|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Szczegółowe zestawienie oferowanego sprzętu – załącznik nr 7**  **PRZEDMIOTOWY ŚRODEK DOWODOWY -** zgodnie z punktem 8.3 lit. a SWZ | | | | | | | |
| **Lp** | **.**  **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | | | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** | |
| **1** | **Rower treningowy – 4 szt.** | | | | | | |
|  | **Typ/model oferowanego sprzętu: .......................................**  **Producent: .........................................................................**  **Kraj produkcji: ...................................................................**  **Rok produkcji: ...................................................................** | | | | | | |
| **1** | **2** | **3** | | **4** | |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | | | |
|  | Sprzęt nie starszy niż 2024 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy | Tak, podać | |  | |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | | | |
|  | Rower treningowy spinningowy | Tak, podać | |  | |
|  | System koła zamachowego: min. 18 kg | Tak, podać | |  | |
|  | Mocne koło zamachowe umieszczone z tyłu | Tak, podać | |  | |
|  | Ręczna regulacja oporu  liczba stopni regulacji oporu: min. 8 stopni | Tak, podać | |  | |
|  | Napęd Pasowy z systemem hamowania ciernego | Tak, podać | |  | |
|  | Hamulec bezpieczeństwa | Tak, podać | |  | |
|  | Regulowane siodełko oraz kierownica w pionie i poziomie | Tak, podać | |  | |
|  | Koła transportowe | Tak, podać | |  | |
|  | system kompensacji nierówności | Tak, podać | |  | |
|  | Wymiary urządzenia max. dł. 140 x szer. 63 x wys. 131 cm | Tak, podać | |  | |
|  | Min. 3 programy zorientowane na cel | Tak, podać | |  | |
|  | Komputer wyświetla: czas, prędkość, dystans, tętno, kalorie, obroty na minutę | Tak, podać | |  | |
|  | **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** | |
| **2** | **Bieżnia treningowa – 2 szt.** | | | | | | |
|  | **Typ/model oferowanego sprzętu: .......................................**  **Producent: .........................................................................**  **Kraj produkcji: ...................................................................**  **Rok produkcji: ...................................................................** | | | | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | | **4** | |
| **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | | | |
|  | Sprzęt nie starszy niż 2024 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy | Tak, podać | |  | |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | | | |
|  | Bieżnia treningowa | Tak, podać | |  | |
|  | Moc silnika: 2,5 KM (moc stała) 5,5 KM (szczytowa) | Tak, podać | |  | |
|  | Wymiary pasa bieżni: 140 x 51 cm | Tak, podać | |  | |
|  | Nachylenie pasa bieżni elektroniczne   * Maksymalny kąt nachylenia: 0-15% | Tak, podać | |  | |
|  | Prędkość: min. 1 - 20 km / h | Tak, podać | |  | |
|  | Całkowita liczba programów: min. 30  Zaprogramowane programy: min.24  Programy użytkownika 3 | Tak, podać | |  | |
|  | Czujniki tętna w uchwytach | Tak, podać | |  | |
|  | Uchwyt na butelkę | Tak, podać | |  | |
|  | Uchwyt na tablet | Tak, podać | |  | |
|  | Koła transportowe | Tak, podać | |  | |
|  | Bieżnia wyposażona w system amortyzacji powierzchni do biegania z poduszką powietrzną | Tak, podać | |  | |
|  | Antypoślizgowe stopnie bezpieczeństwa | Tak, podać | |  | |
|  | Sterowanie Touch & Run: ważne przyciski funkcyjne znajdują się na przednich uchwytach, a jednym przyciskiem można rozpocząć i zakończyć trening | Tak, podać | |  | |
|  | Technologia Silent Motion: cicha praca silnika bieżni | Tak, podać | |  | |
|  | Wyświetlane dane   * Upływ czasu * Spalone kalorie * Przebyty dystans (odległość) * Liczba kroków na minutę (kroki) * Tętno * Średnia prędkość * Średnie tempo (średnie tempo) | Tak, podać | |  | |
|  | Maksymalna waga użytkownika: min. 140 kg | Tak, podać | |  | |
|  | **WYPOSAŻENIE** | Tak, podać | |  | |
|  | Monitor pacjenta umożliwiający monitorowania parametrów życiowych w trakcie wysiłku | Tak, podać | |  | |
|  | Typ/model oferowanego sprzętu/ Producent - podać | Tak, podać | |  | |
|  | Waga wraz akumulatorami max. 240g | Tak, podać | |  | |
|  | Jednostka główna wyposażona w min. 3,5-calowy ekran dotykowy | Tak, podać | |  | |
|  | Monitorowane parametry : 3/5/6- odprowadzeń EKG, RESP , SpO2, PR | Tak, podać | |  | |
|  | Klasyfikacja min. 33 arytmii | Tak, podać | |  | |
|  | Detekcja rozrusznika serca | Tak, podać | |  | |
|  | Analiza ST i szablony ST | Tak, podać | |  | |
|  | QT/QTc w czasie rzeczywistym | Tak, podać | |  | |
|  | Podsumowanie 24-godzinnego zapisu EKG | Tak, podać | |  | |
|  | Mapa prawidłowego rozmieszczenia elektrod | Tak, podać | |  | |
|  | Odporność na warnuki atmosferyczne min. IP67 | Tak, podać | |  | |
|  | Ochrona przed upadkiem z wysokości min. 1,5 m | Tak, podać | |  | |
|  | Zasilanie : Akumulator litowo-jonowy, umożliwiający pracę do 72 godzin ciągłego monitorowania | Tak, podać | |  | |
|  | Wbudowany moduł Wi-Fi | Tak, podać | |  | |
|  | W zestawie torba transportowa:  - wykonana z wodoodpornego materiału  - wyposażona w pasek umożliwiający powieszenie przez ramię | Tak, podać | |  | |
|  | Możliwość rozbudowy o dodatkowe moduły pomiarowe: 12-odprowadzeniowe EKG, TEMP , CNBP | Tak, podać | |  | |
|  | Możliwość bezprzewodowej integracji kilku urządzeń za pomocą Centrali , co umożliwa ciągły monitoring i zarządzanie danymi. | Tak, podać | |  | |
|  | Obsługa monitora w j. polskim | Tak, podać | |  | |
| **III** | **DOKUMENTY STANOWIĄCE PODSTAWĘ DOPUSZCZENIA DO STOSOWANIA dot. MONITOR PACJENTA** | | | | |
|  | •Deklaracja zgodności  •Certyfikat CE wydany przez jednostkę nortyfikowaną | Tak, załączyć do Oferty | |  | |
|  | **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** | |
| **3** | **Rower treningowy – 1 szt.** | | | | | | |
|  | **Typ/model oferowanego sprzętu: .......................................**  **Producent: .........................................................................**  **Kraj produkcji: ...................................................................**  **Rok produkcji: ...................................................................** | | | | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | | **4** | |
|  | **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | | | |
|  |  | Sprzęt nie starszy niż 2024 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy | Tak, podać | |  | |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | | | |
|  | Orbitrek magnetyczny z elektroniczną regulacją oporu | Tak, podać | |  | |
|  | System koła zamachowego: min 9 kg | Tak, podać | |  | |
|  | Układ hamulcowy magnetyczny | Tak, podać | |  | |
|  | Umiejscowienie koła zamachowego z tyłu | Tak, podać | |  | |
|  | Długość kroku :40 cm  Szerokość kroku : 32 cm  Długość stopni: 34 cm | Tak, podać | |  | |
|  | Regulacja oporu : Elektroniczna  Poziomy obciążenia: 16  System oporu EMS - elektromagnetyczny | Tak, podać | |  | |
|  | Regulowane nachylenie pedału (3 poziomy) | Tak, podać | |  | |
|  | Całkowita liczba programów: min. 24  Zaprogramowane programy: min. 12  Programy użytkownika 4 | Tak, podać | |  | |
|  | test sprawności fizycznej (Recovery) | Tak, podać | |  | |
|  | pomiar tkanki tłuszczowej (Body Fat) | Tak, podać | |  | |
|  | Koła transportowe | Tak, podać | |  | |
|  | Wymiary: max. dł. 137 x szer. 54 x wys. 150 cm | Tak, podać | |  | |
|  | Czujniki tętna w uchwytach | Tak, podać | |  | |
|  | Komputer wyświetla: czas, dystans, spalone kalorie, czujnik tętna , WATT, prędkość, RPM | Tak, podać | |  | |
|  | **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** | |
| **4** | **Leżanka drewniana – 10 szt.** | | | | | | |
|  | **Typ/model oferowanego sprzętu: .......................................**  **Producent: .........................................................................**  **Kraj produkcji: ...................................................................**  **Rok produkcji: ...................................................................** | | | | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | | **4** | |
|  | **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | | | |
|  |  | Sprzęt nie starszy niż 2024 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy | Tak, podać | |  | |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | | | |
|  | Leżanka drewniana dedykowana do gabinetów rehabilitacyjnych jak również do placówek medycznych | Tak, podać | |  | |
|  | Wykonana z wyselekcjonowanego drewna bukowego. | Tak, podać | |  | |
|  | Blat obity materiałem skóropodobnym lub winylowym o wysokich parametrach wytrzymałościowych, dostępnym w szerokiej gamie kolorystycznej. | Tak, podać | |  | |
|  | Ruchoma część leża pozwala na ułożenie pacjenta nie tylko w pozycji leżącej, ale również w pozycji półleżącej. | Tak, podać | |  | |
|  | * Długość: 200 cm (+/- 1 cm ) * Szerokość: 70 cm (+/- 1 cm ) * Wysokość: 55 cm lub 65 cm * Regulacja kąta nachylenia zagłówka: min. od 0 ° do + 35 ° * Dopuszczalne obciążenie: min. 200 kg * Waga: max 34 kg | Tak, podać | |  | |
|  | Kolor obszycia tapicerki do wyboru przez Zamawiającego z min. 15 dostępnych kolorów | Tak, podać | |  | |
|  | **III** | **DOKUMENTY STANOWIĄCE PODSTAWĘ DOPUSZCZENIA DO STOSOWANIA** | | | | |
|  |  | Deklaracja Zgodności | Tak ,na wezwanie Zamawiającego | |  | |
|  | **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** | |
| **5** | **Stół do masażu i rehabilitacji z pivotem– 5 szt.** | | | | | | |
