazwa firmy serwisu: ... Adres: ... Tel.: ... e-mail: ...
<b>Wyposażenie: Zestaw do ćwiczeń metodą NEURAC</b>			
27	Producent	Podać	
28	Nazwa i typ	Podać	
29	Kraj pochodzenia	Podać	
30	Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe)	Min. 2022 lub nowszy	

*Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23*

31	Zamawiana ilość	1 szt.	
32	Wykaz materiałów eksploatacyjnych	Podać	
		<b>Parametr wymagany</b>	<b>Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE</b>
33	Wielofunkcyjny aparat do ćwiczeń, mocowany do sufitu x1	TAK*	
34	Aparat do ćwiczeń z elementami rotacji x1	TAK*	
35	Komplet uchwytów zwykłych - 2x	TAK	
36	Komplet wzmocnionych uchwytów – 1x	TAK	
37	Podwieszka szeroka - x1	TAK	
38	Podwieszka wąska – 2x	TAK	
39	Podwieszka dzielona -1x	TAK	
40	Poduszka sensomotoryczna - 2szt.	TAK	
41	Linka 60 cm – 2 szt.	TAK	
42	Linka elastyczna 60 cm czerwona – 2 szt.	TAK	
43	Linka elastyczna 60 cm czarna – 2 szt.	TAK	
44	Zwalniacz linki – 1 szt.	TAK	
45	Zestaw montażowy	TAK	
46	Wieszak na akcesoria – 1 szt.	TAK	
47	Stelaż do aparatu o regulacji wysokości w zakresie 25 – 87 cm (+/- 2 cm) dla sufitów 266 – 327 (+/- 2 cm)	TAK	
48	Dodatkowe nóżki do stelaża	TAK	
49	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
50	Plakat ćwiczeń	TAK	
51	Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP)	TAK	
52	Serwis gwarancyjny na terenie Polski	Tak, podać dane serwisu	Nazwa firmy serwisu: ... Adres: ... Tel.: ... e-mail: ...

**Wyposażenie: Zestaw do ćwiczeń metodą NEURAC**

53	Producent	Podać	
54	Nazwa i typ	Podać	
55	Kraj pochodzenia	Podać	
56	Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe)	Min. 2022 lub nowszy	
57	Zamawiana ilość	1 szt.	
		<b>Parametr wymagany</b>	<b>Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE</b>
	<b>Wymagania podstawowe</b>		
58	Współpracuje z systemem <b>do ćwiczeń metodą NEURAC</b>	TAK	
59	Komplet uchwytów zwykłych - 2x	TAK	
60	Komplet wzmocnionych uchwytów – 1x	TAK	
61	Podwieszka szeroka - x1	TAK	
62	Podwieszka wąska – 2x	TAK	
63	Podwieszka dzielona -1x	TAK	
64	Linka 60 cm – 2 szt.	TAK	
65	Linka 30 cm – 2 szt.	TAK	
66	Linka elastyczna 30 cm czerwona – 2 szt.	TAK	
67	Linka elastyczna 30 cm czarna – 2 szt.	TAK	
68	Linka elastyczna 60 cm czerwona – 2 szt.	TAK	

*Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23*

69	Linka elastyczna 60 cm czarna – 2 szt.	TAK	
70	Zwalniacz linki – 3 szt.	TAK	
71	Linka 5m z klamrą – 1 szt.	TAK	
72	Narzędzie do odpinania Linek / Karabińczyk– 2 szt	TAK	
73	Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP)	TAK	
74	Serwis gwarancyjny na terenie Polski	Tak, podać dane serwisu	Nazwa firmy serwisu: ... Adres: ... Tel.: .... e-mail: ...

