**PCZ/II-ZP/15/2019 Załącznik nr 2.1 do SIWZ**

**ZESTAWIENIE WARUNKÓW I PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Pakiet 1 – Sprzęt rehabilitacyjny**

**Uwaga! Zamawiający w Pakiecie 1 wymaga kompletnej, pełnej oferty.**

Osoba wyznaczona do kontaktu w sprawie realizacji zamówienia: ………………………………………

……………………………………………………………………tel. ………………………………………….

**1 – STÓŁ REHABILITACYJNY ELEKTRYCZNY- WYPOSAŻENIE UGUL**

**Ilość: 1 sztuka**

Producent: ………………………………………………………………………………………………………

Nazwa-model/typ: ……………………………………………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ..…………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru/warunek** | **Warunki wymagane, konieczne do spełnienia** | **Parametry oferowanego aparatu**  **PODAĆ/OPISAĆ** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy | TAK |  |
|  | Rok produkcji 2019 | TAK |  |
|  | Stół dwusekcyjny na stabilnej krzyżakowej ramie | TAK |  |
|  | 4 stopki z możliwością regulacji wysokości oraz cztery unoszone koła kierunkowe służące do transportu. | TAK |  |
|  | Zagłówek regulowany za pomocą sprężyny gazowej, z otworem na twarz, zatyczka w zestawie. | TAK |  |
|  | Uchwyty do mocowania pasów. | TAK |  |
|  | Dwuwarstwowa tapicerka odporna na zabrudzenia, uszkodzenia, niepalna, kolor do wyboru przez Zamawiającego | TAK |  |
|  | **Personal Authorization System-** Zintegrowany z podstawą stołu system zabezpieczający przed niepożądaną zmianą ustawień stołu wyposażony w 2 stożkowe, magnetyczne klucze dostępu. | TAK |  |
|  | Stół wyposażony w technologię **Hallotronic®,** która dzięki wyeliminowaniu przełączników mechanicznych i stykowych znacząco podnosi niezawodność i bezpieczeństwo pracy oraz obniża hałas przy regulacji wysokości, | TAK |  |
|  | Wymiary 2020 x 800 mm. | TAK |  |
|  | Kąt pochylenia zagłówka: + 40 / - 70°. | TAK |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości z ramy w podstawie stołu w zakresie: 500 - 1010 mm. | TAK |  |
|  | Maksymalne obciążenie: 200 kg | TAK |  |
|  | **Pozostałe wymagania** | | |
|  | Certyfikat, deklaracja zgodności, potwierdzające spełnianie norm unijnych i polskich CE, wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny  i pogwarancyjny na terenie kraju | TAK |  |
|  | Gwarancja zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat | TAK |  |
|  | Kontynuacja produkcji sprzętu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim, wraz z kodami serwisowymi oferowanych urządzeń – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | **Podać inne funkcje i akcesoria wliczone  w cenę** | PODAĆ |  |