|  | **Typ/model oferowanego sprzętu: .......................................**  **Producent: .........................................................................**  **Kraj produkcji: ...................................................................**  **Rok produkcji: ...................................................................** | | | | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | | **4** | |
|  | **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | | | |
|  |  | Sprzęt nie starszy niż 2024 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy | Tak, podać | |  | |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | | | |
|  | Stół do masażu 5 segmentowy z elektryczną zmianą wysokości leżyska oraz (łamany) – regulacja do pozycji PIVOT za pomocą siłownika elektrycznego | Tak, podać | |  | |
|  | Wykonany ze stalowych profili malowanych proszkowo | Tak, podać | |  | |
|  | Wysokoodporna winylowa tapicerka. Kolor do wyboru przez Zamawiającego z palety min. 15 kolorów | Tak, podać | |  | |
|  | Leżysko pięciosegmentowe | Tak, podać | |  | |
|  | Otwór w zagłówku | Tak, podać | |  | |
|  | Zagłówek regulowany przy pomocy sprężyny gazowej w zakresie -80/+45 o | Tak, podać | |  | |
|  |  | Wąski zagłówek wyposażony w podłokietniki | Tak, podać | |  | |
|  | Wysokość regulowana elektrycznie za pomocą pilota ręcznego 53- 95 cm (+/-1 cm) | Tak, podać | |  | |
|  | Długość min.195 cm | Tak, podać | |  | |
|  | Szerokość max. 68 cm | Tak, podać | |  | |
|  | Regulacja do pozycji Pivota za pomocą siłowników elektrycznych w zakresie min. 0-250 | Tak, podać | |  | |
|  | Układ jezdny z centralnym hamulcem | Tak, podać | |  | |
|  | Udźwig : min. 250 kg | Tak, podać | |  | |
| **III** | **DOKUMENTY STANOWIĄCE PODSTAWĘ DOPUSZCZENIA DO STOSOWANIA** | | | | |
|  | 14. | •Deklaracja zgodności | Tak , na Wezwanie Zamawiającego | |  | |
|  | **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** | |
| **6** | **Zmotoryzowana szyna do mobilizacji kończyny dolnej ciągłym ruchem biernym, kontrolowanym ruchem aktywnym z trybem ćwiczeń koordynacji – 1 szt.** | | | | | | |
|  | **Typ/model oferowanego sprzętu: .......................................**  **Producent: .........................................................................**  **Kraj produkcji: ...................................................................**  **Rok produkcji: ...................................................................** | | | | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | | **4** | |
|  | **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | | | |
|  |  | Sprzęt nie starszy niż 2024 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy | Tak, podać | |  | |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | | | |
|  | Zmotoryzowane urządzenie umożliwiające terapię ruchem biernym (CPM), kontrolowanym ruchem aktywnym (CAM) oraz posiadające sekwencyjne programy ćwiczeń oparte na informacji zwrotnej (biofeedback) w celu pomocy w odzyskaniu koordynacji ruchowej, zmniejszenia deficytu propriocepcji, zwiększenia czucia głębokiego i funkcjonalnej siły kończyn, z układem kinematycznym gwarantującym zgodny fizjologicznie ruch kończyny dla dorosłych i dzieci. | Tak, podać | |  | |
|  | Niska waga urządzenia - do 20 kg | Tak, podać | |  | |
|  | Stabilne urządzenie o niewielkich wymiarach - maksymalne wymiary urządzenia długość, szerokość oraz wysokość w najwyższym punkcie: 100 x 40 x 60 cm | Tak, podać | |  | |
|  | Możliwość przymocowania do leżanki lub łóżka za pomocą elementów ramy i/lub opcjonalnych pasów | Tak, podać | |  | |
|  | Wbudowany czujnik do pomiaru i prezentacji siły wyprostu i zgięcia kończyny pacjenta podczas ćwiczeń aktywnych | Tak, podać | |  | |
|  | Zastosowanie na kończynę prawą - lewą bez przebudowy | Tak, podać | |  | |
|  | **Obsługa** |  | |  | |
|  |  | Kontrola wszystkich parametrów za pomocą pilota sterującego. | Tak, podać | |  | |
|  | Blokada klawiatury pilota przed przypadkową zmianą parametrów – minimum 4 poziomy blokady różniące się dostępem do poszczególnych funkcji | Tak, podać | |  | |
|  | Wyraźny kolorowy ekran pilota. Ze względów ergonomii i użytkowania także przez osoby starsze wyklucza się ekran dotykowy. | Tak, podać | |  | |
|  | Intuicyjna filozofia obsługi z zastosowaniem graficznych ikon funkcyjnych na ekranie lub/i obsługa (oprogramowanie) w języku polskim. | Tak, podać | |  | |
|  | Możliwość wyboru języka obsługi – co najmniej 15 wbudowanych języków. | Tak, podać | |  | |
|  | Możliwość ustawienia minimum czasu, daty, jasności ekranu oraz głośności | Tak, podać | |  | |
|  | Bieżąca informacja o przebiegu ruchu, funkcji i programie terapii wyświetlana na ekranie pilota. Minimum cztery widoki ekranu rozróżniane kolorem: tryb pasywny, tryb aktywny, koordynacja i plan leczenia | Tak, podać | |  | |
|  | Oskalowane elementy regulacyjne szyny z wymiarami długości uda i podudzia. | Tak, podać | |  | |
|  | Wygodnie regulowana pozycja oparć uda i podudzia za pomocą bloczków zaciskowych. | Tak, podać | |  | |
|  | Funkcja „nowy pacjent” resetująca ustawienia dla nowego pacjenta i ustawiająca urządzenie w pozycji wyjściowej | Tak, podać | |  | |
|  | Funkcja „transport” automatyczne ustawienie się szyny w pozycji do transportu | Tak, podać | |  | |
|  | Łączny czas terapii – zapis całkowitego czasu terapii. | Tak, podać | |  | |
|  | Menu serwisowe dla celów serwisu. | Tak, podać | |  | |
|  | **Zakresy** |  | |  | |
|  | Minimalny zakres wymiarów uda od 31 do 49 cm i podudzia od 38-58 cm | Tak, podać | |  | |
|  | Minimalny zakres wzrostu pacjenta 135 – 205 cm | Tak, podać | |  | |
|  | Minimalny zakres ruchu biernego w stawie kolanowym od -10° do 120° | Tak, podać | |  | |
|  | Minimalny zakres ruchu biernego w stawie biodrowym od 0° do 115° | Tak, podać | |  | |
|  | Minimalny zakres obszaru ruchu aktywnego w stawie kolanowym od 0° do 90° | Tak, podać | |  | |
|  | Regulacja prędkości pracy ruchu biernego w minimum 20 poziomach | Tak, podać | |  | |
|  | Pauza w wyproście/zgięciu ruchu biernego nastawiana w zakresie minimum: od 0 do 59 sekund - regulowana co 1 sekundę i od 1 do 59 minut - regulowana co 1 minutę. | Tak, podać | |  | |
|  | **Bezpieczeństwo** |  | |  | |
|  | Stopniowe automatyczne przyspieszanie i zwalnianie ruchu biernego przy nastawionych kątach granicznych. | Tak, podać | |  | |
|  | Nastawy w czasie rzeczywistym – urządzenie porusza się odpowiednio w czasie ustawiania zakresu ruchu w celu uniknięcia urazów | Tak, podać | |  | |
|  |  | Zatrzymanie ruchu szyny w trybie biernym po naciśnięciu dowolnego przycisku – każdy przycisk, ze względów bezpieczeństwa, stanowi przycisk awaryjny. | Tak, podać | |  | |
|  | Automatyczna zmiana kierunku ruchu po zatrzymaniu pracy. | Tak, podać | |  | |
|  | Automatyczna zmiana kierunku ruchu przy oporze w trybie biernym – autorewers. | Tak, podać | |  | |
|  | Możliwość kontrolowanego oporowania ruchu szyny przez pacjenta w trybie biernym  ze zmianą kierunku w dowolnym punkcie ustawionego zakresu w nastawianych minimum 10 poziomach siły oddziaływania w minimalnym zakresie 30-60 kg. | Tak, podać | |  | |
|  | Klasa ochronności II zabezpieczająca przed porażeniem elektrycznym bezpośrednim i pośrednim | Tak, podać | |  | |
|  | Oparcia kończyny wykonane z elastycznego tworzywa z certyfikatem biokompatybilności w pełni dezynfekowane środkami bez konieczności rozcieńczania. | Tak, podać | |  | |
|  | Aparat zgodny z normą IEC 60601-1-2:2014 i IEC 60601-1-11:2010 kompatybilności elektromagnetycznej. | Tak, podać | |  | |
|  | Klasa minimum IP21. | Tak, podać | |  | |
|  | Klasa wyrobu medycznego minimum IIa. | Tak, podać | |  | |
|  | **Tryb bierny CPM – programy i funkcje** |  | |  | |
|  | Ćwiczenie ciągłe bez limitu czasu | Tak, podać | |  | |
|  | Programowany czas ćwiczenia od 1 min do 24 godzin - z funkcją prezentacji pozostałego czasu ćwiczenia w czytelnej formie graficznej na ekranie pilota | Tak, podać | |  | |
|  | Program rozgrzewki | Tak, podać | |  | |
|  | Program elektrostymulacji – umożliwiający stosowanie terapii w synchronizacji z elektrostymulacją po podłączeniu dedykowanego elektrosymulatora | Tak, podać | |  | |
|  | Funkcja umożliwiająca ustawienie zakresu ruchu biernego ruchem aktywnym przez pacjenta | Tak, podać | |  | |
|  | **Tryb aktywny CAM z ruchem biernym CPM – programy i funkcje** |  | |  | |
|  | Ćwiczenie ciągłe bez limitu czasu | Tak, podać | |  | |
|  | Programowany czas ćwiczenia od 1 min do 24 godzin - z funkcją prezentacji pozostałego czasu ćwiczenia w czytelnej formie graficznej na ekranie pilota | Tak, podać | |  | |
|  | Program rozgrzewki - pasywny | Tak, podać | |  | |
|  | Funkcja umożliwiająca ustawienie zakresu ruchu biernego ruchem aktywnym przez pacjenta | Tak, podać | |  | |
|  | Siła do wyprostu - funkcja w zakresie ustawianego zakresu ruchu aktywnego pozwalająca na ustawienie wartości i kierunku siły oporu wytwarzanego przez urządzenie podczas aktywnego ruchu prostującego. Minimalny zakres ustawień siły: 1-30kg dla ćwiczeń koncentrycznych (siła, którą pacjent musi aktywnie wywierać w kierunku prostowania powodując ruch szyny w kierunku prostowania) oraz -1 kg - -30 kg dla ćwiczeń ekscentrycznych (siła, którą pacjent musi aktywnie wywierać w kierunku zginania powodując ruch szyny w kierunku przeciwnym - prostowania). | Tak, podać | |  | |
|  |  | Siła do zgięcia - funkcja w zakresie ustawianego zakresu ruchu aktywnego pozwalająca na ustawienie wartości i kierunku siły oporu wytwarzanego przez urządzenie podczas aktywnego ruchu zginającego. Minimalny zakres ustawień siły: 1-30kg dla ćwiczeń ekscentrycznych (siła, którą pacjent musi aktywnie wywierać w kierunku prostowania powodując ruch szyny w kierunku przeciwnym - zginania) oraz -1 kg - -30 kg dla ćwiczeń koncentrycznych (siła, którą pacjent musi aktywnie wywierać w kierunku zginania powodując ruch szyny w kierunku zginania). | Tak, podać | |  | |