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

**Uwaga!**

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

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

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

Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23

ZAŁĄCZNIK NR 3.12

SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

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

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

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

**Uwaga!**

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

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

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

Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23

**ZAŁĄCZNIK NR 3.13**

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

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

L p.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
I	Producent	Podać	
II	Nazwa i typ	Podać	
III	Kraj pochodzenia	Podać	
IV	Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe)	Min. 2022 lub nowszy	
V	Zamawiana ilość	3 szt.	
	<b>WYMAGANIA OGÓLNE</b>	<b>Parametr wymagany</b>	<b>Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE</b>
1	Krata (8 elementów) o rozmiarze 200x200x200cm (+/- 5%)	TAK*	
2	Waga 114 kg (+/- 5%)	TAK	
3	Zestaw osprzętu do Ugula:	TAK	
4	Linka do zawieszzeń 1,6m – 6 szt (łącznie 18 szt)	TAK	
5	Linka do zawieszzeń 1,2m – 6 szt (łącznie 18 szt.)	TAK	
6	Linka do zawieszzeń 0,75m- 4 szt (łącznie 12 szt.)	TAK	
7	Linka do ćwiczeń samowspomaganych 2,25m-2 szt (łącznie 6 szt.)	TAK	
8	Linka do ćwiczeń samowspomaganych 5,5m-2 szt (łącznie 6 szt.)	TAK	
9	Linka z bloczkami do ćwiczeń z odciążeniem 3,5m-4szt (łącznie 12 szt.)	TAK	
10	Podwieszka przedramion i podudzi 0,11 x 0,47m- 6 szt (łącznie 18 szt.)	TAK	
11	Podwieszka ramion i ud 0,57 x 0,15m-6 szt (łącznie 18 szt.)	TAK	
12	Podwieszka pod miednicę 0,9 x 0,22m-1 szt (łącznie 3 szt.)	TAK	
13	Podwieszka pod klatkę piersiową 0,78x 0,24x 0,11-1 szt (łącznie 3 szt.)	TAK	
14	Podwieszka pod głowę 0,62 x 0,17m-1 szt (łącznie 3 szt.)	TAK	
15	Podwieszka wąska pod stopę 0,6 x 0,54m- 4 szt (łącznie 12 szt.)	TAK	
16	Podwieszka dwustawowa- 6 szt (łącznie 18 szt.)	TAK	
17	Uniwersalny pas do wyciągu za miednicę - 1 szt (łącznie 3 sztuki)	TAK	
18	Kamaszek do ćwiczeń i wyciągów - 2 szt. (łącznie 6 szt.)	TAK	
19	Obciążnik 0,5 kg-2 szt (łącznie 6 szt.)	TAK	
20	Obciążnik 1,0 kg-2 szt	TAK	

Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23

	(łącznie 6 szt.)		
21	Obciążnik 1,5 kg- 2szt (łącznie 6 szt.)	TAK	
22	Obciążnik 2,0 kg-2 szt (łącznie 6 szt.)	TAK	
23	Obciążnik 2,5 kg-2 szt (łącznie 6 szt.)	TAK	
24	Obciążnik 3,0 kg-2 szt (łącznie 6 szt.)	TAK	
25	Mankiet nadgarstkowy 0,25 x 0,08 m- 2szt. (łącznie 6 szt.)	TAK	
26	Mankiet nadgarstkowy 0,33 x 0,1 m-2 szt (łącznie 6 szt.)	TAK	
27	Mankiet udowy 0,48 x 0,11 m-2 szt (łącznie 6 szt.)	TAK	
28	Esik- hak do zawieszon-30 szt (łącznie 90 szt.)	TAK	
29	Wyposażenie: Kozetka medyczna drewniana a) Mocna stabilna drewniana konstrukcja, dwuczęściowy -zagłówek, leże b) Pokryta materiałem łatwo myjącym, odporny na działanie środków do dezynfekcji c) Regulowany zagłówek min trzy ustawienie w zakresie 0-35 stopni d) Wymiary 187x66x70 cm (dł.,szer.,wys.) (+/- 3 cm) e) Waga do 33 kg f) Wytrzymałość obciążenie 150 kg g) Uchwyt na papier h) 1 szt. (łącznie 3 szt.)	TAK*	
29	Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP)	TAK	
30	Serwis gwarancyjny na terenie Polski	Tak, podać dane serwisu	Nazwa firmy serwisu: ... Adres: ... Tel.: .... e-mail: ...