**2 – STÓŁ REHABILITACYJNY DO TERAPII METODĄ BOBATH**

**Ilość: 1 sztuka**

Producent: ………………………………………………………………………………………………………

Nazwa-model/typ: ……………………………………………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ..…………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru/warunek** | **Warunki wymagane, konieczne do spełnienia** | **Parametry oferowanego aparatu**  **PODAĆ/OPISAĆ** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy | TAK |  |
|  | Rok produkcji 2019 | TAK |  |
|  | Stół rehabilitacyjny Bobath | TAK |  |
|  | Stół do rehabilitacji metodą Bobath i Vojta - jednosekcyjny | TAK |  |
|  | Wyposażony w 4 kółka kierunkowe (unoszone) i 4 stopki | TAK |  |
|  | Dwuwarstwowa tapicerka odporna na zabrudzenia, uszkodzenia, niepalna, kolor do wyboru przez Zamawiającego | TAK |  |
|  | Stół wyposażony w technologię **Hallotronic®,** która dzięki wyeliminowaniu przełączników mechanicznych i stykowych znacząco podnosi niezawodność i bezpieczeństwo pracy oraz obniża hałas przy regulacji wysokości, | TAK |  |
|  | **Personal Authorization System -** zintegrowany z podstawą stołu system zabezpieczający przed niepożądaną zmianą ustawień stołu wyposażony w 2 stożkowe, magnetyczne klucze dostępu | TAK |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości z ramy w podstawie stołu w zakresie: 500 - 1200 mm. | TAK |  |
|  | **Wymiary dł.2000 mm x szer.**1200 mm | TAK |  |
|  | **Maksymalne obciążenie dynamiczne:225 kg** | TAK |  |
|  | **Maksymalne obciążenie statyczne : 350 kg** | TAK |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Certyfikat, deklaracja zgodności, potwierdzające spełnianie norm unijnych i polskich CE, wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny  i pogwarancyjny na terenie kraju | TAK |  |
|  | Gwarancja zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat | TAK |  |
|  | Kontynuacja produkcji sprzętu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim, wraz z kodami serwisowymi oferowanych urządzeń – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | **Podać inne funkcje i akcesoria wliczone  w cenę** | PODAĆ |  |

**3 – STÓŁ DO MASAŻU I REHABILITACJI, TRZYSEKCYJNY, ELEKTRYCZNY**

**Ilość: 1 sztuka**

Producent: ………………………………………………………………………………………………………

Nazwa-model/typ: ……………………………………………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ..…………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru/warunek** | **Warunki wymagane, konieczne do spełnienia** | **Parametry oferowanego aparatu**  **PODAĆ/OPISAĆ** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy | TAK |  |
|  | Rok produkcji 2019 | TAK |  |
|  | Stół trzysekcyjny na stabilnej konstrukcji | TAK |  |
|  | 4 stopki z możliwością regulacji wysokości oraz cztery unoszone koła kierunkowe służące do transportu | TAK |  |
|  | Podnóżek i zagłówek regulowany za pomocą sprężyn gazowych | TAK |  |
|  | Uchwyty do mocowania pasów | TAK |  |
|  | Wodoodporna atestowana tapicerka, kolor do wyboru przez Zamawiającego | TAK |  |
|  | **Personal Authorization System-** Zintegrowany z podstawą stołu system zabezpieczający przed niepożądaną zmianą ustawień stołu wyposażony w 2 stożkowe, magnetyczne klucze dostępu | TAK |  |
|  | Stół wyposażony w technologię **Hallotronic®,** która dzięki wyeliminowaniu przełączników mechanicznych i stykowych znacząco podnosi niezawodność i bezpieczeństwo pracy oraz obniża hałas przy regulacji wysokości | TAK |  |
|  | Wymiary 2050 mm x 690 mm. | TAK |  |
|  | Kąt pochylenia zagłówka: + 40 / - 70° | TAK |  |
|  | Kąt pochylenia podnóżka (sekcja tylna): 0/ +85° | TAK |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości z ramy  w podstawie stołu w zakresie: 470 mm - 950 mm. | TAK |  |
|  | Maksymalne obciążenie dynamiczne: 225 kg | TAK |  |
|  | Maksymalne obciążenie statyczne: 350 kg | TAK |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Certyfikat, deklaracja zgodności, potwierdzające spełnianie norm unijnych i polskich CE, wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny  i pogwarancyjny na terenie kraju | TAK |  |
|  | Gwarancja zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat | TAK |  |
|  | Kontynuacja produkcji sprzętu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim, wraz z kodami serwisowymi oferowanych urządzeń – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | **Podać inne funkcje i akcesoria wliczone  w cenę** | PODAĆ |  |