|  | **Tryb koordynacji – programy i funkcje** |  | |  | |
|  | Ćwiczenie ciągłe bez limitu czasu | Tak, podać | |  | |
|  | Programowany czas ćwiczenia od 1 min do 24 godzin - z funkcją prezentacji pozostałego czasu ćwiczenia w czytelnej formie graficznej na ekranie pilota | Tak, podać | |  | |
|  | Program rozgrzewki – pasywny (minimum dla ćwiczeń izometrycznych i izokinetycznych oraz ćwiczeń propriocepcji) | Tak, podać | |  | |
|  | Funkcja umożliwiająca ustawienie zakresu ruchu biernego ruchem aktywnym przez pacjenta | Tak, podać | |  | |
|  | Program ćwiczeń izometrycznych – oporowanie statyczne, w którym zadaniem pacjenta jest wywieranie i utrzymanie wygenerowanej siły przez minimum 4 sekundy w określonym kierunku podczas zatrzymania z bieżącą informacją zwrotną (biofeedback) o postępie dla pacjenta na ekranie pilota | Tak, podać | |  | |
|  | Program ćwiczeń izometrycznych – oporowanie dynamiczne, w którym zadaniem pacjenta jest wywieranie i utrzymanie wygenerowanej siły przez minimum 4 sekundy w określonym kierunku podczas poruszania z bieżącą informacją zwrotną (biofeedback) o postępie dla pacjenta na ekranie pilota | Tak, podać | |  | |
|  | Program ćwiczeń propriocepcji w ruchu biernym – w którym urządzenie wielokrotnie wymaga od pacjenta wskazania aktualnego kąta informując zwrotnie o prawidłowości czucia głębokiego. Zapytania dotyczące kątów w ramach aktualnie ustawionego zakresu ruchu. Wyniki sumujące stale widoczne na ekranie pilota w celach motywacyjnych. | Tak, podać | |  | |
|  | Program ćwiczeń propriocepcji w ruchu aktywnym – w którym pacjent zgina i prostuje aktywnie kolano, aby znaleźć żądany przez urządzenie kąt. Wyniki sumujące stale widoczne na ekranie pilota w celach motywacyjnych. Możliwość ustawienia oporu. | Tak, podać | |  | |
|  | Program ćwiczeń dowolnych – umożliwiający pacjentowi ćwiczenia aktywne w całym zakresie ruchu urządzenia z informacją zwrotną dotyczącą osiągnięcia rozszerzenia kąta maksymalnego. Możliwość ustawienia oporu. | Tak, podać | |  | |
|  | **Plany leczenia – programy i funkcje** |  | |  | |
|  | Minimum 3 dedykowane sekwencyjne, automatyczne plany terapii dostosowane do najczęstszych urazów i operacji oparte na minimum 6 etapach z dostosowanym współczynnikiem aktywności w odpowiedniej proporcji ruchu pasywnego do aktywnego w połączeniu z programami rozgrzewki, ćwiczeniami izometrycznymi, ćwiczeniami propriocepcji, programem odwróconej rozgrzewki z odpowiednio do każdego etapu dostosowaną siłą, obszarem aktywnym i prędkością. | Tak, podać | |  | |
|  |  | Regulowany czas pojedynczego ćwiczenia w minimalnym zakresie od 20 minut do 2 godzin. | Tak, podać | |  | |
|  | Dedykowany program terapii - więzadła krzyżowe ACL/PCL. | Tak, podać | |  | |
|  | Dedykowany program terapii - chrząstka stawowa | Tak, podać | |  | |
|  | Dedykowany program terapii - endoprotezoplastyka | Tak, podać | |  | |
|  | Program demo – do szybkiego poznania przebiegu sekwencji ćwiczeń w ramach danego poziomu | Tak, podać | |  | |
|  | **Pozostałe** |  | |  | |
|  | Ze względów ergonomii obsługi i względów serwisowych w ofercie producenta dostępne urządzenia CPM do innych stawów - minimum barkowego, łokciowego i skokowego | Tak, podać | |  | |
|  | Zasilanie elektryczne 220-240V 50/60 Hz | Tak, podać | |  | |
|  | Dokumentacja przebiegu terapii - rejestr wyników ćwiczeń w formie graficznej wyświetlany na ekranie pilota | Tak, podać | |  | |
|  | Karty pamięci (min. 5 sztuk) do zapisu indywidualnych danych terapii pacjenta. | Tak, podać | |  | |
| **III** | **DOKUMENTY STANOWIĄCE PODSTAWĘ DOPUSZCZENIA DO STOSOWANIA** | | | | |
|  | •Deklaracja zgodności | Tak , na wezwanie Zamawiającego | |  | |
|  | **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** | |
| **7** | **Taboret lekarski – 10 szt.** | | | | | | |
|  | **Typ/model oferowanego sprzętu: .......................................**  **Producent: .........................................................................**  **Kraj produkcji: ...................................................................**  **Rok produkcji: ...................................................................** | | | | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | | **4** | |
|  | **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | | | |
|  |  | Sprzęt nie starszy niż 2024 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy | Tak, podać | |  | |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | | | |
|  | Taboret lekarski | Tak, podać | |  | |
|  | Stabilna konstrukcję składająca się z 5 ramiennej podstawy umieszczonej na stopkach, na której został osadzony siłownik gazowy pozwalający na regulację wysokości siedziska. | Tak, podać | |  | |
|  | Siedzisko obite jest materiałem skóropodobnym lub winylowym o wysokich parametrach wytrzymałościowych, dostępnym w szerokiej gamie kolorystycznej | Tak, podać | |  | |
|  | Regulacja wysokości w zakresie : min. 43-56 cm | Tak, podać | |  | |
|  |  | Średnica podstawy: max. 64,5 cm | Tak, podać | |  | |
|  | Średnica siedziska: min. 34 cm | Tak, podać | |  | |
| **III** | **DOKUMENTY STANOWIĄCE PODSTAWĘ DOPUSZCZENIA DO STOSOWANIA** | | | | |
|  | •Deklaracja zgodności | Tak, na wezwanie Zamawiającego | |  | |
|  | **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** | |
| **8** | **Taboret lekarski na podstawie jezdnej – 8 szt.** | | | | | | |
|  | **Typ/model oferowanego sprzętu: .......................................**  **Producent: .........................................................................**  **Kraj produkcji: ...................................................................**  **Rok produkcji: ...................................................................** | | | | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | | **4** | |
|  | **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | | | |
|  |  | Sprzęt nie starszy niż 2024 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy | Tak, podać | |  | |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | | | |
|  | Taboret lekarski na podstawie jezdnej | Tak, podać | |  | |
|  | Stabilna konstrukcję składająca się z 5 ramiennej podstawy z kółkami, na której został osadzony siłownik gazowy pozwalający na regulację wysokości siedziska. | Tak, podać | |  | |
|  | Siedzisko obite jest materiałem skóropodobnym lub winylowym o wysokich parametrach wytrzymałościowych, dostępnym w szerokiej gamie kolorystycznej | Tak, podać | |  | |
|  | Regulacja wysokości w zakresie : min. 46-60 cm | Tak, podać | |  | |
|  | Średnica podstawy: max. 60 cm | Tak, podać | |  | |
|  | Średnica siedziska: min. 34 cm | Tak, podać | |  | |
| **III** | **DOKUMENTY STANOWIĄCE PODSTAWĘ DOPUSZCZENIA DO STOSOWANIA** | | | | |
|  | •Deklaracja zgodności | Tak, na wezwanie Zamawiającego | |  | |
|  | **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** | |
| **9** | **Aparat do krioterapii – 1 szt.** | | | | | | |
|  | **Typ/model oferowanego sprzętu: .......................................**  **Producent: .........................................................................**  **Kraj produkcji: ...................................................................**  **Rok produkcji: ...................................................................** | | | | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | | **4** | |
|  | **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | | | |
|  |  | Sprzęt nie starszy niż 2024 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy | Tak, podać | |  | |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | | | |
|  | Urządzenie do krioterapii - przeznaczone do miejscowego wychładzania tkanki. | Tak, podać | |  | |
|  | Urządzenie umieszczone jest na ramie jezdnej, która umożliwia jego łatwe przemieszczanie | Tak, podać | |  | |
|  | Czynnik chłodniczy: Ciekły azot (LN2).  Strumień pary jest jednolity i nie zawiera kropel ciekłego azotu co nie powoduje odmrożeń skóry | Tak, podać | |  | |
|  | Temperatura strumienia gazu: -160° C (przy wylocie dyszy) | Tak, podać | |  | |
|  | Liczba stopni regulacji intensywności nadmuchu: min. 7 (4 + 2 pulsacyjne + krioakupunktura) | Tak, podać | |  | |
|  | Zużycie ciekłego azotu: max. 0,08 do 0,15 kg/min (praca ciągła) w zależności od ustawionej intensywności  nadmuchu | Tak, podać | |  | |
|  | Wagowy pomiar ilości azotu w zbiorniku | Tak, podać | |  | |
|  | Możliwość zaprogramowania czasu zabiegu | Tak, podać | |  | |
|  | Panel sterujący LED (segmentowy monochromatyczny) z wyświetlaczami czasu trwania zabiegu, mocy chłodniczej i ilości azotu w zbiorniku | Tak, podać | |  | |
|  | Pojemność zbiornika min. 30L | Tak, podać | |  | |
|  | Wymiary urządzenia: max. 470x540x1000 mm | Tak, podać | |  | |
| **III** | **DOKUMENTY STANOWIĄCE PODSTAWĘ DOPUSZCZENIA DO STOSOWANIA** | | | | |
|  | •Deklaracja zgodności  •Certyfikat CE wydana przez jednostkę notyfikowaną | Tak, na wezwanie Zamawiającego | |  | |
|  | **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** | |
| **10** | **Aparat do elektroterapii wraz z wyposażeniem – 3 szt.** | | | | | | |
|  | **Typ/model oferowanego sprzętu: .......................................**  **Producent: .........................................................................**  **Kraj produkcji: ...................................................................**  **Rok produkcji: ...................................................................** | | | | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | | **4** | |