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

**Uwaga!**

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

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

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

Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23

**ZAŁĄCZNIK NR 3.14**

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

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

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



Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23

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

**Uwaga!**

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

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

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

Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23

**ZAŁĄCZNIK NR 3.15**

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

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

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
I	Producent	Podać	
II	Nazwa i typ	Podać	
III	Kraj pochodzenia	Podać	
IV	Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe)	Min. 2022 lub nowszy	
V	Zamawiana ilość	1 szt.	
	<b>Wymagania ogólne</b>	<b>Parametr wymagany</b>	<b>Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE</b>
1	stabilna stalowa konstrukcja i łożyskowane rolki	TAK	
2	Regulacja oparcia w pionie Zamawiający dopuszcza atlas jednostanowiskowy z regulacją wysokości siedziska	TAK	
3	Posiada 1 stanowisko, ewentualnie 2 stanowiska (2 stanowiska pod warunkiem zachowania wymiaru atlasu: 165 x 166 x 215 cm (+/- 20 cm) lub 119,5cm x 205,8cm x 213,0cm oraz zgodności z pozostałymi parametrami określonymi dla atlasu jednostanowiskowego)	TAK*	
4	Posiada wyciąg górny i dolny	TAK	
5	Stacja nożna regulowana	TAK	
6	Ośłona stosu	TAK	
7	Waga stosu: od 73 do 80 kg (16 sztabek)	TAK	
8	Możliwość rozbudowy stosu : od 95 do 100 kg (opcja)	TAK	
9	Wytrzymałość: waga użytkownika: 120 kg	TAK*	
10	Kolor: czarny lub srebrny	TAK	
11	Wymiary atlasu: 165 x 166 x 215 cm (+/- 20 cm) lub 119,5cm x 205,8cm x 213,0cm	TAK*	
12	Powierzchnia potrzebna do ćwiczeń: 200 x 225 x 215 cm ( +/- 25 mm)	TAK*	
13	Waga atlasu do 220 kg	TAK, podać	
14	funkcja: wiosłowanie	TAK	
15	funkcja: biceps	TAK	
16	funkcja: triceps	TAK	
17	funkcja: klatka piersiowa	TAK	
18	funkcja: najszerszy grzbietu,	TAK	
19	funkcja: ćwiczenia nóg w pozycji siedzącej i stojącej	TAK	
20	funkcja: brzuch	TAK	
21	Maty pod sprzęt rehabilitacyjny a) Kolor czarny b) Wymiary 190-200 x 100-110 x 0,5 cm c) Amortyzująca d) Antypoślizgowa e) 2 sztuki	TAK, podać wymiary	
22	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
23	Serwis gwarancyjny na terenie Polski	Tak, podać dane serwisu	Nazwa firmy serwisu: ... Adres: ... Tel.: .... e-mail: ...

Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23

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

**Uwaga!**

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

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

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

Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23

**ZAŁĄCZNIK NR 3.16**

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**PAKIET NR 16 - Schody treningowe**

