|  |
| --- |
| **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 - należypodać 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 - należypodać 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 elektroniczneMaksymalny kąt nachylenia: 0-15%  | Tak, podać |  |
|  | Prędkość: min. 1 - 20 km / h | Tak, podać |  |
|  | Całkowita liczba programów: min. 30Zaprogramowane programy: min.24Programy 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 |  |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi****graniczne/****Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy** **- TAK/NIE****parametry oferowane - należypodać zakresy lub opisać** |
| **3** | **Rower treningowy typu orbitrek– 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 cmSzerokość kroku : 32 cmDługość stopni: 34 cm | Tak, podać |  |
|  | Regulacja oporu : ElektronicznaPoziomy obciążenia: 16System oporu EMS - elektromagnetyczny | Tak, podać |  |
|  | Regulowane nachylenie pedału (3 poziomy) | Tak, podać |  |
|  | Całkowita liczba programów: min. 24Zaprogramowane programy: min. 12Programy 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 - należypodać zakresy lub opisać** |
| **4** | **Kozetka do badań EKG – 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** |
|  | Kozetka do badań EKG  | Tak, podać |  |
|  | Wykonana z kształtowników stalowych, pokrytych farbą proszkową. Leże i wezgłowie jest wykonane z płyty wiórowej obitej pianką poliuretanową i obszyte materiałem skóropodobnym zmywalnym.  | Tak, podać |  |
|  | Regulacja kąta pochylenia wezgłowia. | Tak, podać |  |
|  | Uchwyt na prześcieradło jednorazowe. | Tak, podać |  |
|  | Wymiary : ( +/- 10 mm)* szerokość, mm 550
* długość, mm 1880
* wysokość, mm 510
* Kąt nachylenia wezgłowia, +/- 40°
* Masa stołu, kg 27
* Dopuszczalne obciążenia, kg 180 +/- 1kg
 | Tak, podać |  |
|  | Kolor obszycia tapicerki do wyboru przez Zamawiającego z min 15 dostępnych kolorów  | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi****graniczne/****Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy** **- TAK/NIE****parametry oferowane - należypodać 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 |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi****graniczne/****Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy** **- TAK/NIE****parametry oferowane - należypodać 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 biernymze 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 |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi****graniczne/****Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy** **- TAK/NIE****parametry oferowane - należypodać 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. 35 cm | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi****graniczne/****Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy** **- TAK/NIE****parametry oferowane - należypodać 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. 57-69 cm | Tak, podać |  |
|  | Średnica podstawy: max. 55 cm | Tak, podać |  |
|  | Średnica siedziska: min. 35 cm | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi****graniczne/****Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy** **- TAK/NIE****parametry oferowane - należypodać 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 intensywnościnadmuchu  | 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 |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi****graniczne/****Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy** **- TAK/NIE****parametry oferowane - należypodać zakresy lub opisać** |
| **10** | **Aparat do elektroterapii wraz z wyposażeniem – 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** |
|  | Aparat do elektroterapii wraz z wyposażeniem | Tak, podać |  |
|  | Min. 5” 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– prądy średniej częstotliwości MF– impulsy IG– prądy EMS– fale H– impulsy eksponencjalne | Tak, podać |  |
|  | PROGRAMY ZABIEGOWE• wbudowane programy zabiegowe elektroterapii min. 71• programy do ustawienia dla użytkownika min. 50• programy ulubione | Tak, podać |  |
|  | SEKWENCJE ZABIEGOWE • wbudowane sekwencje zabiegowe do elektroterapii min. 44• sekwencje do ustawienia dla użytkownika min. 10 | Tak, podać |  |
|  | WYPOSAŻENIE • przewód sieciowy x 1• zasilacz impulsowy x 1• kable pacjenta x 2• elektrody do elektroterapii 6x6 cm x 4• elektrody do elektroterapii 7,5x9 cm x 2• pokrowce wiskozowe do elektroterapii 8x8 cm x 8• pokrowce wiskozowe do elektroterapii 10x10 cm x 4• pas rzepowy 40x9 cm x 2• pas rzepowy 100x9 cm x 2• rysik do ekranu x 1• ścierka do ekranu LCD x 1• bezpieczniki zapasowe x 2• Stolik pod Aparaty do fizykoterapii  | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi****graniczne/****Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy** **- TAK/NIE****parametry oferowane - należypodać 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 |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi****graniczne/****Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy** **- TAK/NIE****parametry oferowane - należypodać 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 |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi****graniczne/****Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy** **- TAK/NIE****parametry oferowane - należypodać 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 |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi****graniczne/****Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy** **- TAK/NIE****parametry oferowane - należypodać 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 |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi****graniczne/****Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy** **- TAK/NIE****parametry oferowane - należypodać 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 montowane do sufitu zastępujące UGUL, pozwalające wykonywać ćwiczenia w podwieszeniu | Tak, podać |  |
|  | Rama główna - 1 szt. + 4 stopy montowane do sufitu | Tak, podać |  |