|  | **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | | | |
|  |  | Sprzęt nie starszy niż 2024 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy | Tak, podać | |  | |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | | | |
|  | Aparat do elektroterapii wraz z wyposażeniem | Tak, podać | |  | |
|  | Min. 7” kolorowy wyświetlacz z panelem dotykowym | Tak, podać | |  | |
|  | Min. dwa kanały zabiegowe | Tak, podać | |  | |
|  | Regulacja natężenia w obwodzie pacjenta jednocześnie dla obu kanałów lub osobno | Tak, podać | |  | |
|  | Test elektrod | Tak, podać | |  | |
|  | Tryb manualny | Tak, podać | |  | |
|  | Jednostki chorobowe wybierane po nazwie lub dziedzinie | Tak, podać | |  | |
|  | Baza wbudowanych programów zabiegowych | Tak, podać | |  | |
|  | Baza wbudowanych sekwencji zabiegowych | Tak, podać | |  | |
|  | Baza programów użytkownika | Tak, podać | |  | |
|  | Baza sekwencji użytkownika | Tak, podać | |  | |
|  | Programy ulubione | Tak, podać | |  | |
|  |  | Możliwość edycji nazw programów i sekwencji użytkownika | Tak, podać | |  | |
|  | Encyklopedia z opisem metodyki zabiegu | Tak, podać | |  | |
|  | Statystyki przeprowadzonych zabiegów | Tak, podać | |  | |
|  | Regulacja głośności sygnalizatora dźwiękowego | Tak, podać | |  | |
|  | ELEKTROTERAPIA  • praca w trybach CC (stabilizacja prądu) lub CV (stabilizacja napięcia)  • pełna izolacja galwaniczna między kanałami w każdym trybie | Tak, podać | |  | |
|  | PRĄDY I METODY  – interferencyjne izoplanarne  – interferencyjne dynamiczne  – interferencyjne jednokanałowe AMF  – TENS symetryczny  – TENS asymetryczny  – TENS naprzemienny  – TENS burst  – TENS do terapii porażeń spastycznych  – Kotz’a (rosyjska stymulacja)  - tonoliza  – stymulacja Hufschmidta  – diadynamiczne (MF, DF, CP, CP-ISO, LP, RS, MM)  – impulsowe prostokątne  – impulsowe trójkątne  – impulsowe UR wg Traberta (2 - 5)  – impulsowe Leduca (1 - 9)  – impulsowe neofaradyczne  – unipolarne falujące  – bipolarne falujące  – galwaniczne  – mikroprądy | Tak, podać | |  | |
|  | ELEKTRODIAGNOSTYKA  -elektrodiagnostyka z graficzną prezentacją krzywej I/t  -automatyczne przeliczanie reobazy, chronaksji, współczynnika oraz ilorazu akomodacji |  | |  | |
|  | PROGRAMY ZABIEGOWE  • wbudowane programy zabiegowe elektroterapii min. 60  • programy do ustawienia dla użytkownika min. 50  • programy ulubione min. 60 | Tak, podać | |  | |
|  | SEKWENCJE ZABIEGOWE  • wbudowane sekwencje zabiegowe do elektroterapii min. 30  • sekwencje do ustawienia dla użytkownika min. 10 | Tak, podać | |  | |
|  | sterownik – maks. natężenie prądu w obwodzie pacjenta (tryb CC):   * galwaniczne: 40 mA * diadynamiczne, impulsowe: 60 mA * interferencyjne, Kotza: 100 mA * unipolarne falujące: 60 mA * TENS: 140 mA * tonoliza: 100 mA * mikroprądy: 1000 μA | Tak, podać | |  | |
|  |  | maks. amplituda napięcia w obwodzie pacjenta (tryb CV) 140 V | Tak, podać | |  | |
|  | zegar zabiegowy 30 s - 60 minut | Tak, podać | |  | |
|  | wymiary max. 34 x 28 x 11-16 cm | Tak, podać | |  | |
|  | WYPOSAŻENIE   * Sterownik * Kabel zasilający * Kable pacjenta * Bezpieczniki zwłoczne * przewód sieciowy * kable pacjenta . * elektrody do elektroterapii - 6 x 6 cm ; 7,5 x 9 cm * Podkład wiskozowy 8x8 cm do elektrody o rozmiarze 6x6cm * Podkład wiskozowy 10x10 cm do elektrody o rozmiarze 7,5x9cm * Elastyczny pas rzepowy do mocowania elektrod: 100x10 cm lub 100x9 cm * Elastyczny pas rzepowy do mocowania elektrod: 40x10 cm lub 40x9 cm * rysik pojemnościowy do ekranu LCD * ścierka do ekranu LCD * nakładki maskujące pełne * Stolik pod Aparaty do fizykoterapii | Tak, podać | |  | |
|  | **III** | **DOKUMENTY STANOWIĄCE PODSTAWĘ DOPUSZCZENIA DO STOSOWANIA** | | | | |
|  |  | •Deklaracja zgodności | Tak, na wezwanie Zamawiającego | |  | |
|  | **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** | |
| **11** | **Aparat do magnetoterapii wraz z wyposażeniem– 2 szt.** | | | | | | |
|  | **Typ/model oferowanego sprzętu: .......................................**  **Producent: .........................................................................**  **Kraj produkcji: ...................................................................**  **Rok produkcji: ...................................................................** | | | | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | | **4** | |
|  | **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | | | |
|  |  | Sprzęt nie starszy niż 2024 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy | Tak, podać | |  | |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | | | |
|  | Aparat do terapii polem magnetycznym niskiej częstotliwości wraz z wyposażeniem | Tak, podać | |  | |
|  | Min. 5” kolorowy wyświetlacz z panelem dotykowym | Tak, podać | |  | |
|  | Min. jeden kanał zabiegowy | Tak, podać | |  | |
|  | Tryb manualny | Tak, podać | |  | |
|  | Jednostki chorobowe wybierane po nazwie lub dziedzinie | Tak, podać | |  | |
|  | Baza wbudowanych programów zabiegowych | Tak, podać | |  | |
|  | Baza programów użytkownika | Tak, podać | |  | |
|  | Baza sekwencji użytkownika | Tak, podać | |  | |
|  | Baza wbudowanych sekwencji zabiegowych | Tak, podać | |  | |
|  | Programy ulubione | Tak, podać | |  | |
|  | Możliwość edycji nazw programów i sekwencji użytkownika | Tak, podać | |  | |
|  | Encyklopedia z opisem metodyki zabiegu | Tak, podać | |  | |
|  | Możliwość edycji nazw programów i sekwencji użytkownika | Tak, podać | |  | |
|  | Regulacja głośności sygnalizatora dźwiękowego | Tak, podać | |  | |
|  | Statystyki przeprowadzonych zabiegów | Tak, podać | |  | |
|  | Programy i sekwencje   * Min. 124 wbudowanych programów zabiegowych * Min. 50 programów do ustawienia dla użytkownika * Min. 10 sekwencji do ustawienia dla użytkownika | Tak, podać | |  | |
|  | częstotliwość pracy 2 - 140 Hz | Tak, podać | |  | |
|  | parametry trybu przerywanego impuls 1 s/ przerwa 0,5 – 8 s | Tak, podać | |  | |
|  | spektrum częstotliwości 0 – 50 Hz | Tak, podać | |  | |
|  | zegar zabiegowy 30 s - 60 minut | Tak, podać | |  | |
|  | WYPOSAŻENIE   * Kabel zasilający * Pas magnetyczny * Pas mocujący 60x5 cm * Pas mocujący 120x5 cm * Rzep pętelka samoprzylepny 100x2 cm * Magnes stały * Okulary ochronne dla pacjenta * Bezpieczniki zapasowe WTA-T 3,15 A/250V * Ścierka do ekranu LCD * Rysik do ekranu LCD rezystancyjnego * Instrukcja użytkowania * Paszport techniczny * Karta gwarancyjna aparatu * Protokół pokontrolny z badań bezpieczeństwa * Aplikator szpulowy o średnicy min. 60 cm - z wbudowanym oświetlaczem - wizualny wskaźnik aktywności pola magnetycznego.   Aplikator zintegrowany z leżanką za pomocą systemu jezdnego.   * Leżanka pola magnetycznego z zagłówkiem oraz zintegrowanym stolikiem pod aparat | Tak, podać | |  | |
|  | **III** | **DOKUMENTY STANOWIĄCE PODSTAWĘ DOPUSZCZENIA DO STOSOWANIA** | | | | |
|  |  | •Deklaracja zgodności | Tak, na wezwanie Zamawiającego | |  | |
|  | **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** | |
| **12** | **Aparat do laseroterapii wraz z wyposażeniem– 2 szt.** | | | | | | |
|  | **Typ/model oferowanego sprzętu: .......................................**  **Producent: .........................................................................**  **Kraj produkcji: ...................................................................**  **Rok produkcji: ...................................................................** | | | | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | | **4** | |
|  | **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | | | |
|  |  | Sprzęt nie starszy niż 2024 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy | Tak, podać | |  | |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | | | |
|  | Aparat do laseroterapii biostymulacyjnej | Tak, podać | |  | |
|  | Min. 7” kolorowy wyświetlacz z panelem dotykowym | Tak, podać | |  | |
|  | Min. trzy kanały zabiegowe | Tak, podać | |  | |
|  | Tryb manualny | Tak, podać | |  | |
|  | Jednostki chorobowe wybierane po nazwie lub dziedzinie | Tak, podać | |  | |
|  | Baza wbudowanych programów zabiegowych | Tak, podać | |  | |
|  | Baza programów użytkownika | Tak, podać | |  | |
|  | Programy ulubione | Tak, podać | |  | |
|  | Możliwość edycji nazw programów użytkownika | Tak, podać | |  | |
|  | Encyklopedia z opisem metodyki zabiegu | Tak, podać | |  | |
|  | Statystyki przeprowadzanych zabiegów | Tak, podać | |  | |
|  | Regulacja głośności sygnalizatora dźwiękowego | Tak, podać | |  | |
|  | Współpraca z aplikatorami: skanującym, prysznicowym i sondami punktowym | Tak, podać | |  | |
|  | Tryby emisji: ciągły i impulsowy | Tak, podać | |  | |
|  | Regulacja mocy promieniowania laserowego | Tak, podać | |  | |
|  | Regulacja wypełnienia | Tak, podać | |  | |
|  | Możliwość automatycznego powtórzenia zabiegu | Tak, podać | |  | |
|  | Automatyczny test mocy promieniowania laserowego | Tak, podać | |  | |
|  | Automatyczny test mocy promieniowania laserowego | Tak, podać | |  | |
|  | Trzy tryby naświetlania pola zabiegowego w aplikatorach skanujących | Tak, podać | |  | |
|  | Dedykowane tryby do współpracy z aplikatorami światłowodowymi | Tak, podać | |  | |
|  | Wiązka pilotująca wskazująca miejsce aplikacji | Tak, podać | |  | |
|  | Klasa urządzenia laserowego 3B | Tak, podać | |  | |