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

Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23

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

**Uwaga!**

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

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

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

ZAŁĄCZNIK NR 3.17

SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

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

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Wartość oferowana
I	Producent	Podać	
II	Nazwa i typ urządzenia	Podać	
III	Kraj pochodzenia	Podać	
IV	Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe)	Min. 2022 lub nowszy	
V	Zamawiana ilość	4 szt.	
VI	Wykaz materiałów eksploatacyjnych	Podać	
	<b>Wymagania ogólne</b>	<b>Parametr wymagany</b>	<b>Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE</b>
1	2-sekcyjny stół do masażu i rehabilitacji	TAK*	
2	Regulacja zagłówka przy pomocy sprężyny gazowej (od -70° do +40°)	TAK*	
3	Zagłówek z wyprofilowanym otworem na twarz wraz z zaślepką	TAK*	
4	Dwuwarstwowa tapicerka wykonana z atestowanych materiałów. Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych	TAK*	
5	Łącznik z tapicerki maskujący przerwy między sekcjami	TAK	
6	Stabilna stalowa rama o konstrukcji krzyżakowej	TAK*	
7	Relingi do zamocowania pasów oraz uchwyt na ręcznik montowany do stołu	TAK	
8	System elektrycznej regulacji wysokości za pomocą ramki wokół podstawy stołu (od 50 do 101 cm)	TAK*	
9	Zintegrowany z podstawą stołu system zabezpieczający przed niepożądaną zmianą ustawień stołu	TAK	
10	System musi zapewniać bezpieczeństwo nawet po odłączeniu sterowania zdalnego w postaci pilota bądź pedału nożnego	TAK	
11	Zintegrowany sterownik elektroniczny z możliwością obsługi do 2 siłowników, umiejscowiony w podstawie stołu,	TAK	
12	Malowana proszkowo ramka wokół podstawy stołu dostępna z czterech stron	TAK	
13	Antypoślizgowe, gumowe stopki z regulacją wysokości do 1 cm umożliwiające wypoziomowanie stołu	TAK	
14	Wymiary max. Dł. 202 x Wys.50-101 x Szer.64 (tolerancja +/-3 cm)	TAK*	
15	Wytrzymałość obciążenie: min. 200 kg	TAK*	
16	System jezdy, składającym się z 4 małych kółek (na każdym rogu stołu 1) i 4 antypoślizgowych, gumowych stopek	TAK*	
17	Możliwość łatwego przestawiania stołu bez podnoszenia go	TAK	
18	Zagłówek krótki maksimum 46 cm (tolerancja +/-3 cm)	TAK	

Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23

19	Materiał pokrycia gładki, łatwy do mycia i odporny na działanie środków dezynfekcyjnych.	TAK	
20	Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP)	TAK	
21	Taboret siodło – 1 szt.: a) Profilowane siedzisko w kształcie siodła, b) Wysokość regulowana: 54-74 c) regulacja kąta nachylenia 15 d) obciążenie 150 kg e) System jezdny 4 kółka f) Tapicerka zmywalna g) Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych h) Grubość pianki siedziska 4,5 cm- 5,5 cm i) Waga 6-7 kg (łącznie 4 szt.)	TAK	
22	Taboret obrotowy - 1 szt.: a) siedzisko okrągłe, b) Wysokość regulowana : 58-81 c) obciążenie 150 kg d) System jezdny 4 kółka e) Tapicerka zmywalna f) Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych g) Grubość pianki siedziska 4,5 cm- 5,5 cm h) Waga 6-7 kg (łącznie 4 szt.)	TAK	
23	Parawan teleskopowy montowany do ściany - 2 szt.: a) Ramię teleskopu min. 200 cm b) Materiał zasłony zmywalny c) Możliwość wyboru koloru materiału d) Wysokość zasłony min. 180 cm (łącznie 8 szt.)	TAK	
24	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
25	Serwis gwarancyjny na terenie Polski	Tak, podać dane serwisu	Nazwa firmy serwisu: ... Adres: ... Tel.: .... e-mail: ...

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

**Uwaga!**

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

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

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

**ZAŁĄCZNIK NR 3.18**

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**PAKIET NR 18 - Bieżnia treningowa**

Lp	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
I	Producent	Podać	
II	Nazwa i typ urządzenia	Podać	
III	Kraj pochodzenia	Podać	
IV	Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe)	Min. 2022 lub nowszy	
V	Zamawiana ilość	1 szt.	
	<b>WYMAGANIA OGÓLNE</b>	<b>Parametr wymagany</b>	<b>Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE</b>
1	Do użytku profesjonalnego	TAK	
2	duży wyświetlacz LED	TAK	
3	Informacje na wyświetlaczu: czas treningu, czas pozostały do końca treningu, całkowity czas treningów, zegar, prędkość, kąt pochylenia, dystans, tempo, tętno, METs, kalorie, Watt	TAK	
4	Programy treningowe: Go-szybki start, manualny, trening interwałowy, trening na spalania tkanki tłuszczowej, pagórki, trening kontroli tętna.	TAK	
5	Języki: polski, angielski, niemiecki	TAK	
6	zakres prędkości: min. 0.8 - 20km/h	TAK*	
7	zakres wzniosu: min. 0-15%	TAK	
8	wymiary powierzchni bieżnej: 152x56 cm +/- 20 mm <b>lub 164 x 60cm</b>	TAK*	
9	wysokość położenia blatu: 17,8 cm +/- 25 mm od podłoża	TAK	
10	poręcz wielopozycyjna z uchwytami /Zamawiający rozumie przez to: poręcz którą można chwycić w wielu pozycjach tj. z boku, przodu i pomiędzy/	TAK	
11	możliwość sterowania prędkością i pochyleniem z poziomu uchwytów	TAK	
12	pojemnik na bidon/klucze/akcesoria	TAK	
13	telemetryczny i dotykowy pomiar tętna	TAK	
14	Wytrzymałość: waga użytkownika: 180 kg	TAK*	
15	wymiary urządzenia po zmontowaniu: długość <b>203-210cm</b> x szerokość 95 +/- 25 mm x wysokość 165 cm +/- 25 mm	TAK	
16	waga urządzenia: do 150 kg	TAK	
17	port USB	TAK	
18	Mata pod sprzęt rehabilitacyjny: a) Kolor czarny b) Wymiary 200x100x0,5 cm +/- 20 mm c) Amortyzująca d) Antypoślizgowa e) 1 sztuka	TAK	
19	Serwis gwarancyjny na terenie Polski	Tak, podać dane serwisu	Nazwa firmy serwisu: ... Adres: ... Tel.: .... e-mail: ...



Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23

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

**Uwaga!**

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

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

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

Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23

**ZAŁĄCZNIK NR 3.19**

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

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

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
I	Producent	Podać	
II	Nazwa i typ	Podać	
III	Kraj pochodzenia	Podać	
IV	Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe)	Min. 2022 lub nowszy	
V	Zamawiana ilość	3 szt.	
	<b>Wymagania ogólne</b>	<b>Parametr wymagany</b>	<b>Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE</b>
1	Duża czytelna konsola w języku polskim	TAK	
2	Wygodne i ergonomiczne siedzisko, z oparciem na kręgosłup i podnoszonymi podłokietnikami	TAK	
3	Min 25 poziomów ustawień siodełka	TAK*	
4	Min 30 poziomów oporu	TAK	
5	Maksymalna waga użytkownika: 182 kg (+/- 2 kg)	TAK*	
6	Wymiary maksymalne 160 x 74 x 140 cm	TAK	
7	Waga urządzenia do 85 kg	TAK	
8	Maty pod sprzęt rehabilitacyjny - 1 szt.: a) Kolor czarny b) Wymiary 200x100x0,5 cm +/- 20 mm c) Amortyzująca d) Antypoślizgowa (łącznie 3 szt.)	TAK	
9	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
10	Serwis gwarancyjny na terenie Polski	Tak, podać dane serwisu	Nazwa firmy serwisu: ... Adres: ... Tel.: .... e-mail: ...

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

**Uwaga!**

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

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

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

Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23

ZAŁĄCZNIK NR 3.20

SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

PAKIET NR 20 – Skaner do wykrywania żył

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

Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23

	zmienia się wraz ze zmianą głębokości położenia żyły.		
12.	Urządzenie sklasyfikowane jako wyrób medyczny	TAK*	
13.	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
14.	Serwis gwarancyjny na terenie Polski	Tak, podać dane serwisu	Nazwa firmy serwisu: ... Adres: ... Tel.: .... e-mail: ...