**4 – ROWER REHABILITACYJNY ELEKTRYCZNY**

**Ilość: 1 sztuka**

Producent: ………………………………………………………………………………………………………

Nazwa-model/typ: ……………………………………………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ..…………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru/warunek** | **Warunki wymagane, konieczne do spełnienia** | **Parametry oferowanego aparatu**  **PODAĆ/OPISAĆ** |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy | TAK |  |
|  | Rok produkcji 2019 | TAK |  |
|  | System hamowania magnetyczny | TAK |  |
|  | Zakres obciążenia 1-8 z regulacją manualną | TAK |  |
|  | Kierownica regulowana przez pochylenie | TAK |  |
|  | Siedzisko z regulacją pionową i poziomą | TAK |  |
|  | Pomiar tętna sensory dotykowe | TAK |  |
|  | Mechanizm korbowy 1 częściowy z łożyskiem - wiankiem | TAK |  |
|  | Wymiary +/- 5 cm: długość 85 cm, szerokość 51 cm, wysokość 126 cm | TAK |  |
|  | Rolki transportowe | TAK |  |
|  | Wyświetlacz LCD | TAK |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Certyfikat, deklaracja zgodności, potwierdzające spełnianie norm unijnych i polskich CE, wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny  i pogwarancyjny na terenie kraju | TAK |  |
|  | Gwarancja zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat | TAK |  |
|  | Kontynuacja produkcji sprzętu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim, wraz z kodami serwisowymi oferowanych urządzeń – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | **Podać inne funkcje i akcesoria wliczone  w cenę** | PODAĆ |  |

**5 – ELEKTRYCZNA SZYNA DO ĆWICZEŃ BIERNYCH STAWU BARKOWEGO   
 I ŁOKCIOWEGO**

**Ilość: 1 sztuka**

Producent: ………………………………………………………………………………………………………

Nazwa-model/typ: ……………………………………………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ..…………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru/warunek** | **Warunki wymagane, konieczne do spełnienia** | **Parametry oferowanego aparatu**  **PODAĆ/OPISAĆ** |
|  | Aparat fabrycznie nowy | TAK |  |
|  | Rok produkcji 2019 | TAK |  |
|  | Szyna do ćwiczeń biernych stawu barkowego | TAK |  |
|  | Odwiedzenia / przywodzenie ze stałą rotacją 20° do 160° | TAK |  |
|  | Odwiedzenie / przywiedzenie z zsynchronizowaną rotacją [º]: 20° do 160° / -30° do 90° | TAK |  |
|  | Rotacja barku wew./zew. barku[º]: -60° do 90° | TAK |  |
|  | Zgięcie / wyprost barku [º]: 20° do 180° | TAK |  |
|  | Ruch aktywny i pasywny ciągły | TAK |  |
|  | Detekcja maksymalnego ROM pacjenta (manualna lyb w trybie BYPASS) | TAK |  |
|  | regulacja prędkości: 50° - 140° / min (5 poziomów) | TAK |  |
|  | Ćwiczenia przeprowadzane w pozycji siedzącej | TAK |  |
|  | **Maksymalna waga użytkownika: 130 kg** | TAK |  |
|  | Wzrost użytkownika (min / max): 140 / 200 cm | TAK |  |
|  | Liczba programów:16 | TAK |  |
|  | Pilot zdalny | TAK |  |
|  | Regulacja siły inwersji: 6 poziomów | TAK |  |
|  | Automatyczne resetowanie ustawień przy zmianie rodzaju ruchu | TAK |  |
|  | Pauza w wyproście / zgięciu: 0 - 900 sek | TAK |  |
|  | wymiary (dł. 85 cm x szer. 69 cm x wys.48 cm | TAK |  |
|  | przycisk START / STOP / REVERSE | TAK |  |
|  | Regulacja progu bólu | TAK |  |
|  | Zmiana kierunku ruchu przy oporze (autorewers przy spastyce) | TAK |  |
|  | Blokada pilota | TAK |  |
|  | Zgięcie / wyprost łokcia [º]: -10° do 135° | TAK |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Certyfikat, deklaracja zgodności, potwierdzające spełnianie norm unijnych i polskich CE, wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny  i pogwarancyjny na terenie kraju | TAK |  |
|  | Gwarancja zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat | TAK |  |
|  | Kontynuacja produkcji sprzętu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim, wraz z kodami serwisowymi oferowanych urządzeń – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | **Podać inne funkcje i akcesoria wliczone  w cenę** | PODAĆ |  |