|  | PROGRAMY ZABIEGOWE  - wbudowane programy zabiegowe, min. 175  - programy sondy IR min. 39  - programy sondy R min. 18  - programy z częstotliwością Nogiera min. 8  - programy z częstotliwością Volla min. 30  - programy aplikatora prysznicowego min. 54  - sekwencje dla aplikatorów skanujących min. 26  - programy do ustawienia dla użytkownika min. 200 | Tak, podać | |  | |
|  |  | Wymiary aparatu max. 34 x 28 x 11 – 16 cm | Tak, podać | |  | |
|  | WYPOSAŻENIE  - zasilacz impulsowy z kablem zasilającym 1 szt.  - etykiety ostrzegawcze 1 kpl.  - wtyk blokady drzwi DOOR 1 szt.  - rysik do ekranu 1 szt.  - ścierka do ekranu LCD 1 szt.  - nakładki maskujące z wycięciem 2 szt.  - bezpieczniki zapasowe 1 szt.  - instrukcja użytkowania 1 szt.  - protokół pokontrolny z badań bezpieczeństwa 1 szt.  - okulary ochronne do laseroterapii | Tak, podać | |  | |
|  | Na wyposażeniu aplikator skanujący o moc min. R+IR 100 mW + 450 mW ze statywem jezdnym  - długość fali skanera min. 808 i 660 nm  - maksymalna moc skanera min. 450 i 100 mW  - regulacja mocy 50 %, 100 %  - częstotliwość trybu impulsowego 1 – 5000 Hz  - wypełnienie przebiegu dla pracy impulsowej skanera 75 % | Tak, podać | |  | |
|  | **III** | **DOKUMENTY STANOWIĄCE PODSTAWĘ DOPUSZCZENIA DO STOSOWANIA** | | | | |
|  |  | •Deklaracja zgodności | Tak, na wezwanie Zamawiającego | |  | |
|  | **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** | |
| **13** | **Lampa sollux – 1 szt.** | | | | | | |
|  | **Typ/model oferowanego sprzętu: .......................................**  **Producent: .........................................................................**  **Kraj produkcji: ...................................................................**  **Rok produkcji: ...................................................................** | | | | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | | **4** | |
|  | **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | | | |
|  |  | Sprzęt nie starszy niż 2024 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy | Tak, podać | |  | |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | | | |
|  | Lampa do naświetlań promieniami podczerwonymi w zakresie IR-A oraz IR-B. | Tak, podać | |  | |
|  | intensywność świecenia żarówki min. 10 - 99% | Tak, podać | |  | |
|  | maksymalna moc żarówki: 375 W | Tak, podać | |  | |
|  | pobór mocy: max. 450 W | Tak, podać | |  | |
|  | wbudowany zegar zabiegowy: 1 - 30 min | Tak, podać | |  | |
|  | mikroprocesorowe sterowanie pracą lampy | Tak, podać | |  | |
|  | wymuszone chłodzenie tubusa | Tak, podać | |  | |
|  | zasilanie: 230 V, 50/60 Hz | Tak, podać | |  | |
|  | wysokość urządzenia na podstawie jezdnej: max. 1,2m- 1,9m | Tak, podać | |  | |
|  | wymiar podstawy statywu : maks. 0,5 x 0,6 m | Tak, podać | |  | |
|  | Wyposażenie:   * + przewód sieciowy 1 szt.   + promiennik 375 W 1 szt.,   + filtr czerwony 1 szt.   + filtr niebieski 1 szt.   + okulary ochronne dla pacjenta 1 szt.   + okulary ochronne dla terapeuty 1 szt.   + statyw stołowy 1 szt.   + podstawa jezdna wyposażona w kółka z hamulcami | Tak, podać | |  | |
|  | **III** | **DOKUMENTY STANOWIĄCE PODSTAWĘ DOPUSZCZENIA DO STOSOWANIA** | | | | |
|  |  | •Deklaracja zgodności | Tak, na wezwanie Zamawiającego | |  | |
|  | **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** | |
| **14** | **Lampa typu bioptron– 1 szt.** | | | | | | |
|  | **Typ/model oferowanego sprzętu: .......................................**  **Producent: .........................................................................**  **Kraj produkcji: ...................................................................**  **Rok produkcji: ...................................................................** | | | | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | | **4** | |
|  | **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | | | |
|  |  | Sprzęt nie starszy niż 2024 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy | Tak, podać | |  | |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | | | |
|  | Urządzenie do fototerapii wykorzystuje światło hiperspolaryzowane (HLPL). Światło emitowane przez lampę obejmuje różne długości fal światła widzialnego oraz niską podczerwień (350 do 3400 nm, bez promieniowania UV) | Tak, podać | |  | |
|  | Średnica filtra ok. 5 cm | Tak, podać | |  | |
|  | Zasilanie 100-230 V~, 50/60 Hz | Tak, podać | |  | |
|  | Cyfrowy wyświetlacz | Tak, podać | |  | |
|  | Moc źródła światła 20 W | Tak, podać | |  | |
|  | Klasa bezpieczeństwa Class II , IP 20 | Tak, podać | |  | |
|  | Waga bez statywu max. 1.4 kg | Tak, podać | |  | |
|  | Długość fali 350 - 3400 nm | Tak, podać | |  | |
|  | Stopień polaryzacji >95% (590 - 1550 nm) | Tak, podać | |  | |
|  | Gęstość mocy śr. 40 mW/cm2 | Tak, podać | |  | |
|  | Wydatek energetyczny na min. śr. 2.4 J/cm2 | Tak, podać | |  | |
|  | Wyposażenie:  - filtr fulerenowy  - statyw podłogowy | Tak, podać | |  | |
| **III** | **DOKUMENTY STANOWIĄCE PODSTAWĘ DOPUSZCZENIA DO STOSOWANIA** | | | | |
|  | •Deklaracja zgodności  •Certyfikat CE wydana przez jednostkę notyfikowaną | Tak, na wezwanie Zamawiającego | |  | |
|  | **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** | |
| **15** | **Zestaw do ćwiczeń w podwieszeniu, konstrukcja sufitowa + wyposażenie– 2 szt.** | | | | | | |
|  | **Typ/model oferowanego sprzętu: .......................................**  **Producent: .........................................................................**  **Kraj produkcji: ...................................................................**  **Rok produkcji: ...................................................................** | | | | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | | **4** | |
|  | **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | | | |
|  |  | Sprzęt nie starszy niż 2024 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy | Tak, podać | |  | |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | | | |
|  | Urządzenie umożliwia przeprowadzenie funkcjonalnych ćwiczeń w podwieszeniu metodą Neurac za pomocą systemu podwieszek i linek. Aparat przeznaczony jest do zamocowania do sufitu. | Tak, podać | |  | |
|  | Urządzenie składające się z :  -konstrukcji sufitowej  -2 trawersów  -3 aparatów umożliwiających pełne podwieszenie pacjenta i jednoczesne przeprowadzenie zabiegów | Tak, podać | |  | |
|  | 2 trawersy z przesuwem wzdłuż ramy głównej | Tak, podać | |  | |
|  | **WYPOSAŻENIE :**   * 2 x aparat TRAINER z uchwytami zwykłymi, * 1 x aparat AXIS z uchwytami zwykłymi, * 1 x konstrukcja sufitowa z dwoma trawersami, * 3 x karabińczyk, * 2 x podwieszka szeroka pod miednicę, * 2 x podwieszka wąska kkd i kkg, * 1 x podwieszka dzielona pod głowę, * 1 x para uchwytów POWER GRIP, * 2 x linka 60 cm czerwona, * 2 x linka 30 cm czerwona, * 1 x linka 5 m z klamrą, * 2 x linka elastyczna 30 cm czarna, * 2 x linka elastyczna 30 cm czerwona, * 2 x linka elastyczna 60 cm czarna, * 2 x linka elastyczna 60 cm czerwona, * 1 x wałek 15 x 50 cm, * 2 x poduszka sensomotoryczna, * 2 x wieszak na akcesoria, * 1 x plakat. | Tak, podać | |  | |
|  | system zaprojektowany z myślą o przeprowadzaniu diagnostyki i zabiegów z wykorzystaniem metody Neurac, | Tak, podać | |  | |
|  | łatwość w osiągnięciu poprawnych biomechanicznie pozycji ułożeniowych, dzięki zastosowaniu linek elastycznych, | Tak, podać | |  | |
|  |  | szybka i łatwa regulacja linek i podwieszek, | Tak, podać | |  | |
|  |  | szeroki wachlarz ćwiczeń w podwieszeniu, uniwersalność systemu pozwalająca na dopasowanie do każdego pacjenta,  swoboda w wykonywaniu ruchu mimo podwieszenia,  ułatwia wykonywania zabiegów metodami manualnymi. | Tak, podać | |  | |
|  | **III** | **DOKUMENTY STANOWIĄCE PODSTAWĘ DOPUSZCZENIA DO STOSOWANIA** | | | | |
|  |  | •Deklaracja zgodności | Tak, na wezwanie Zamawiającego | |  | |
|  | **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** | |
| **16** | **Stół rehabilitacyjny 3 sekcyjny– 2 szt.** | | | | | | |
|  | **Typ/model oferowanego sprzętu: .......................................**  **Producent: .........................................................................**  **Kraj produkcji: ...................................................................**  **Rok produkcji: ...................................................................** | | | | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | | **4** | |
|  | **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | | | |
|  |  | Sprzęt nie starszy niż 2024 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy | Tak, podać | |  | |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | | | |
|  | Stół rehabilitacyjny 3 sekcyjny ,elektryczny | Tak, podać | |  | |
|  | Wykonany ze stalowych profili malowanych proszkowo | Tak, podać | |  | |
|  | Wysokoodporna winylowa tapicerka. Kolor do wyboru przez Zamawiającego z palety min. 15 kolorów | Tak, podać | |  | |
|  | Leżysko trzysegmentowe | Tak, podać | |  | |
|  | Otwór w zagłówku | Tak, podać | |  | |
|  | Zagłówek regulowany przy pomocy sprężyny gazowej w zakresie -80/+45 o | Tak, podać | |  | |
|  | Wysokość regulowana elektrycznie za pomocą pilota ręcznego w zakresie min. 45- 95 cm (+/-1 cm) | Tak, podać | |  | |
|  | Długość min.195 cm | Tak, podać | |  | |
|  | Szerokość max. 68 cm | Tak, podać | |  | |
|  | Regulacja podnóżka do pozycji "Fotela" za pomocą sprężyny gazowej w zakresie min. 0-850 | Tak, podać | |  | |
|  | Układ jezdny z centralnym hamulcem | Tak, podać | |  | |
|  | Udźwig : min. 200 kg | Tak, podać | |  | |
|  | **III** | **DOKUMENTY STANOWIĄCE PODSTAWĘ DOPUSZCZENIA DO STOSOWANIA** | | | | |
|  |  | •Deklaracja zgodności | Tak, na wezwanie Zamawiającego | |  | |
|  | **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** | |
| **17** | **Wanna do masażu wirowego kończyn dolnych– 1 szt.** | | | | | | |
|  | **Typ/model oferowanego sprzętu: .......................................**  **Producent: .........................................................................**  **Kraj produkcji: ...................................................................**  **Rok produkcji: ...................................................................** | | | | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | | **4** | |
|  | **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | | | |
|  |  | Sprzęt nie starszy niż 2024 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy | Tak, podać | |  | |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | | | |
|  | Wykonanie z tworzywa sztucznego wzmocnionego włóknem szklanym | Tak, podać | |  | |
|  | Konstrukcja gwarantująca wygodną pozycję dla pacjenta podczas zabiegu | Tak, podać | |  | |
|  | Minimum 16 dysz kierunkowych | Tak, podać | |  | |
|  | Napowietrzane dysze do hydromasażu | Tak, podać | |  | |
|  | Manualny system napełniania | Tak, podać | |  | |
|  | Prysznic ręczny | Tak, podać | |  | |
|  | Termometr wskaźnikowy | Tak, podać | |  | |
|  | Regulacja temperatury wody za pomocą zaworów ciepła/zimna | Tak, podać | |  | |
|  | Pojemność zabiegowa 55 l ± 3 l | Tak, podać | |  | |
|  | Wyposażona w krzesło z oparciem . Krzesło z regulowaną wysokość za pomocą sprężynie gazowej. Siedzisko i oparcie krzesła wykonane jest z tworzywa, które jest łatwo zmywalne. Krzesło na stopkach.  Wysokość (regulowana) w zakresie min. : 54 – 79 cm  Wysokość z oparciem: 96 – 116 cm  Średnica podstawy: max. 60 cm  Szerokość siedziska: max. 46 cm  Waga: max. 9 kg | Tak, podać | |  | |
|  | Pobór mocy 1,1 kW (± 0,1 kW) | Tak, podać | |  | |
|  | Wymiary (dł. x szer. x wys.): 92 x 84 x 65cm (±3 cm) | Tak, podać | |  | |
|  | Instalacja sprzętu przez autoryzowanego dystrybutora lub serwis producenta | Tak, podać | |  | |
|  | **III** | **DOKUMENTY STANOWIĄCE PODSTAWĘ DOPUSZCZENIA DO STOSOWANIA** | | | | |
|  |  | •Deklaracja zgodności | Tak, na wezwanie Zamawiającego | |  | |
|  | **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** | |
| **18** | **Wanna do masażu wirowego kończyn górnych – 1 szt.** | | | | | | |
|  | **Typ/model oferowanego sprzętu: .......................................**  **Producent: .........................................................................**  **Kraj produkcji: ...................................................................**  **Rok produkcji: ...................................................................** | | | | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | | **4** | |
|  | **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | | | |
|  |  | Sprzęt nie starszy niż 2024 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy | Tak, podać | |  | |
|  | **II.** | **Parametry ogólne** | | | | |
|  |  | Wanna do masażu wirowego kończyn górnych z wbudowaną funkcją masażu limfatycznego. | Tak, podać | |  | |
|  | Funkcja masażu limfatycznego realizowana za pomocą obręcz do masażu limfatycznego z regulacją | Tak, podać | |  | |
|  | Materiał kompozytowy z włókna szklanego 3 generacji | Tak, podać | |  | |
|  | ilość dysz do hydromasażu – min. 12 | Tak, podać | |  | |
|  | dysze do hydromasażu z funkcją napowietrzania wody | Tak, podać | |  | |
|  | regulacja wydajności dysz i stopnia napowietrzania | Tak, podać | |  | |
|  | obręcz do masażu limfatycznego z regulacją | Tak, podać | |  | |
|  | Sterowanie za pomocą kolorowego dotykowego ekranu min. 4,3” | Tak, podać | |  | |
|  | odczyt i stałe wyświetlanie temperatury nalewanej wody  odczyt i stałe wyświetlanie temperatury wody w wannie | Tak, podać | |  | |
|  | ciągłe wyświetlanie ciśnienia wody w systemie do masażu wirowego | Tak, podać | |  | |
|  | zabezpieczenie pompy przed pracą na sucho | Tak, podać | |  | |
|  | prysznic do higienicznego mycia wanny | Tak, podać | |  | |
|  | pojemność użytkowa max. 30 l |  | |  | |
|  | czas napełniania max 1min. |  | |  | |
|  | czas wypuszczania wody max 0,5 minuty |  | |  | |
|  | wymiary max. ( dł. szer. wys.) 950 x 870 x 1030 | Tak, podać | |  | |
|  | Stelaż wykonany ze stali nierdzewnej | Tak, podać | |  | |
|  | Na wyposażeniu:  - Krzesło obrotowe do zabiegów hydroterapii z oparciem i podłokietnikami  - powierzchnia siedziska: 46 x 46 cm  -wysokość siedziska regulowana w zakresie: min. 60-85 cm | Tak, podać | |  | |
|  | **III** | **DOKUMENTY STANOWIĄCE PODSTAWĘ DOPUSZCZENIA DO STOSOWANIA** | | | | |
|  |  | Deklaracja zgodności  Certyfikat CE wydana przez jednostkę notyfikowaną | Tak, załączyć do Oferty | |  | |
|  | **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** | |
| **19** | **Stół do ćwiczeń manualnych dłoni z oporem– 1 szt.** | | | | | | |
|  | **Typ/model oferowanego sprzętu: .......................................**  **Producent: .........................................................................**  **Kraj produkcji: ...................................................................**  **Rok produkcji: ...................................................................** | | | | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | | **4** | |
|  | **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | | | |
|  | 1 | Sprzęt nie starszy niż 2024 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy | Tak, podać | |  | |
|  | **II.** | **Parametry ogólne** | | | | |
|  |  | Stół do ćwiczeń manualnych dłoni z oporem | Tak, podać | |  | |
|  | Blat o wymiarach min. 72 x 52 cm z możliwością regulacji wysokości w zakresie min. 54-86cm | Tak, podać | |  | |
|  | Zestaw przyrządów do ćwiczeń czynnych wspomaganych dłoni i palców umocowanych na blacie:  -wałek drewniany  -klapka dłoni służy do ćwiczeń oporowych  -uchwyt  -spirala pionowa  -koło drewniane  -korytko drewniane służy do stabilizacji przedramienia przy ćwiczeniach z kołem | Tak, podać | |  | |
|  | Stół wyposażony w obciążniki miękkie ze skóry 5 x 25 dkg. Wszystkie obciążniki są mocowane do linek za pomocą esików. | Tak, podać | |  | |
|  | Waga: max. 15kg | Tak, podać | |  | |
|  | **III** | **DOKUMENTY STANOWIĄCE PODSTAWĘ DOPUSZCZENIA DO STOSOWANIA** | | | | |
|  |  | •Deklaracja zgodności | Tak, na wezwanie Zamawiającego | |  | |
|  | **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** | |
| **20** | **Drabinka gimnastyczna– 10 szt.** | | | | | | |
|  | **Typ/model oferowanego sprzętu: .......................................**  **Producent: .........................................................................**  **Kraj produkcji: ...................................................................**  **Rok produkcji: ...................................................................** | | | | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | | **4** | |
|  | **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | | | |
|  | 1 | Sprzęt nie starszy niż 2024 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy | Tak, podać | |  | |
|  | **II.** | **Parametry ogólne** | | | | |
|  |  | Drabinka rehabilitacyjna wykonana w całości z wyselekcjonowanego drewna bukowego w kolorze naturalnym | Tak, podać | |  | |
|  | Drabinka o wymiarach : 90x225x10 cm | Tak, podać | |  | |
|  | Owalny kształt szczebli zapewnia pewny chwyt i zapobiega obracaniu się szczebla | Tak, podać | |  | |
|  | Na wyposażeniu drabinki znajduje się zestaw montażowy zawierający uchwyty ze śrubami (śruby 8 szt. | uchwyty 4 szt.) | Tak, podać | |  | |
|  | Drabinka rehabilitacyjna jest wyrobem medycznym zgodnie z wymaganiami zasadniczymi dla wyrobów medycznych i w rozumieniu ustawy o wyrobach medycznych, zgłoszonym do Rejestru Wyrobów Medycznych prowadzonego przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, wyposażonym w deklarację zgodności producenta i opatrzonym znakiem CE. | Tak, podać | |  | |
|  | **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** | |
| **21** | **Materac 3-częściowy składany – 10 szt.** | | | | | | |
|  | **Typ/model oferowanego sprzętu: .......................................**  **Producent: .........................................................................**  **Kraj produkcji: ...................................................................**  **Rok produkcji: ...................................................................** | | | | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | | **4** | |
|  | **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | | | |
|  | 1 | Sprzęt nie starszy niż 2024 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy | Tak, podać | |  | |
| **II.** | **Parametry ogólne** | | | | |
|  | Materac gimnastyczny, trzyczęściowy , składany | Tak, podać | |  | |
|  | Wykonany z twardej pianki poliuretanowej pokryty wytrzymałym materiałem łatwo zmywalnym. Po zakończeniu ćwiczeń można go w prosty sposób złożyć w poręczną „walizkę” zamykaną na rzepy. | Tak, podać | |  | |
|  | Wymiary : 195x85x5cm; | Tak, podać | |  | |
|  | Kolor do wyboru przez Zamawiającego z palety min. 20 kolorów | Tak, podać | |  | |
|  | **III** | **DOKUMENTY STANOWIĄCE PODSTAWĘ DOPUSZCZENIA DO STOSOWANIA** | | | | |
|  |  | •Deklaracja zgodności | Tak, na wezwanie Zamawiającego | |  | |
|  | **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** | |
| **22** | **Mata gimnastyczna– 20 szt.** | | | | | | |
|  | **Typ/model oferowanego sprzętu: .......................................**  **Producent: .........................................................................**  **Kraj produkcji: ...................................................................**  **Rok produkcji: ...................................................................** | | | | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | | **4** | |