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

**Uwaga!**

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

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

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

Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23

ZAŁĄCZNIK NR 3.21

SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

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

Lp.	Opis parametrów wymaganych	Parametr wymagany	Parametr oferowany
I	Producent	Podać	
II	Nazwa i typ urządzenia	Podać	
III	Kraj pochodzenia	Podać	
IV	Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe)	Min. 2022 lub nowszy	
V	Zamawiana ilość	1 szt.	
VI	Wykaz materiałów eksploatacyjnych	Podać	
	<b>Wymagania ogólne</b>	<b>Parametr wymagany</b>	<b>Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE</b>
<b>1</b>	Zakres pomiaru dorosły: 0-300 mmHg, pediatryczny: 0-150 mmHg (względem ciśnienia atmosferycznego)	TAK*	
<b>2</b>	Czujnik ciśnienia	TAK*	
<b>3</b>	Bateria do 168 godzin (pomiar co 30 minut)	TAK*	
<b>4</b>	Pamięć 1000 badań	TAK*	
<b>5</b>	Okresy pomiarowe 6	TAK*	
<b>6</b>	Definicja aktywności/snu	TAK*	
<b>7</b>	Tryb pracy dorosły, pediatryczny	TAK*	
<b>8</b>	Praca stacjonarna zasilanie tylko z USB i sterowanie ręczne	TAK*	
<b>9</b>	Harmonogram rejestracji pomiarów tak (podział na aktywność i sen)	TAK*	
<b>10</b>	Szybkie rozpoczęcie pracy	TAK*	
<b>11</b>	Obsługa łatwa, możliwość programowania bez komputera	TAK*	
<b>12</b>	Urządzenie współpracujące z oprogramowaniem posiadanym przez Zamawiającego, tj. Aspel 508 ABPM, holcard CR-07 v.2.50.00 - v3.12.01 lub inne dedykowane oprogramowanie wielostanowiskowe, realizujące zlecenia w standardzie HL7	TAK*	
<b>13</b>	Wewnętrzny zegar czasu rzeczywistego	TAK*	
<b>14</b>	Klawiatura, z przyciskiem zdarzeń	TAK*	
<b>15</b>	Wyświetlacz / ekran w technologii OLED	TAK*	
<b>16</b>	Praca bez baterii, poprzez przewód USB	TAK*	
<b>17</b>	Cięśnienie w mankiecie wartość liczbowa lub graficznie	TAK*	
<b>18</b>	Wyniki pomiarów ciśnienie skurczowe, rozkurczowe,	TAK*	

*Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23*

	średnie i HR		
19	Wyświetlanie błędów pomiaru w postaci ostrzeżeń i kodów	TAK*	
20	Menu rozbudowane, dane informacyjne, szybki start, wyniki pomiarów, przywracanie ust. fab., konfiguracji	TAK*	
21	Funkcja testu manometru	TAK	
22	Funkcja testu szczelności	TAK	
23	Oszczędzanie energii	TAK	
24	Wymiary 90x36x93 mm ( $\pm 5\%$ )	TAK*	
25	Zasilanie 4x bateria AA lub port USB: 5VDC	TAK	
26	Baterie alkaliczne LR6 (AA) - 4 szt.	TAK	
27	Instrukcja użytkownika	TAK	
28	Karta gwarancyjna	TAK	
29	Łącznik mankietu i przewodu ciśnieniowego	TAK	
30	Mankiet dla dorosłych, M (4 SZT)	TAK	
31	Mankiet dla dorosłych, L (4 SZT)	TAK	
32	Mankiet dla dorosłych, XL (4 SZT)	TAK	
33	Przewód ciśnieniowy	TAK	
34	Torba na rejestrator z pasem	TAK	
<b>Wymagania oprogramowanie</b>			
35	Histogram : SYS, DIA, HR	TAK	
36	Edycja progów pomiarowych	TAK	
37	Pomiary ładunków całodobowe oraz dla poszczególnych okresów	TAK	
38	Prezentacja statystyki pomiaru uwzględnione do wykonanych	TAK	
39	Prezentacja statystyki pomiaru wykonane do zaplanowanych	TAK	
40	Prezentacja statystyki spadki nocne, dipper, non dipper, extreme dipper	TAK	
41	Wartości średnie z całej doby	TAK	
42	Ustawienia , indywidualne oprogramowania	TAK	
43	Prezentacja pomiarów odczytanych , SYS, DIA, MAP, HR	TAK	
44	Okresy predefiniowane aktywność, sen	TAK	
45	Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) na urządzenie i akcesoria pomocnicze	TAK	
46	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
47	Serwis gwarancyjny na terenie Polski	Tak, podać	Nazwa firmy serwisu: ...

Specyfikacja Warunków Zamówienia – tryb podstawowy bez negocjacji – znak: 2-TP-23

		dane serwisu	Adres: ... Tel.: .... e-mail: ...
--	--	--------------	---

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

**Uwaga!**

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

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

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