|  | 2 trawersy z przesuwem wzdłuż ramy głównej | Tak, podać |  |
|  | Każdy trawers wyposażony w min. 2 zawiesia z możliwością obrotu o 360o   | Tak, podać |  |
|  | Każde zawiesie wyposażone w linkę min. 5 m  | Tak, podać |  |
|  | Linka 5m z 2 bloczkami – 1 szt. | Tak, podać |  |
|  | Linka 60 cm z włókien syntetycznych – 4 szt. | Tak, podać |  |
|  | Linka 30 cm z włókien syntetycznych – 2 szt. | Tak, podać |  |
|  | Linka gumowa (słaby opór) 60 cm – 2 szt. | Tak, podać |  |
|  | Linka gumowa (mocny opór) 60 cm- 2 szt. | Tak, podać |  |
|  | Regulator długości linki – 8 szt. | Tak, podać |  |
|  | Podwieszka pod miednicą – 1 szt. | Tak, podać |  |
|  | Podwieszka pod głowę – 1 szt. | Tak, podać |  |
|  | Podwieszka udowa – 4 szt. | Tak, podać |  |
|  | Podwieszka- pętla – 2 szt. | Tak, podać |  |
|  | Podest z regulowanym kątem ustawienia płaszczyzny podparcia – 1 szt. | Tak, podać |  |
|  | Profilowany drążek metalowy – 1 szt. | Tak, podać |  |
|  | Wieszak ścienny na podwieszki i linki – 1 szt. | Tak, podać |  |
|  | Zestaw ćwiczeń na płycie CD – 1 szt. | Tak, podać |  |
|  | Instalacja aparatu przez autoryzowanego dystrybutora potwierdzona certyfikatem, lub serwis producenta | Tak, podać |  |
|  | Specjalistyczne szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi****graniczne/****Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy** **- TAK/NIE****parametry oferowane - należypodać 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 |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi****graniczne/****Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy** **- TAK/NIE****parametry oferowane - należypodać 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 cmWysokość z oparciem: 96 – 116 cmŚrednica podstawy: max. 60 cmSzerokość siedziska: max. 46 cmWaga: 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 |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi****graniczne/****Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy** **- TAK/NIE****parametry oferowane - należypodać 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** |
|  | Wykonanie z tworzywa sztucznego wzmocnionego włóknem szklanym | Tak, podać |  |
|  | Konstrukcja gwarantująca wygodną pozycję dla pacjenta podczas zabiegu | Tak, podać |  |
|  | Minimum 10 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 33 l ± 3 l | Tak, podać |  |
|  | Wyposażona w taboret pacjenta z regulowanym siedziskiem typu siodło, wykonanym z miękkiego poliuretanu. Podstawa nylonowa na stopkach. Regulowana wysokość (sprężyna gazowa) Średnica podstawy: max.60 cmŚrednica siedziska: min. 42cmWysokość (regulowana): min. 51 – 71 cmWaga: max. 6,5 kg | Tak, podać |  |
|  | Pobór mocy: 0,9 kW (± 0,1 kW)  | Tak, podać |  |
|  | Wymiary (dł. x szer. x wys.): 78 x 97 x 103 cm (±3 cm) | Tak, podać |  |
|  | Instalacja sprzętu przez autoryzowanego dystrybutora lub serwis producenta | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi****graniczne/****Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy** **- TAK/NIE****parametry oferowane - należypodać 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 |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi****graniczne/****Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy** **- TAK/NIE****parametry oferowane - należypodać 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 - należypodać 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 |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi****graniczne/****Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy** **- TAK/NIE****parametry oferowane - należypodać 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 - należypodać 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 - należypodać 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 - należypodać 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 - należypodać 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 - należypodać 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 średni3 szt. taśma niebieska - opór mocny3 szt. taśma czarna - opór bardzo mocny | Tak, podać |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi****graniczne/****Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy** **- TAK/NIE****parametry oferowane - należypodać 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 - należypodać 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 - należypodać zakresy lub opisać** |
| **30** | **Platforma równoważna – 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** |
|  | Platforma równoważna - deska do balansowania - trener równowagi poprawiający koordynację ruchową | Tak, podać |  |
|  | Wykonana z drewna oraz materiału antypoślizgowego | Tak, podać |  |
|  | Wymiary: 74 x 28 cm | Tak, podać |  |
|  | Grubość deski: 2 cm | Tak, podać |  |
|  | Średnica wałka: 11,5 cm | Tak, podać |  |
|  | Długość wałka: 42 cm |  |  |
|  | Waga: 3,8 kg |  |  |
|  | Zastosowanie:• ćwiczenia balansowe• trening równowagi• poprawa stabilizacji ciała• wzmocnienie mięśni głębokich• poprawa koordynacji ruchowej. |  |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi****graniczne/****Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy** **- TAK/NIE****parametry oferowane - należypodać 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 |  |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi****graniczne/****Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy** **- TAK/NIE****parametry oferowane - należypodać 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 mmMax. Szerokość: 730 mm | Tak, podać |  |
|  | Pierwszy ciąg schodów;Ilość stopni : 3Długość: Min. 1000 mm | Tak, podać |  |
|  | Podest:Max Długość: 660 mmMax. szerokość: 660 mm |  |  |
|  | Drugi ciąg schodów:Ilość stopni : 5 Długość: Min. 1550 mm |  |  |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Wymogi****graniczne/****Sposób oceny** | **Odpowiedź Wykonawcy** **- TAK/NIE****parametry oferowane - należypodać 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 |  |  |