|  | **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | | | |
|  | 1 | Sprzęt nie starszy niż 2024 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy | Tak, podać | |  | |
|  | **II.** | **Parametry ogólne** | | | | |
|  |  | Mata gimnastyczna wykonana w 100% z polistyrenu - wysoko elastycznej pianki z pamięcią formy | Tak, podać | |  | |
|  | Wymiary: 120x60 cm | Tak, podać | |  | |
|  | Grubość pianki : 9mm | Tak, podać | |  | |
|  | Waga : max. 1500 g | Tak, podać | |  | |
|  | Mata wykazuje dużą trwałość przy intensywnym treningu, jest odporna na ścieranie, wodę i pot | Tak, podać | |  | |
|  | Mata wyposażona jest w dwa otwory, które przeznaczone są do jej przechowywania na specjalnych uchwytach. | Tak, podać | |  | |
|  | **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** | |
| **23** | **Piłka rehabilitacyjna– 10 szt.** | | | | | | |
|  | **Typ/model oferowanego sprzętu: .......................................**  **Producent: .........................................................................**  **Kraj produkcji: ...................................................................**  **Rok produkcji: ...................................................................** | | | | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | | **4** | |
|  | **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | | | |
|  | 1 | Sprzęt nie starszy niż 2024 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy | Tak, podać | |  | |
|  | **II.** | **Parametry ogólne** | | | | |
|  |  | Piłka gimnastyczna o średnicy 65 cm | Tak, podać | |  | |
|  | Wykonana z materiału PVC | Tak, podać | |  | |
|  | Piłka posiada system zabezpieczający anti-burst, dzięki któremu w momencie uszkodzenia produktu powietrze uchodzi z niego powoli, a więc osoba ćwicząca nie spadnie na podłogę. | Tak, podać | |  | |
|  | W zestawie pompka | Tak, podać | |  | |
|  | Produkt medyczny zarejestrowany w Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. | Tak, podać | |  | |
|  | **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** | |
| **24** | **Stojak na piłki– 1 szt.** | | | | | | |
|  | **Typ/model oferowanego sprzętu: .......................................**  **Producent: .........................................................................**  **Kraj produkcji: ...................................................................**  **Rok produkcji: ...................................................................** | | | | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | | **4** | |
|  | **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | | | |
|  | 1 | Sprzęt nie starszy niż 2024 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy | Tak, podać | |  | |
|  | **II.** | **Parametry ogólne** | | | | |
|  |  | Stojak na piłki gimnastyczne stalowy | Tak, podać | |  | |
|  | Komplet zawiera stabilną podstawę, drążek oraz 10 obręczy w różnych rozmiarach – możliwość przechowywania 10 sztuk piłek, w zależności od ich średnicy. | Tak, podać | |  | |
|  | 5 wysokość i boczne regulowane półki o średnicy 30 cm 5 wysokość i boczne regulowane półki o średnicy 40 cm | Tak, podać | |  | |
|  | wysokość: 190 cm | Tak, podać | |  | |
|  | średnica podstawy: 100 cm | Tak, podać | |  | |
|  | **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** | |
| **25** | **Urządzenie do ćwiczeń koordynacyjnych – 1 szt.** | | | | | | |
|  | **Typ/model oferowanego sprzętu: .......................................**  **Producent: .........................................................................**  **Kraj produkcji: ...................................................................**  **Rok produkcji: ...................................................................** | | | | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | | **4** | |
|  | **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | | | |
|  | 1 | Sprzęt nie starszy niż 2024 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy | Tak, podać | |  | |
|  | **II.** | **Parametry ogólne** | | | | |
|  |  | Profesjonalna platforma do ćwiczeń koordynacyjnych. | Tak, podać | |  | |
|  | Cel treningowy:  • stabilizacja stawów obwodowych i kręgosłupa  • poprawa wyników sportowych  • zwiększenie lub utrzymanie prawidłowego zakresu ruchu w stawach  • profilaktyka kontuzji / prewencja  • poprawa koordynacji wewnątrz i międzymięśniowej  • podniesienie wytrzymałości  • poprawa koncentracji  • wspomaganie rozwoju psychomotorycznego dzieci | Tak, podać | |  | |
|  | Przyrząd służy do ćwiczeń statycznych jednonóż lub obunóż | Tak, podać | |  | |
|  | Bezprzewodowa łączność z komputerem, telefonem lub tabletem | Tak, podać | |  | |
|  | 5 poziomów trudności | Tak, podać | |  | |
|  | Różnorodne gry i programy pomagają w urozmaiceniu treningu lub rehabilitacji | Tak, podać | |  | |
|  | Zestaw zawiera:  Platformę z sensorem (Ø44cm, do 120 kg)  Oprogramowanie  - test zdolności równoważnych/koordynacyjnych  - 5-cio stopniowy program terapeutyczno - treningowy  - 6 gier treningowych | Tak, podać | |  | |
|  | **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** | |
| **26** | **Podest równoważny półkula– 2 szt.** | | | | | | |
|  | **Typ/model oferowanego sprzętu: .......................................**  **Producent: .........................................................................**  **Kraj produkcji: ...................................................................**  **Rok produkcji: ...................................................................** | | | | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | | **4** | |
|  | **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | | | |
|  | 1 | Sprzęt nie starszy niż 2024 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy | Tak, podać | |  | |
|  | **II.** | **Parametry ogólne** | | | | |
|  |  | Podest równoważny o podstawie sferycznej. | Tak, podać | |  | |
|  | Wykonany z tworzywa sztucznego, wyposażony w dodatkową nakładkę pozwalającą na zwiększenie stopnia trudności ćwiczeń | Tak, podać | |  | |
|  | Wymiary: fi 42 x 5/9 cm | Tak, podać | |  | |
|  | **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** | |
| **27** | **Taśmy rehabilitacyjne – 9 szt.** | | | | | | |
|  | **Typ/model oferowanego sprzętu: .......................................**  **Producent: .........................................................................**  **Kraj produkcji: ...................................................................**  **Rok produkcji: ...................................................................** | | | | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | | **4** | |
|  | **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | | | |
|  | 1 | Sprzęt nie starszy niż 2024 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy | Tak, podać | |  | |
|  | **II.** | **Parametry ogólne** | | | | |
|  |  | Taśma rehabilitacyjna o długości min. 28 m. | Tak, podać | |  | |
|  | Szerokość taśmy max. 15 cm | Tak, podać | |  | |
|  | Do wyboru przez Użytkownika siła oporu taśmy | Tak, podać | |  | |
|  | Taśma wykonana w technologii pozwalającej uniknąć przerwania taśmy nawet jeśli wystąpi w niej lekkie nacięcie lub przebicie. | Tak, podać | |  | |
|  | Zamawiający wymaga dostawy :  3 szt. taśma zielona - opór średni  3 szt. taśma niebieska - opór mocny  3 szt. taśma czarna - opór bardzo mocny | Tak, podać | |  | |
|  | **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** | |
| **28** | **Trener równowagi – 2 szt.** | | | | | | |
|  | **Typ/model oferowanego sprzętu: .......................................**  **Producent: .........................................................................**  **Kraj produkcji: ...................................................................**  **Rok produkcji: ...................................................................** | | | | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | | **4** | |
|  | **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | | | |
|  | 1 | Sprzęt nie starszy niż 2024 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy | Tak, podać | |  | |
|  | **II.** | **Parametry ogólne** | | | | |
|  |  | TRENER równowagi typu BOSU z linkami | Tak, podać | |  | |
|  | Urządzenie na całej swojej powierzchni ma wypukłe linie, które zapobiegają poślizgnięciu. Czarna antypoślizgowa powierzchnia przylegająca do podłoża jest płaska i wyposażone w boczne sznury z wygodnymi piankowymi uchwytami. | Tak, podać | |  | |
|  | Zastosowanie:  • poprawa koordynacji ruchowej  • wzmocnienie mięśni głębokich  • trening statyczny i dynamiczny  • poprawa stabilizacji ciała  • jako obciążenie w treningu siłowym | Tak, podać | |  | |
|  | Wymiary (szer/wys): 57/21 cm | Tak, podać | |  | |
|  | Długość pojedynczej linki (bez naciągania): 90 cm | Tak, podać | |  | |
|  | W zestawie pompka | Tak, podać | |  | |
|  | **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** | |
| **29** | **Dysk korekcyjny – 6 szt.** | | | | | | |
|  | **Typ/model oferowanego sprzętu: .......................................**  **Producent: .........................................................................**  **Kraj produkcji: ...................................................................**  **Rok produkcji: ...................................................................** | | | | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | | **4** | |
|  | **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | | | |
|  | 1 | Sprzęt nie starszy niż 2024 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy | Tak, podać | |  | |
|  | **II.** | **Parametry ogólne** | | | | |
|  |  | Dysk korekcyjny dwustronny | Tak, podać | |  | |
|  | Wykonany z wytrzymałego tworzywa sztucznego | Tak, podać | |  | |
|  | Wyposażony w jedną stronę z delikatnymi, okrągłymi wypustkami do masażu oraz drugą stronę o gładkiej, aksamitnej powierzchni. | Tak, podać | |  | |
|  | Średnica: 36 cm | Tak, podać | |  | |
|  | Waga: 1150 g | Tak, podać | |  | |
|  | **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** | |
| **30** | **Aparat do elektroterapii i ultradźwięków – 1 szt.** | | | | | | |
|  | **Typ/model oferowanego sprzętu: .......................................**  **Producent: .........................................................................**  **Kraj produkcji: ...................................................................**  **Rok produkcji: ...................................................................** | | | | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | | **4** | |
|  | **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | | | |
|  | 1 | Sprzęt nie starszy niż 2024 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy | Tak, podać | |  | |
|  | **II.** | **Parametry ogólne** | | | | |
|  |  | Aparat do elektroterapii , ultradźwięków i terapii skojarzonej | Tak, podać | |  | |
|  | Min. 7" kolorowy wyświetlacz z panelem dotykowym | Tak, podać | |  | |
|  | Min. 3 niezależne kanały zabiegowe | Tak, podać | |  | |
|  | Regulacja natężenia w obwodzie pacjenta jednocześnie dla obu kanałów lub osobno | Tak, podać | |  | |
|  | Test elektrod | Tak, podać | |  | |
|  | Tryb manualny | Tak, podać | |  | |
|  | Jednostki chorobowe wybierane po nazwie lub dziedzinie | Tak, podać | |  | |
|  | Baza wbudowanych programów zabiegowych  Baza wbudowanych sekwencji zabiegowych  Baza programów użytkownika  Baza sekwencji użytkownika | Tak, podać | |  | |
|  | Programy ulubione | Tak, podać | |  | |
|  | Możliwość edycji nazw programów i sekwencji użytkownika | Tak, podać | |  | |
|  |  | Encyklopedia z opisem metodyki zabiegu | Tak, podać | |  | |
|  | Statystyki przeprowadzonych zabiegów | Tak, podać | |  | |
|  | Encyklopedia z opisem metodyki zabiegu | Tak, podać | |  | |
|  | **Elektroterapia**  -praca w trybach CC (stabilizacja prądu) lub CV (stabilizacja napięcia)  -pełna izolacja galwaniczna między kanałami w każdym trybie | Tak, podać | |  | |
|  | Prądy i metody  interferencyjne izoplanarne  interferencyjne dynamiczne  interferencyjne jednokanałowe AMF  TENS symetryczny  TENS asymetryczny  TENS naprzemienny  TENS burst  TENS do terapii porażeń spastycznych  Kotz'a / rosyjska stymulacja  tonoliza  diadynamiczne (MF, DF, CP, CP-ISO, LP)  impulsowe prostokątne  impulsowe trójkątne  impulsowe UR wg Traberta (2 - 5)  impulsowe Leduca (1 - 9)  impulsowe neofaradyczne (1 - 19)  unipolarne falujące  galwaniczne  mikroprądy | Tak, podać | |  | |
|  | **Terapia ultradźwiękowa**  -wodoszczelne głowice min. IPX7  -emisja ciągła / impulsowa  -kontrola przylegania czoła głowicy (mierzony efektywny czas zabiegu)  -kalibracja czułości głowicy według potrzeb  -częstotliwość pracy: 1 i 3,5 MHz  -powierzchnia efektywnego promieniowania: 1 cm², 4 cm²  -maksymalne natężenie fali ultradźwiękowej: 2/3 W/cm²  -częstotliwość w trybie impulsowym: 16 Hz,48 Hz, 100 Hz  -wypełnienie w trybie impulsowym: 5 - 75 %, krok 5% | Tak, podać | |  | |
|  | **Terapia skojarzona**  -praca w trybach CC (stabilizacja prądu) lub CV (stabilizacja napięcia)  Prądy i metody  -interferencyjne jednokanałowe AMF  -TENS symetryczny  -TENS asymetryczny  -TENS naprzemienny  -TENS burst  -Kotz'a / rosyjska stymulacja | Tak, podać | |  | |
|  | Wbudowane programy zabiegowe:  do elektroterapii : min. 69  do terapii ultradźwiękowej: min. 58  do terapii skojarzonej: min. 77 | Tak, podać | |  | |
|  |  | Programy do ustawienia dla użytkownika  Elektroterapia: min. 50  terapia ultradźwiękowa: min. 50  terapia skojarzona: min. 50 | Tak, podać | |  | |
|  | WYPOSAŻENIE:   * Sterownik * Kabel zasilający * Kable pacjenta * Ścierka do ekranu LCD * Nakładki maskujące z wycięciem * Nakładki maskujące pełne * Instrukcja użytkowania i Opis techniczny * Elektroda do elektroterapii 6x6 cm * Elektroda do elektroterapii 7,5x9 cm * Podkład wiskozowy 8x8 cm do elektrody o rozmiarze 6x6cm * Podkład wiskozowy 10x10 cm do elektrody o rozmiarze 7,5x9cm * Elastyczny pas rzepowy do mocowania elektrod: 100x10 cm lub 100x9 cm * Elastyczny pas rzepowy do mocowania elektrod: 40x10 cm lub 40x9 cm * Żel do ultradźwięków 500 g * Stolik pod Aparaty do fizykoterapii * Głowica ultradźwiękowa o pow. 4 cm2 Częstotliwość pracy: 1 MHz i 3,5 MHz | Tak, podać | |  | |
|  | Wymiary: max. 34 x 28 x 11 - 16 | Tak, podać | |  | |
|  | **III** | **DOKUMENTY STANOWIĄCE PODSTAWĘ DOPUSZCZENIA DO STOSOWANIA** | | | | |
|  |  | * Deklaracja zgodności | Tak, na wezwanie Zamawiającego | |  | |
|  | **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** | |
| **31** | **Tor do nauki chodzenia z przeszkodami– 1 szt.** | | | | | | |
|  | **Typ/model oferowanego sprzętu: .......................................**  **Producent: .........................................................................**  **Kraj produkcji: ...................................................................**  **Rok produkcji: ...................................................................** | | | | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | | **4** | |
|  | **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | | | |
|  | 1 | Sprzęt nie starszy niż 2024 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy | Tak, podać | |  | |
|  | **II.** | **Parametry ogólne** | | | | |
|  |  | Tor do nauki chodzenia z przeszkodami | Tak, podać | |  | |
|  | Wykonany ze stalowych poręczy, elementów konstrukcyjnych oraz sklejki | Tak, podać | |  | |
|  |  | Regulacja wysokości poręczy oraz rozmieszczenia i wysokości drewnianych przeszkód. | Tak, podać | |  | |
|  | Długość poręczy: max. 300 cm | Tak, podać | |  | |
|  | Długość toru: max. 290 cm | Tak, podać | |  | |
|  | Regulacja wysokości: min. 63-104 cm |  | |  | |
|  | Regulacja rozstawu poręczy: 32-125 cm |  | |  | |
|  | Regulacja przeszkód na wysokości: 4cm, 16cm, 28cm |  | |  | |
|  | Waga : max. 62 kg |  | |  | |
|  | Szerokość bieżni: max. 60cm |  | |  | |
|  | **III** | **DOKUMENTY STANOWIĄCE PODSTAWĘ DOPUSZCZENIA DO STOSOWANIA** | | | | |
|  |  | •Deklaracja zgodności | Tak, na wezwanie Zamawiającego | |  | |
|  | **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** | |
| **32** | **Schody do nauki chodzenia– 1 szt.** | | | | | | |
|  | **Typ/model oferowanego sprzętu: .......................................**  **Producent: .........................................................................**  **Kraj produkcji: ...................................................................**  **Rok produkcji: ...................................................................** | | | | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | | **4** | |
|  | **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | | | |
|  | 1 | Sprzęt nie starszy niż 2024 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy | Tak, podać | |  | |
|  | **II.** | **Parametry ogólne** | | | | |
|  |  | Schody do nauki chodzenia dwustronne -dwa ciągi schodów, podest, poręcze- regulowana wysokośC | Tak, podać | |  | |
|  | Szkielet schodów oraz poręcze wykonane są ze stali lakierowanej proszkowo na kolor szary, stopnie wykonane ze sklejki. | Tak, podać | |  | |
|  | Regulowane poręcze umożliwiające ćwiczenia, zarówno dorosłym pacjentom jak i dzieciom. | Tak, podać | |  | |
|  | Wymiary całkowite :  Max. Długość : 3185 mm  Max. Szerokość: 730 mm | Tak, podać | |  | |
|  | Pierwszy ciąg schodów;  Ilość stopni : 3  Długość: Min. 1000 mm | Tak, podać | |  | |
|  | Podest:  Max Długość: 660 mm  Max. szerokość: 660 mm |  | |  | |
|  | Drugi ciąg schodów:  Ilość stopni : 5  Długość: Min. 1550 mm |  | |  | |
|  | **III** | **DOKUMENTY STANOWIĄCE PODSTAWĘ DOPUSZCZENIA DO STOSOWANIA** | | | | |
|  |  | •Deklaracja zgodności | Tak, na wezwanie Zamawiającego | |  | |
|  | **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi**  **graniczne/**  **Sposób oceny** | | **Odpowiedź Wykonawcy**  **- TAK/NIE**  **parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać** | |
| **33** | **Ławka gimnastyczna– 1 szt.** | | | | | | |
|  | **Typ/model oferowanego sprzętu: .......................................**  **Producent: .........................................................................**  **Kraj produkcji: ...................................................................**  **Rok produkcji: ...................................................................** | | | | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | | **4** | |
|  | **I.** | **WARUNKI PODSTAWOWE** | | | | |
|  | 1 | Sprzęt nie starszy niż 2024 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy | Tak, podać | |  | |
|  | **II.** | **Parametry ogólne** | | | | |
|  |  | Ławka gimnastyczna o długości 3 m | Tak, podać | |  | |
|  | Wykonana z bezsęcznego drewna iglastego lub liściastego. Drewniana podstawa z równoważnią w dolnej części | Tak, podać | |  | |
|  | Rama ławki wzmocniona - usztywnia jej konstrukcję zapewniając stabilność oraz bezpieczeństwo eksploatacji. | Tak, podać | |  | |
|  | Wszystkie krawędzie płyty, belki oraz nóżek są zaokrąglone | Tak, podać | |  | |
|  | Wymiary (wys x szer x dł) : 30 x 30 x 300 cm | Tak, podać | |  | |
|  | Blat o grubości 28 mm |  | |  | |