**6 – STÓŁ DO MASAŻU PIĘCIOSEKCYJNY, ELEKTRYCZNY**

**Ilość: 1 sztuka**

Producent: ………………………………………………………………………………………………………

Nazwa-model/typ: ……………………………………………………………………………………………..

Kraj pochodzenia: ..…………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru/warunek** | **Warunki wymagane, konieczne do spełnienia** | **Parametry oferowanego aparatu**  **PODAĆ/OPISAĆ** |
|  | Sprzętt fabrycznie nowy | TAK |  |
|  | Rok produkcji 2019 | TAK |  |
|  | Stół pięciosekcyjny na stabilnej konstrukcji | TAK |  |
|  | 4 stopki z możliwością regulacji wysokości oraz cztery unoszone koła kierunkowe służące do transportu | TAK |  |
|  | Podnóżek i zagłówek regulowany za pomocą sprężyn gazowych | TAK |  |
|  | Boczki zagłówka są opuszczane | TAK |  |
|  | Uchwyty do mocowania pasów | TAK |  |
|  | Wodoodporna atestowana tapicerka w kolorze do wyboru przez Zamawiającego | TAK |  |
|  | **Personal Authorization System-** Zintegrowany z podstawą stołu system zabezpieczający przed niepożądaną zmianą ustawień stołu wyposażony w 2 stożkowe, magnetyczne klucze dostępu | TAK |  |
|  | Stół wyposażony w technologię **Hallotronic®,** która dzięki wyeliminowaniu przełączników mechanicznych i stykowych znacząco podnosi niezawodność i bezpieczeństwo pracy oraz obniża hałas przy regulacji wysokości | TAK |  |
|  | **SmartS4Arms -** innowacyjny system płynnej, bezśrubowej regulacji boczków zagłówka, oparty o mechanizm przesuwny z blokadą. Zmiana wysokości odbywa się przez docisk dłonią, a automatyczna blokada pozycji zabezpiecza przed niepożądanym przesunięciem boczków zagłówka w czasie terapii | TAK |  |
|  | Wymiary 2050 x 690 mm. | TAK |  |
|  | Kąt pochylenia zagłówka: + 40 / - 70° | TAK |  |
|  | Kąt pochylenia podnóżka (sekcja tylna): 0/ +85° | TAK |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości z ramy w podstawie stołu w zakresie: 470 - 950 mm. | TAK |  |
|  | Maksymalne obciążenie dynamiczne: 225 kg | TAK |  |
|  | Maksymalne obciążenie statyczne: 350 kg | TAK |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  |  |
|  | Certyfikat, deklaracja zgodności, potwierdzające spełnianie norm unijnych i polskich CE, wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny  i pogwarancyjny na terenie kraju | TAK |  |
|  | Gwarancja zakupu części zamiennych bez konieczności zakupu usługi ich wymiany przez okres co najmniej 10 lat | TAK |  |
|  | Kontynuacja produkcji sprzętu lub jego wersji rozwojowych przez co najmniej 4 lata wraz z możliwością rozbudowy o inne moduły | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi i serwisowa w języku polskim, wraz z kodami serwisowymi oferowanych urządzeń – Wykonawca dostarczy wraz z towarem | TAK |  |
|  | **Podać inne funkcje i akcesoria wliczone  w cenę** | PODAĆ |  |

**UWAGI:**

* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzebne do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

........................................................................

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy