**DO.262-24.21 Załącznik nr 1 do SWZ**

|  |
| --- |
| **FORMULARZ OFERTOWY/OPZ** |

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Uczelnia Państwowa**

**im. Jana Grodka w Sanoku**

**ul. Mickiewicza 21**

**38-500 Sanok**

W postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu podstawowego zgodnie z ustawą z dnia
11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 2019 ze zm.) **pn. „Dostawa sprzętu dla Instytutu Medycznego”.**

|  |
| --- |
| 1. **DANE WYKONAWCY:**
 |

1. Osoba upoważniona do reprezentacji Wykonawcy/ów i podpisująca ofertę: **………………..……………………………………………**
2. Wykonawca / Wykonawcy:**……..……………..………………………………………….……….…………….……………...….………...**

 Adres:**………………………………………………………………………………………………………..……..……..……..…....…………**

 **NIP ..................................................................., REGON ...................................................................**

1. Adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres siedziby): **……………………………………………………………...……………………**

 **….………………………..…………………………………………………………………………………………………….…………………**

1. Osoba odpowiedzialna za kontakty z Zamawiającym: **…………………………………………..………………………………………..**

 **tel.: ……………………………………………**

1. Dane teleadresowe, na które należy przekazywać korespondencję związaną z niniejszym postępowaniem:
	1. **e-mail: …….………………………………………**
	2. **adres Elektronicznej Skrzynki Podawczej Wykonawcy** znajdującej się na platformie **ePUAP: ….…………………………**

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ I PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |

|  |
| --- |
| 1. **OFEROWANY PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:**
 |

1. Dostawa fabrycznie nowego sprzętu do fizjoterapii:

**Wymagania Zamawiającego dotyczące zakresu przedmiotu zamówienia:**

 **Tabela nr 1:** Kryterium 1: Cena ofertowa.

|  |
| --- |
| 1. **KRYTERIUM 1: CENA OFERTOWA**
 |

1. **OFERUJEMY** wykonanie Przedmiotu Zamówienia za następującą **CENĘ OFERTOWĄ**:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Liczba** | **Cena jednostkowa netto w PLN** | **Stawka VAT w %** | **Cena jednostkowa brutto w PLN** | **Wartość nettow PLN** | **Podatek VAT w PLN** | **Wartość bruttow PLN** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6 = [4x5]** | **7 = [ 3 x 4 ]** | **8** | **9 = [7+8]** |
|  | Lampa statywowa do światłolecznictwa **producent …….\* model …………….\*, ( \* - informacja obowiązkowa - wypełnia Wykonawca)** | 1 szt. | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | …… % | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ….. zł | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku |
|  | Aparat diatermia krótkofalowa **producent …….\* model …………….\*, ( \* - informacja obowiązkowa - wypełnia Wykonawca)** | 1 szt. | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | …… % | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ….. zł | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku |
|  | Aparat do elektroterapii **producent …….\* model …………….\*, ( \* - informacja obowiązkowa - wypełnia Wykonawca)** | 1 szt. | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | …… % | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ….. zł | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku |
|  | APARAT DO LASEROTERAPII - SAMODZIELNY SKANER LASEROWY+ SONDA LASEROWA PUNKTOWA **producent …….\* model …………….\*, ( \* - informacja obowiązkowa - wypełnia Wykonawca)** | 1 szt. | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | …… % | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ….. zł | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku |
|  | Aparat do terapii polem magnetycznym malej częstotliwości **producent …….\* model …………….\*, ( \* - informacja obowiązkowa - wypełnia Wykonawca)** | 1 szt. | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | …… % | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ….. zł | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku |
|  | Aparat do sonoterapii **producent …….\* model …………….\*, ( \* - informacja obowiązkowa - wypełnia Wykonawca)** | 1 szt. | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | …… % | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ….. zł | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku |
|  | Aparat do terapii radialną wielowiązkową falą uderzeniową **producent …….\* model …………….\*, ( \* - informacja obowiązkowa - wypełnia Wykonawca)** | 1 szt. | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | …… % | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ….. zł | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku |
|  | Aparat do krioterapii **producent …….\* model …………….\*, ( \* - informacja obowiązkowa - wypełnia Wykonawca)** | 1 szt. | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | …… % | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ….. zł | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku |
|  | Wanna do kąpieli wirowej kończyn górnych **producent …….\* model …………….\*, ( \* - informacja obowiązkowa - wypełnia Wykonawca)** | 1 szt. | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | …… % | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ….. zł | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku |
|  | Wanna do kąpieli wirowej kończyn dolnych i kręgosłupa lędźwiowego **producent …….\* model …………….\*, ( \* - informacja obowiązkowa - wypełnia Wykonawca)** | 1 szt. | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | …… % | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ….. zł | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku |
|  | Aparat do masażu uciskowego **producent …….\* model …………….\*, ( \* - informacja obowiązkowa - wypełnia Wykonawca)** | 1 szt. | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | …… % | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ….. zł | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku |
|  | Lampa do naświetleń promieniowaniem ultrafioletowym **producent …….\* model …………….\*, ( \* - informacja obowiązkowa - wypełnia Wykonawca)** | 1 szt. | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | …… % | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ….. zł | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku |
|  | Aparat do terapii podciśnieniowej **producent …….\* model …………….\*, ( \* - informacja obowiązkowa - wypełnia Wykonawca)** | 1 szt. | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | …… % | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ….. zł | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku |
|  | Okulary ochronne do laseroterapii biostymulacyjnej - 1 szt. **producent …….\* model …………….\*, ( \* - informacja obowiązkowa - wypełnia Wykonawca)** | 1 szt. | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | …… % | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ….. zł | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku |
|  | UGUL zestaw - 1 szt. **producent …….\* model …………….\*, ( \* - informacja obowiązkowa - wypełnia Wykonawca)** | 1 szt. | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | …… % | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ….. zł | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku |
|  | Urządzenie do ćwiczeń podwieszeniu – konstrukcja wolnostojąca - 1 szt. **producent …….\* model …………….\*, ( \* - informacja obowiązkowa - wypełnia Wykonawca)** | 1 szt. | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | …… % | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ….. zł | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku |
|  | Akcesoria do ćwiczeń komplet - 1 szt. **producent …….\* model …………….\*, ( \* - informacja obowiązkowa - wypełnia Wykonawca)** | 1 szt. | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | …… % | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ….. zł | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku |
|  | Drabinka gimnastyczna przyścienna - 2 szt. **producent …….\* model …………….\*, ( \* - informacja obowiązkowa - wypełnia Wykonawca)** | 2 szt. | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | …… % | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ….. zł | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku |
|  | Lustro korekcyjne trzyczęściowe - 1 szt. **producent …….\* model …………….\*, ( \* - informacja obowiązkowa - wypełnia Wykonawca)** | 1 szt. | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | …… % | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ….. zł | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku |
|  | Stół rehabilitacyjny stacjonarny - 1 szt. **producent …….\* model …………….\*, ( \* - informacja obowiązkowa - wypełnia Wykonawca)** | 1 szt. | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | …… % | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ….. zł | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku |
|  | Stół rehabilitacyjny składany - 10 szt. **producent …….\* model …………….\*, ( \* - informacja obowiązkowa - wypełnia Wykonawca)** | 10 szt. | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | …… % | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ….. zł | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku |
|  | Kształtki do masażu zestaw - 11 szt. **producent …….\* model …………….\*, ( \* - informacja obowiązkowa - wypełnia Wykonawca)** | 11 szt. | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | …… % | …………….Cena 1 sztuki z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku | ….. zł | ………… złz dokładnością do dwóch miejsc po przecinku |
| **CENA OFERTOWA Łączna kwota wynagrodzenia za wykonanie całości przedmiotu zamówienia****(suma wartości w kolumnie 7 i 9, wiersz 1 ):** | **……………… zł netto** | ….. zł | **……………… zł brutto** |

|  |
| --- |
| 1. **KRYTERIUM 2: GWARANCJA**
 |

1. Akceptujemy warunki gwarancji na zasadach opisanych w SWZ wraz z załącznikami, w szczególności we wzorze Umowy wraz z załącznikami.

Oświadczamy, że w przypadku wyboru naszej oferty udzielimy Zamawiającemu gwarancji na zrealizowany przedmiot zamówienia **na okres …………. miesięcy.**

 **(okres nie może być krótszy niż 12 miesięcy i dłuższy niż 24 miesiące)**

**Niewskazanie okresu gwarancji Zamawiający uzna za zaoferowano minimalnego okres tj. 12 miesięcy**

|  |
| --- |
| 1. **OŚWIADCZENIA:**
 |

Zamówienie zrealizujemy w terminach określonych w SWZ wraz z załącznikami, w szczególności we wzorze Umowy
wraz z załącznikami.

Akceptujemy warunki gwarancji na zasadach opisanych w SWZ wraz z załącznikami, w szczególności we wzorze Umowy wraz z załącznikami.

Akceptujemy warunki płatności za zrealizowanie zamówienia na zasadach opisanych we wzorze Umowy
wraz z załącznikami.

W cenie oferty uwzględnione zostały wszystkie koszty wykonania zamówienia.

Do wyliczenia cen jednostkowych brutto oraz ceny oferty brutto zastosowaliśmy, aktualnie obowiązującą w przepisach prawa, stawkę podatku od towarów i usług (VAT).

Zapoznaliśmy się z SWZ oraz wzorem Umowy wraz z załącznikami i nie wnosimy do nich zastrzeżeń, przyjmujemy warunki w nich zawarte i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania.

**ZAMÓWIENIE ZREALIZUJEMY** sami \*\* / przy udziale podwykonawców \*\* ***( \*\* niepotrzebne skreślić)***, którzy będą wykonywać następujące zakresy zamówienia:

* 1. **Zakres I** ………………………………………………………………………………………………. realizowany przez

(nazwa lub imię i nazwisko oraz dane kontaktowe podwykonawcy – jeżeli są znane) …………………...……………………………..….

* 1. **Zakres II** ………………………………………………………………………………………………. realizowany przez

(nazwa lub imię i nazwisko oraz dane kontaktowe podwykonawcy – jeżeli są znane) …………………...……………………..….

***Oświadczamy, że przed przystąpieniem do wykonania zamówienia podamy nazwy lub imiona i nazwiska oraz dane kontaktowe podwykonawców i osób do kontaktu z nimi dla wskazanych wyżej zakresów zamówienia, w przypadku gdy nie są nam znane w chwili składania oferty.***

**DOTYCZY PRZYKŁADOWO CZYNNOŚCI, O KTÓRYCH MOWA W ART. 17 NW. USTAWY**

Jeżeli Wykonawca składa ofertę, której wybór prowadziłby do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie
z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2021 r. poz. 658), dla celów zastosowania kryterium ceny Zamawiający dolicza do przedstawionej w tej ofercie ceny kwotę podatku od towarów i usług, którą miałby obowiązek rozliczyć.

W przypadku wystąpienia sytuacji opisanej w pkt 8, **Wykonawca ma obowiązek wskazania informacji, o których mowa
w pkt XXI.8 SWZ *(wypełnia Wykonawca)*:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO:**

**OŚWIADCZAMY, że** wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 ogólnego rozporządzenia
o ochronie danych (RODO), wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy
w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu, a które są ujawnione w dokumentach przedstawionych Zamawiającemu **[[1]](#footnote-1)** .

Uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres **30 dni** licząc włącznie od dnia, w którym upływa termin składania ofert.

|  |
| --- |
| 1. **ZOBOWIĄZANIA W PRZYPADKU PRZYZNANIA ZAMÓWIENIA:**
 |

Zobowiązujemy się do zawarcia Umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

Zobowiązujemy się do spełnienia wszelkich wymogów niezbędnych do zawarcia Umowy.

|  |
| --- |
| 1. **STATUS PRZEDSIĘBIORCY:**
 |

Wyłącznie do celów statystycznych Urzędu Zamówień Publicznych, należy zaznaczyć jedną z poniższych opcji:

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj Wykonawcy***(wybrać właściwe)* | * mikroprzedsiębiorstwo
* małe przedsiębiorstwo
* średnie przedsiębiorstwo
* jednoosobowa działalność gospodarcza
* osoba fizyczna nieprowadząca działalności gospodarczej
* inny rodzaj (określić jaki) ..................................................................
 |

|  |
| --- |
| 1. **INNE:**
 |

**Wskazujemy jako dostępne i aktualne następujące odpisy z KRS i CEIDG[[2]](#footnote-2)*.***

* 1. .........................................................................................................................................................
	2. .........................................................................................................................................................

**DO OFERTY** załączamy następujące oświadczenia i dokumenty:

* 1. .........................................................................................................................................................
	2. .........................................................................................................................................................
	3. .........................................................................................................................................................
	4. .........................................................................................................................................................

data ..................................

***ofertę należy podpisać
kwalifikowanym podpisem elektronicznym***

*Załącznik nr 1 do Formularza ofertowego*

**OPIS PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Lampa statywowa do światłolecznictwa – 1 sztuka**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPIS/PARAMETRY WYMAGANE** | **WYMOGI GRANICZNE****TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE**(Podać zakresy lub opisać) |
| Oferent/Producent | Podać |  |
| Nazwa i typ/model | Podać |  |
| Rok produkcji ( min. 2021 r.) | Podać |  |
| Oznaczenie CE | TAK |  |
| Światło podczerwone  | TAK |  |
| Płynna regulacja jasności świecenia 10-100% skokowo co 10%  | Podać |  |
| Zestaw filtrów ( niebieski + czerwony) | TAK |  |
| Zegar zabiegowy 1-30 min | Podać |  |
| Moc minimum 375 W | Podać |  |
| Mikroprocesorowe sterowanie pracą lampy | TAK |  |
| Sterowanie elektroniczne | TAK |  |
| Okulary szt.2 (dla pacjenta i terapeuty) | TAK |  |
| Wymiar podstawy lampy maks. : 0,5 x 0,6 m, wysokość 1,2-1,9m (+/- 5%) | Podać |  |
| Wymuszone chłodzenie tubusa i siatka zabezpieczająca | TAK |  |
| Podstawa wyposażona w kółka z hamulcami | TAK |  |

**Aparat diatermia krótkofalowa – 1 sztuka**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPIS/PARAMETRY WYMAGANE** | **WYMOGI GRANICZNE****TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE**(Podać zakresy lub opisać) |
| Oferent/Producent | Podać |  |
| Nazwa i typ/model | Podać |  |
| Rok produkcji ( min. 2021 r.) | Podać |  |
| Oznaczenie CE | TAK |  |
| Kolorowy ekran dotykowy min. 5,7”  | Podać |  |
| Praca w trybie ciągłym i impulsowym (efekt termiczny i a-termiczny) | TAK |  |
| Możliwość regulowania pozycji ramion w pełnym zakresie (360 stopni ) | TAK |  |
| Moc w trybie impulsowym 400 W  | TAK |  |
| Moc w trybie ciągłym 200 W | TAK |  |
| Minimum 62 gotowe programy terapeutyczne | Podać |  |
| Kolorowa encyklopedia terapeutyczna z rysunkami anatomicznymi z opisem metodyki prawidłowego wykonania zabiegu, ich odstępów i ilości w zależności od jednostki chorobowej. | TAK |  |
| Możliwość tworzenia i zapisywania 100 własnych programów użytkownika | TAK |  |
| Częstotliwość pracy 27,12 MHz | TAK |  |
| Częstotliwość impulsu 50–1500 Hz  | TAK |  |
| Czas trwania impulsu 50–2000 µs | TAK |  |
| Możliwość jednoczesnej terapii dwoma aplikatorami indukcyjnymi | TAK |  |
| Baza danych pacjentów | TAK |  |
| Jeden kanał pola kondensatorowego | TAK |  |
| Jeden lub dwa kanały pola indukcyjnego | TAK |  |
| Wymiary nie większe niż 560 x 980 x 560 mm | Podać |  |
| Waga nie więcej niż 38 kg | Podać |  |
| Łatwe i szybkie podłączenie aplikatorów | TAK |  |
| 1 ramię sześcioprzegubowe i kabel do aplikatora | TAK |  |
| 1 aplikator indukcyjny Ø14 cm | Podać |  |
| Kable do aplikatorów kondensatorowych | TAK |  |
| Wyłącznik bezpieczeństwa  | TAK |  |
| Możliwość podłączenia do aparatu aplikatorów kondensatorowych, indukcyjnych oraz płaskich gumowych | TAK |  |

**Aparat do elektroterapii – 1 sztuka**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPIS/PARAMETRY WYMAGANE** | **WYMOGI GRANICZNE****TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE**(Podać zakresy lub opisać) |
| Oferent/Producent | Podać |  |
| Nazwa i typ/model | Podać |  |
| Rok produkcji ( min. 2021 r.) | Podać |  |
| Oznaczenie CE | TAK |  |
| dwa całkowicie niezależne kanały zabiegowe  | TAK |  |
| tryb pracy: programowy/ manualny | TAK |  |
| baza wbudowanych programów i sekwencji zabiegowych | TAK |  |
| statystyki przeprowadzonych zabiegów | TAK |  |
| encyklopedia z opisem metodyki zabiegu | TAK |  |
| podręczna lista programów i sekwencji ulubionych | TAK |  |
| możliwość edycji nazw programów i sekwencji użytkownika | TAK |  |
| jednostki chorobowe wybierane po nazwie lub dziedzinie | TAK |  |
| 7’’ kolorowy wyświetlacz z panelem dotykowym | TAK |  |
| Generowane prądy: prąd interferencyjny (dynamiczny, statyczny, jednokanałowy AMF), prądy TENS (symetryczny, asymetryczny, falujący, TENS burst, TENS do terapii porażeń spastycznych), prądy Kotza, rosyjska stymulacja, tonoliza, diadynamiczne (MF,DF,CP,CP-ISO,LP), prądy impulsowe (prostokątny, trójkątny, wg.Leduca, neofaradyczny, wg Traberta), prąd unipolarny falujący, prąd galwaniczny, mikroprądy. | TAK |  |
| Natężenie maks. Pr.interferencyjne, Kotza - 100mA | TAK |  |
| Natężenie maks. Pr. TENS - 140mA | TAK |  |
| Natężenie maks. Pr.diadynamiczne, impulsowe - 60mA | TAK |  |
| Natężenie maks. Pr. Galwaniczny - 40mA | TAK |  |
| Tryb przerywany dla prądów unipolarnych | TAK |  |
| elektrodiagnostyka z graficzną prezentacją krzywej I/t | TAK |  |
| Automatyczne wyliczanie reobazy, chronaksji, współczynnika akomodacji | TAK |  |
| Tryb programowy i manualny | TAK |  |
| 69 wbudowanych programów zabiegowych | TAK |  |
| 50 programów do ustawienia dla użytkowników | TAK |  |
| 69 programów ulubionych | TAK |  |
| Opcja definiowania programów ulubionych | TAK |  |
| 38 wbudowanych sekwencji zabiegowych | TAK |  |
| 10 sekwencji do ustawienia dla użytkowników | TAK |  |
| Możliwość przeprowadzenie testu elektrod | TAK |  |
| Wyposażenie standardowe: elektrody do elektroterapii 6x6-4szt, elektrody do elektroterapii 7,5x9-2szt, pokrowce wiskozowe do elektrod 6x6-8szt, 7,5x9-4szt, pasy rzepowe 40x10-2szt, 100x10-2szt | TAK |  |
| wymiary 34 x 28 x 11‐16 | TAK |  |
| Zasilanie 230V/40W | TAK |  |
| Deklaracja zgodności dla wyrobów medycznych | TAK |  |
| Oryginalny stolik producenta aparatu dwupółkowy z systemem jezdnym, waga min 13,9kg, wysokość/szerokość 87/57cm, zakres regulacji półki dolnej- 60cm, Wymiar półki dolnej: 40 x 30,8 cm, Wymiar zewnętrzny półki górnej: 57,8 x 34,1 cm. | TAK |  |

**APARAT DO LASEROTERAPII - SAMODZIELNY SKANER LASEROWY+ SONDA LASEROWA PUNKTOWA – 1 sztuka**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPIS/PARAMETRY WYMAGANE** | **WYMOGI GRANICZNE****TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE**(Podać zakresy lub opisać) |
| Oferent/Producent | Podać |  |
| Nazwa i typ/model | Podać |  |
| Rok produkcji ( min. 2021 r.) | Podać |  |
| Oznaczenie CE | TAK |  |
| Sterownik do laseroterapii z aplikatorem skanującym | TAK |  |
| **Aplikator skanujący R+IR 100mW +450mW ze statywem oraz sterownikiem** : duża moc źródeł promieniowanie mierzona na wyjściu, trzy tryby kreślenia pola zabiegowego: elipsa, linia, krzywe w granicach prostokąta, regulacja wysokości ramienia 60-140cm, regulacja położenia głowicy w dwóch osiach, automatyczne przeliczanie czasu pracy w zależności od wielkości pola zabiegowego i odległości skanera od ciała pacjenta, głowica skanująca umieszczona na ramieniu wyposażonym w siłownik pneumatyczny podtrzymujący ramię, podstawa wyposażona w kółka z hamulcami, półka na sterownik i okulary | TAK |  |
| Możliwość podłączenia sondy punktowej R+IR o długości fali oraz mocy: 660nm / 80 mW,  - regulacja mocy sond i aplikatorów - tryb emisji: ciągły i impulsowy  | TAK |  |
| Możliwość podłączenia aplikatora prysznicowego R+IR o długości fali oraz mocy: - 4x 808 nm / 400 mW, - 5x 660 nm / 40 mW.  | Tak |  |
| Możliwość podłączenia prętów światłowodowych do sond punktowych | TAK |  |
| Ilośc gniazd do podłączenia aplikatorów - 3 | TAK |  |
| Tryb manualny i programowy | TAK |  |
| Kontrola nad parametrami zabiegowymi | TAK |  |
| Jednostki chorobowe w trybie programowym wybierane po nazwie | TAK |  |
| Ilustrowana encyklopedia zabiegowa | TAK |  |
| Dawka energii :0,5 J/cm2 – 15 J/cm2 z krokiem regulacji 0,5 J/cm2 | TAK |  |
| Regulacja mocy 25%-100% | TAK |  |
| Wypełnienie przy pracy impulsowej 10 – 90% z krokiem regulacji 10% | TAK |  |
| Ilość programów zabiegowych 57 | TAK |  |
| Ilość sekwencji zabiegowych dla skanera 26 | TAK |  |
| Gotowe programy z częstotliwościami Nogiera 8 | TAK |  |
| Gotowe programy z częstotliwościami Volla 30 | TAK |  |
| Edycja nazw programów użytkownika | TAK |  |
| Możliwość automatycznego powtórzenia zabiegu | TAK |  |
| Wyświetlacz 5'' | TAK |  |
| Zegar zabiegowy 1 sekunda – 100 minut, krok zmienny | TAK |  |
| Wtyk blokady drzwi DOOR | TAK |  |
| Zasilanie 230V, 50Hz, 40W | TAK |  |
| Wyświetlacz 5'' |   |  |
| Okulary ochronne do laseroterapii 2 szt. Dla pacjenta i terapeuty | TAK |  |
| Możliwość pracy na baterii | TAK |  |

**Aparat do terapii podciśnieniowej – 1 sztuka**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPIS/PARAMETRY WYMAGANE** | **WYMOGI GRANICZNE****TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE**(Podać zakresy lub opisać) |
| Oferent/Producent | Podać |  |
| Nazwa i typ/model | Podać |  |
| Rok produkcji ( min. 2021 r.) | Podać |  |
| Oznaczenie CE | TAK |  |
| Dwa niezależne kanały zabiegowe | TAK |  |
| Kolorowy wyświetlacz dotykowy | TAK |  |
| Praca w trybie manualnym lub programowym | TAK |  |
| Wbudowana baza programów zabiegowych | Tak |  |
| Wybór programów zabiegowych po nazwach jednostek chorobowych lub dziedzinach | TAK |  |
| Encyklopedia zabiegowa z opisem metodyki zabiegów i ilustracjami | TAK |  |
| Możliwość zapisywania własnych programów | TAK |  |
| Statystyki przeprowadzonych zabiegów | TAK |  |
| Autotest – kontrola sprawności aparatu | TAK |  |
| Emisja ciągła lub przerywana | TAK |  |
| Kształt pola: prostokąt, trójkąt, sinusoida, impulsowy, półprostokąt, półtrójkąt, półsinusoida, półimpulsowy | TAK |  |
| Zakres częstotliwości: od 0 do min 50Hz (możliwość ustawień z dokładnością do 0,01 Hz) | TAK |  |
| Zegar zabiegowy (możliwość ustawienia czasu z dokładnością do 1s) | TAK |  |
| Możliwość jednoczesnego podłączenia aplikatorów szpulowych oraz miejscowych. | TAK |  |
| Aplikatory ze świetlną sygnalizacją indukcji pola magnetycznego | TAK |  |
| **Wyposażenie** : aplikator szpulowy na rolkach jezdnych o średnicy min. 60 cm na dedykowanej leżance, aplikator szpulowy o średnicy min. 35 cm ze stolikiem, półka/stolik na sterownik, przewód sieciowy, instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |

**Aparat do sonoterapii– 1 sztuka**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPIS/PARAMETRY WYMAGANE** | **WYMOGI GRANICZNE****TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE**(Podać zakresy lub opisać) |
| Oferent/Producent | Podać |  |
| Nazwa i typ/model | Podać |  |
| Rok produkcji ( min. 2021 r.) | Podać |  |
| Oznaczenie CE | TAK |  |
| Aparat do wykonywania zabiegów sonoterapii z jedną głowicą | TAK |  |
| Głowica dwuczęstotliwościowa 1/3,5 MHz 4cm2 | TAK |  |
| Precyzyjny wskaźnik obciążenia głowicy | TAK |  |
| Kontrola przylegania czoła głowicy sprzężona z zegarem zabiegowym | Tak |  |
| Czytelny wyświetlacz graficzny | TAK |  |
| Optyczna i akustyczna kontrola kontaktu głowicy z powierzchnią zabiegową (sygnalizacja braku sprzęgania głowicy) | TAK |  |
| Zatrzymanie odmierzania czasu zabiegu przy braku kontaktu głowicy z powierzchnia zabiegową | TAK |  |
| Stabilizacja mocy głowicy | TAK |  |
| Procedura autotestowania głowicy po włączeniu aparatu | TAK |  |
| Tryb pracy: programowy i manualny | TAK |  |
| Programy zabiegowe wbudowane -min.52 | TAK |  |
| Programy użytkownika - min.10 | TAK |  |
| Jednostki chorobowe wybierane po nazwie | TAK |  |
| Natężenie maks.fali ultradźwiekowej 2,5W/cm2 | TAK |  |
| Częstotliwość w trybie pulsacyjnym 16,48,100Hz | TAK |  |
| Wypełnienie w trybie pulsacyjnym 10, 25, 50, 75 % | TAK |  |
| Zasilanie 230V/40W | TAK |  |
| Oryginalny stolik producenta aparatu dwupółkowy z systemem jezdnym, waga min 13,9kg, wysokość/szerokość 87/57cm, zakres regulacji półki dolnej- 60cm, Wymiar półki dolnej: 40 x 30,8 cm, Wymiar zewnętrzny półki górnej: 57,8 x 34,1 cm. | TAK |  |

**Aparat do terapii radialną wielowiązkową falą uderzeniową**

**– 1 sztuka**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPIS/PARAMETRY WYMAGANE** | **WYMOGI GRANICZNE****TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE**(Podać zakresy lub opisać) |
| Oferent/Producent | Podać |  |
| Nazwa i typ/model | Podać |  |
| Rok produkcji ( min. 2021 r.) | Podać |  |
| Oznaczenie CE | TAK |  |
| Ciśnienie do 4 barów | TAK |  |
| Częstotliwość do 15 Hz | TAK |  |
| Aparat wyposażony w czytelny panel sterujący z wbudowanym pokrętłem nawigacyjnym ułatwiającym sterowanie aparatu | TAK |  |
| minimum 3 wyświetlacze LED | Tak |  |
| Waga max 7kg łącznie z wbudowanym kompresorem | TAK |  |
| Kompresor powietrzny wbudowany w aparat, bezolejowy – bezobsługowy | TAK |  |
| Możliwość definiowania własnych programów terapeutycznych | TAK |  |
| Ergonomiczny aplikator posiadający amortyzator sprężynowy eliminujący transfer wstecznych wstrząsów w kierunku ręki terapeuty | TAK |  |
| Waga gotowego do pracy aplikatora wraz z kablem połączeniowym max. 1 kg | TAK |  |
| Tryb pojedynczych i ciągłych uderzeń | TAK |  |
| Gotowe programy terapeutyczne | TAK |  |
| Wymiary 320 x 190 x 280 mm | TAK |  |
| W zestawie następujące przekaźniki fali uderzeniowej: wielowiązkowy 15 mm, wielowiązkowy 9 mm, koncentrujący 15 mm | TAK |  |
| Oryginalny stolik producenta aparatu wyposażony w kabel zasilający, uchwyt na zasilacz do aparatu, 5 otwieranych uchylnie schowków oraz 4 kółka jezdne, 2 kółka wyposażone w hamulce.  | TAK |  |
| Możliwość zastosowania następujących przekaźników:• Tytanowy 15mm focused• Vibrating 20mm• Vibrating 36mm• 20mm z nakładką silikonową• Tytanowy 20mm z nakładką silikonową | TAK |  |

**Aparat do krioterapii – 1 sztuka**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPIS/PARAMETRY WYMAGANE** | **WYMOGI GRANICZNE****TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE**(Podać zakresy lub opisać) |
| Oferent/Producent | Podać |  |
| Nazwa i typ/model | Podać |  |
| Rok produkcji ( min. 2021 r.) | Podać |  |
| Aparat do krioterapii wykorzystuje działanie zimnego powietrza, którego temperatura wynosi do -32˚C | TAK |  |
| Aparat poza prądem nie wymaga dodatkowych kosztów eksploatacyjnych. | TAK |  |
|  1200 l/min przepływu powietrza +/-5% | TAK |  |
|  9 poziomów natężenia powietrza | TAK |  |
| Ekran dotykowy 2,8" +/-5% | Tak |  |
| Przepływ powietrza regulowany w zakresie minimum 350−1200 l/min | TAK |  |
| Wymiary 930 × 300× 400 mm +/-5% | TAK |  |
| Waga 53 kg +/-5% | TAK |  |
| Akcesoria standardowe - wąż zabiegowy z końcówkami: Ø5, Ø10, Ø15 mm | TAK |  |
| Akcesoria opcjonalne Dysza kątowa, szklany blat, ramię zabiegowe | TAK |  |

**Wanna do kąpieli wirowej kończyn górnych – 1 sztuka**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPIS/PARAMETRY WYMAGANE** | **WYMOGI GRANICZNE****TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE**(Podać zakresy lub opisać) |
| Oferent/Producent | Podać |  |
| Nazwa i typ/model | Podać |  |
| Rok produkcji ( min. 2021 r.) | Podać |  |
| Oznaczenie CE | TAK |  |
| Wanna wykonana z wytrzymałego tworzywa sztucznego typu TWS wzmocnionego włóknem szklanym. | TAK |  |
| 4 dysze do hydromasażu z regulacją kierunku wypływu | TAK |  |
| Zasysanie wody sitkiem filtrującym. | TAK |  |
| Układ napełniania do ciepłej i zimnej wody oraz układ odpływowy – oddzielne układy bez części wspólnych | Tak |  |
| Wyposażenie wanny:- prysznic ręczny do zimnej oraz do ciepłej wody,- pompa z tworzywa sztucznego galwanicznie oddzielona,- półautomatyczny odpływ,- bierny masaż perełkowy,- regulowana wysokość nóg,- krzesło dla pacjenta. | TAK |  |
| Pojemność wanny 20 l (+/-5%) | TAK |  |
| Wymiary (+/- 5%):- szerokość 790 mm- wysokość 930 mm- długość 770 mm | TAK |  |
| Możliwość wyboru koloru wanny z palety kolorów RAL. | TAK |  |

**Wanna do kąpieli wirowej kończyn dolnych i kręgosłupa lędźwiowego – 1 sztuka**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPIS/PARAMETRY WYMAGANE** | **WYMOGI GRANICZNE****TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE**(Podać zakresy lub opisać) |
| Oferent/Producent | Podać |  |
| Nazwa i typ/model | Podać |  |
| Rok produkcji ( min. 2021 r.) | Podać |  |
| Oznaczenie CE | TAK |  |
| Korpus i obudowa wanny wykonane z tworzywa sztucznego typu TWS wzmocnionego włóknem szklanym. | TAK |  |
| Minimum 12 dysz do hydromasażu o regulowanym kierunku, podzielonych na minimum 3 niezależne sekcje. | TAK |  |
| Możliwość kombinowanej pracy sekcji (minimum 7 kombinacji). | TAK |  |
| Zawór regulacji napowietrzania wody (bierny masaż perełkowy). | Tak |  |
| Zasysanie wody sitkiem filtrującym. | TAK |  |
| Wyposażenie wanny: - system napełniania z zaworami do ciepłej oraz zimnej wody,- prysznic ręczny z zaworem do zimnej oraz opcjonalnie z zaworem do ciepłej wody,- regulacja wysokości nóg,- półautomatyczny odpływ wody, - stopień ułatwiający wchodzenie do wanny,- pompa z tworzywa sztucznego galwanicznie oddzielona, 230V, 50HZ, 1,1kW (+/- 5%). | TAK |  |
| Dwa poziomy napełniania:- 80 litrów (+/- 5%),- 210 litrów (+/- 5%). | TAK |  |
| Wymiary:* długość: 1440 mm (+/- 5%),
* szerokość: 720 mm (+/- 5%),
* wysokość: 980mm (+/- 5%).
 | TAK |  |
| Możliwość wyboru koloru wanny z palety kolorów RAL. | TAK |  |

**Aparat do masażu uciskowego – 1 sztuka**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPIS/PARAMETRY WYMAGANE** | **WYMOGI GRANICZNE****TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE**(Podać zakresy lub opisać) |
| Oferent/Producent | Podać |  |
| Nazwa i typ/model | Podać |  |
| Rok produkcji ( min. 2021 r.) | Podać |  |
| Oznaczenie CE | TAK |  |
| Min. 3 wyświetlacze diodowe | TAK |  |
| Liczba kanałów 12 | TAK |  |
| Zakres ciśnienia 20 -160 mmHg +/-3% | TAK |  |
| Zapisane programy terapeutyczne | Tak |  |
| Automatyczne odsysanie powietrza z mankietów po zabiegu | TAK |  |
| Gradient 0, 10, 20, 30% | TAK |  |
| Minimum 8 gotowych programów zabiegowych | TAK |  |
| W zestawie 2 mankiety 10-sto komorowe na nogi, 1 mankiet 8- komorowy na rękę, złącze do dwóch mankietów | TAK |  |
| Aktywność działającej komory widoczna na histogramie | TAK |  |
| Waga aparatu 7,5 kg +/-3% | TAK |  |
| Czas trwania terapii do 99 minut  | TAK |  |
| Złącze umożliwiające łatwą i szybką wymianę aplikatorów | TAK |  |
| Regulacja prędkości nadmuchiwania aplikatora | TAK |  |
| Oryginalny stolik producenta aparatu wyposażony w kabel zasilający, posiadający minimum 6 otwieranych uchylnie schowków oraz 4 kółka jezdne, 2 kółka wyposażone w hamulce. | TAK |  |

**Lampa do naświetleń promieniowaniem ultrafioletowym – 1 sztuka**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPIS/PARAMETRY WYMAGANE** | **WYMOGI GRANICZNE****TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE**(Podać zakresy lub opisać) |
| Oferent/Producent | Podać |  |
| Nazwa i typ/model | Podać |  |
| Rok produkcji ( min. 2021 r.) | Podać |  |
| Oznaczenie CE | TAK |  |
| Promieniowanie ultrafioletowe typ UVA-B | TAK |  |
| Zegar zabiegowy 1-30 min | TAK |  |
| Moc jednego promiennika minimum 20 W | TAK |  |
| Wymiary (dł. x szer. x wys.) [cm] maksymalnie: 62 x 48 x 187 (+/- 5%) | Tak |  |
| Podstawa wyposażona w kółka z hamulcami | TAK |  |

**Aparat do terapii podciśnieniowej – 1 sztuka**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPIS/PARAMETRY WYMAGANE** | **WYMOGI GRANICZNE****TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE**(Podać zakresy lub opisać) |
| Oferent/Producent | Podać |  |
| Nazwa i typ/model | Podać |  |
| Rok produkcji ( min. 2021 r.) | Podać |  |
| Oznaczenie CE | TAK |  |
| Dwa obwody wyjściowe | TAK |  |
| Dedykowany tryb do opróżniania cieczy ze zbiornika | TAK |  |
| Sygnalizacja napełniania zbiornika | TAK |  |
| Częstość pulsacji fali podciśnieniowej 6,12,20,40,60 imp/min | Tak |  |
| Podciśnienie maksymalne 500mbar | TAK |  |
| Zakres regulacji podciśnienia 100-500mbar, krok 40mbar | TAK |  |
| Liczba ssawek min 4 | TAK |  |
| Wymiary 30x26x12 | TAK |  |
| Waga max 3,5kg | TAK |  |
| Zasilanie 230V/40W | TAK |  |
| Deklaracja zgodności dla wyrobów medycznych | TAK |  |
| Przewód do połączenia z aparatem do elektroterapii | TAK |  |

**Okulary ochronne do laseroterapii**

**biostymulacyjnej – 1 sztuka**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPIS/PARAMETRY WYMAGANE** | **WYMOGI GRANICZNE****TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE**(Podać zakresy lub opisać) |
| Oferent/Producent | Podać |  |
| Nazwa i typ/model | Podać |  |
| Rok produkcji ( min. 2021 r.) | Podać |  |
| Oznaczenie CE | TAK |  |
| Okulary ochronne do laseroterapiibiostymulacyjnej (650-845 nm)  | TAK |  |

**UGUL zestaw – 1 sztuka**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPIS/PARAMETRY WYMAGANE** | **WYMOGI GRANICZNE****TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE**(Podać zakresy lub opisać) |
| **Krata (8 elementów) o rozmiarze 200x200x200cm (+/- 5%)** | TAK |  |
| Oferent/Producent | Podać |  |
| Nazwa i typ/model | Podać |  |
| Rok produkcji ( min. 2021 r.) | Podać |  |
| Oznaczenie CE | TAK |  |
| Zestaw osprzętu do UGUL:1. Ciężarek miękki  0,5 kg - 2 szt.
2. Ciężarek miękki  1,0 kg – 2 szt.
3. Ciężarek miękki  1,5 kg – 2 szt.
4. Ciężarek miękki  2,0 kg – 2 szt.
5. Ciężarek miękki  2,5 kg – 2 szt.
6. Ciężarek miękki  3,0 kg – 2 szt.
7. Ciężarek miękki  4,0 kg – 2 szt.
8. Esik metalowy – 30 szt.
9. Bloczek rehabilitacyjny – 1 szt.
10. Kamaszek skórzany do wyciągu – 1 szt.
11. Mankiet nadgarstkowo-kostkowy 8x45cm – 2 szt.
12. Mankiet udowy 13x77cm – 1 szt.
13. Pas do stabilizacji ud i kręgosłupa 172x12,5cm – 2 szt.
14. Pas do wyciągu za miednicę 115x15cm – 1 szt.
15. Pętla Glissona z orczykiem – 1 szt.
16. Podwieszka dwustawowa ze skóry 130x4cm – 4 szt.
17. Podwieszka klatki piersiowej 22x67/35x8cm – 1 szt.
18. Podwieszka pod miednicę 21x73cm – 1 szt.
19. Podwieszka pod głowę 15x54cm – 1 szt.
20. Podwieszka ramienna 10x42cm – 2 szt.
21. Podwieszka udowa 14x52cm – 2 szt.
22. Podwieszka kolanowa 8x57cm – 2 szt.
23. Uchwyt metalowy na linkę – 2 szt.
24. Linka do podwieszeń i ćw. w odciążeniu – 120cm – 6 szt.
25. Linka do podwieszeń i ćw. w odciążeniu – 160cm – 4 szt.
26. Linka z bloczkami  do ćw. z obciążeniem – 350cm – 2 szt.
27. Linka do ćw. samowspomaganych dł. 225cm – 1 szt.
28. Linka do ćw. samowspomaganych z obciążeniem – 550 cm – 1 szt.
29. Karabińczyk – 1 szt.
 | TAK |  |
| **Stół rehabilitacyjny - 1 sztuka** |  |  |
| Oferent/Producent | Podać |  |
| Nazwa i typ/model | Podać |  |
| Rok produkcji ( min. 2021 r.) | Podać |  |
| Oznaczenie CE | TAK |  |
| Stół dwuczęściowy (leżysko główne, zagłówek z otworem na twarz) | Tak |  |
| Stabilna konstrukcja – wytrzymała rama ze stali, malowana proszkowo – odporna na działanie środków dezynfekujących | Tak |  |
| Elektryczna regulacja wysokości, | Tak |  |
| Pilot ręczny | Tak |  |
| Regulowany zagłówek za pomocą sprężyny gazowej [o]: -85 / +35 (+/-5%) | Tak |  |
| Regulacja wysokości [mm]: 440 - 1010 (+/-5%) | Tak |  |
| Wymiary (dł. x szer.) [mm]: 1900 x 660 (+/-5%) | Tak |  |
| Dopuszczalne obciążenie [kg]: 150 (+/-5%) | Tak |  |
| Centralny system jezdny z hamulcem (podnoszony) | Tak |  |
| Trzyczęściowy zagłówek (podłokietniki)  | Tak |  |
| Uchwyty do mocowania pasów stabilizacyjnych | Tak |  |
| Zaślepka do otworu na twarz | Tak |  |

**Urządzenie do ćwiczeń podwieszeniu – konstrukcja wolnostojąca – 1 sztuka**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPIS/PARAMETRY WYMAGANE** | **WYMOGI GRANICZNE****TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE**(Podać zakresy lub opisać) |
| **Urządzenie do ćwiczeń podwieszeniu – konstrukcja wolnostojąca** | TAK |  |
| Oferent/Producent | Podać |  |
| Nazwa i typ/model | Podać |  |
| Rok produkcji ( min. 2021 r.) | Podać |  |
| Oznaczenie CE | TAK |  |
| Urządzenie pozwala na całkowitą eliminację kompresji w stawach, redukcja siły grawitacji | TAK |  |
| Specjalnie opracowany, przesuwny system dwóch prowadnic, na których mocuje się elementy przesuwne służące do zamocowania systemu linek i podwieszek Zestaw zawiera 2 aparaty regulowane wzdłużnie i 2 poprzecznie zapewniając pełne podwieszenie ciała oraz nieograniczone możliwości ćwiczeń. | TAK |  |
| Wymiary:Długość: 3224 mm (+/- 5%),Szerokość: 1200 mm (+/- 5%),Wysokość: 2107 mm (+/- 5%),Waga: 217kg (+/- 5%). | TAK |  |
| Wyposażenie:* + - 1. Podwieszka ramion i ud 0,57x0,15m - 4 szt. (RO-07) (+/- 5%),
			2. Podwieszka pod miednicę 0,9x0,22m -1 szt. (RO- 08) (+/- 5%),
			3. Podwieszka z otworem pod głowę 0,62x017m - 1 szt. ( RO -10) -1-szt (+/- 5%),
			4. Linka do zawieszeń z dwoma karabińczykami i bloczkami zaciskowymi dł. 2,5m - 6 szt. (LO-13) (+/- 5%),
			5. Linka do ćwiczeń funkcjonalnych, oporowych dł. 5m szt. 1 (LO-04) (+/-5%),
			6. Linka elastyczna z mocowaniem dł. 60cm - czerwona 1szt (+/- 5%),
			7. Linka elastyczna z mocowaniem dł. 30cm - czerwona 1szt (+/- 5%),
			8. Linka elastyczna z mocowaniem dł. 60cm - czarna 1szt (+/- 5%),
			9. Linka elastyczna z mocowaniem dł. 30cm - czarna 1szt (+/- 5%),
1. 10. Wieszak na akcesoria - 1 szt.
 | TAK |  |
| Dodatkowa kolumna do ćwiczeń oporowych, mechanoterapii – przystawka mocowana do urządzenia do ćwiczeń w podwieszeniu (konstrukcji wolnostojącej) | TAK |  |
| ramię z uchwytem (uchem) głównym oraz poprzeczką wyposażoną w przesuwne elementy mocujące podwieszki | TAK |  |
| na całej wysokości ramienia znajdują się dwa uchwyty do podwieszek, które mogą być zablokowane przy pomocy szybkiej w użyciu dźwigni co 10 cm, | TAK |  |
| wysokość ramienia regulowana za pomocą uchwytu (steruje on sprężyną gazową) w zakresie 2120 – 2430 mm (+/- 5%) | TAK |  |
| uchwyt do zmiany wysokości wyposażony jest w magnetyczną końcówkę mocującą go do ramy gdy jest nieużywany | TAK |  |
| na dole urządzenia na całej szerokości nogi dostępne są dodatkowe otwory do montażu osprzętu | TAK |  |
| Dane techniczne:Wymiary (dł. x szer. x wys.) [mm]: 1176 x 1200 x 2522 (+/- 5%)Maksymalne obciążenie [kg]: 130 (+/- 5%) | TAK |  |
| Wyposażenie:1. uchwyt pojedynczy szt. 2,
2. uchwyt do rąk prosty do ćwiczeń z gumami szt. 2,
3. linka do zawieszeń z dwoma karabińczykami i bloczkami zaciskowymi dł. 2 m (LO-13) szt. 2,
4. linka do ćwiczeń samowspomaganych lub oporowych dł. 5 m (LO-14) szt. 1
 | TAK |  |
| **Stół rehabilitacyjny - 1 sztuka** |  |  |
| Oferent/Producent | Podać |  |
| Nazwa i typ/model | Podać |  |
| Rok produkcji ( min. 2021 r.) | Podać |  |
| Oznaczenie CE | TAK |  |
| Stół dwuczęściowy (leżysko główne, zagłówek z otworem na twarz) | Tak |  |
| Stabilna konstrukcja – wytrzymała rama ze stali, malowana proszkowo – odporna na działanie środków dezynfekujących | Tak |  |
| Elektryczna regulacja wysokości, | Tak |  |
| Pilot ręczny | Tak |  |
| Regulowany zagłówek za pomocą sprężyny gazowej [o]: -85 / +35 (+/-5%) | Tak |  |
| Regulacja wysokości [mm]: 440 - 1010 (+/-5%) | Tak |  |
| Wymiary (dł. x szer.) [mm]: 1900 x 660 (+/-5%) | Tak |  |
| Dopuszczalne obciążenie [kg]: 150 (+/-5%) | Tak |  |
| Centralny system jezdny z hamulcem (podnoszony) | Tak |  |
| Trzyczęściowy zagłówek (podłokietniki)  | Tak |  |
| Uchwyty do mocowania pasów stabilizacyjnych | Tak |  |
| Zaślepka do otworu na twarz | Tak |  |

**Akcesoria do ćwiczeń – 1 komplet**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPIS/PARAMETRY WYMAGANE** | **WYMOGI GRANICZNE****TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE**(Podać zakresy lub opisać) |
| Akcesoria do ćwiczeń – zestaw składający się z:1. Mata gimnastyczna 190x100x1,5 cm z otworami – 10 szt.
2. Wieszak na maty o szerokości minimum 120 cm – 1 szt.
3. Piłka 55 cm czerwona – 1 szt.
4. Piłka 65cm – zielona – 1 szt.
5. Piłka 75 cm niebieska – 1szt.
6. Taśma rehabilitacyjna 2,5m niebieska extra mocna – 5 szt.
7. Dysk sensoryczny - poduszka do ćwiczeń sensomotorycznych z wypustkami o śr. 33cm – 1 szt.
8. Bosii Mini średnica 55cm – 1 szt.
9. Dodatkowe tubingi do Bosii Mini – 1 szt.
10. Power Band mini loop, kolor: zielony, opór średni – 3 szt.
 | TAK |  |

**Drabinka gimnastyczna przyścienna – 2 sztuki**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPIS/PARAMETRY WYMAGANE** | **WYMOGI GRANICZNE****TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE**(Podać zakresy lub opisać) |
| Oferent/Producent | Podać |  |
| Nazwa i typ/model | Podać |  |
| Rok produkcji ( min. 2021 r.) | Podać |  |
| Oznaczenie CE | TAK |  |
| Wymiary (+/- 5%):- wysokość: 220 cm,- szerokość: 90 cm. | TAK |  |
| Wytrzymałość: minimum 150kg | TAK |  |
| Okucia montażowe w zestawie | TAK |  |

**Lustro korekcyjne trzyczęściowe – 1 sztuka**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPIS/PARAMETRY WYMAGANE** | **WYMOGI GRANICZNE****TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE**(Podać zakresy lub opisać) |
| Oferent/Producent | Podać |  |
| Nazwa i typ/model | Podać |  |
| Rok produkcji ( min. 2021 r.) | Podać |  |
| Oznaczenie CE | TAK |  |
| Część główna posiada siatkę o wymiarze oczka [mm]: 100 x 100 (+/-5%). | TAK |  |
| Rama lustra wykonana jest z kształtowników stalowych zapewniających wysoką stabilność konstrukcji. Rama lakierowana jest proszkowo na kolor szary | TAK |  |
| Lustro wyposażone jest w kółka z hamulcem, co pozwala na łatwe przemieszczanie konstrukcji.  | TAK |  |
| Dane techniczne (+/-5%):Powierzchnia lustra (wys. x szer.) [mm]: 1600 x 630Wymiary skrzydła (wys. x szer.) [mm]: 1600 x 300Wymiary lustra (wys. x szer.) [mm]: 1950 x 1355 | TAK |  |

**Stół rehabilitacyjny stacjonarny – 1 sztuka**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPIS/PARAMETRY WYMAGANE** | **WYMOGI GRANICZNE****TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE**(Podać zakresy lub opisać) |
| Oferent/Producent | Podać |  |
| Nazwa i typ/model | Podać |  |
| Rok produkcji ( min. 2021 r.) | Podać |  |
| Oznaczenie CE | TAK |  |
| Minimum 7 - segmentowy blat | TAK |  |
| Zagłówek z wycięciem na twarz i dwoma regulowanymi podłokietnikami | TAK |  |
| Blat wykonany z innowacyjnej pianki o podwyższonej odporności na uszkodzenia, wygniecenia czy przetarcia | TAK |  |
| Wyposażenie:- Sterowanie wysokością za pomocą ramy ze stali nierdzewnej,- System jezdny wyposażony w 4 skrętne kółka,- Sterowanie łamaniem blatu pilotem podblatowym z dodatkowym gniazdem zasilającym USB,- Zagłówek regulowany sprężyną gazową,- Półki boczne,- Wyłącznik bezpieczeństwa,- Regulowane stopki, | TAK |  |
| Dane techniczne (+/-5%):- Długość 198 cm,- Szerokość 70 cm,- Wysokość (regulowana) 50-96 cm,- Waga 107 kg,- Grubość pianki 4 cm,- Maksymalne obciążenie 200 kg,- Zasilanie 230V ~50/60Hz; 150 W; 0,7 A- Wymiary zagłówka 42x40 cm,- Wymiary części środkowej leżyska 70x51 cm,- Wymiary części tylnej leżyska 70/63x100 cm,- Kąt odchylenia zagłówka od -64° do +40°,- Kąt odchylenia części tylnej leżyska +82°. | TAK |  |

**Stół rehabilitacyjny składany – 10 sztuk**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPIS/PARAMETRY WYMAGANE** | **WYMOGI GRANICZNE****TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE**(Podać zakresy lub opisać) |
| Oferent/Producent | Podać |  |
| Nazwa i typ/model | Podać |  |
| Rok produkcji ( min. 2021 r.) | Podać |  |
| Oznaczenie CE | TAK |  |
| Stół dwu-segmentowy | TAK |  |
| Konstrukcja stołu wykonana z aluminium | TAK |  |
| Szybka i wygodna skokowa regulacja wysokości | TAK |  |
| Wyposażenie:- półka przednia pod ramiona,- regulowany podgłówek. | TAK |  |
| Dane techniczne (+/-5%):- Grubość pianki łącznie 4 cm,- 2 warstwy wysokoelastycznych pianek,- Wysokość regulowana stołu od 62 cm do 91 cm co 3,2 cm (10 pozycji),- Długość stołu bez podgłówka / z podgłówkiem 180 cm / 210 cm,- Szerokość stołu 60 cm lub 70 cm,- Waga stołu (z wyposażeniem, +/- 1kg) 14,1 kg (przy szerokości 60 cm) 15,2 kg (przy szerokości 70 cm),- Wymiary po złożeniu 90x60x19 cm (przy szerokości 60 cm) 90x70x19 cm (przy szerokości 70 cm),- Wytrzymałość dynamiczna 350 kg,- Wytrzymałość statyczna 1400 kg. | TAK |  |

**Kształtki do masażu zestaw – 11 kompletów**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPIS/PARAMETRY WYMAGANE** | **WYMOGI GRANICZNE****TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE**(Podać zakresy lub opisać) |
| Skład jednego zestawu:- Wałek rehabilitacyjny 15x60 cm (+/-5%) - 1 szt.,- Klin rehabilitacyjny 20x15x10 cm (+/-5%) - 2 szt.,- Podkład celulozowy medyczny 2-warstwowy 0,6x70 m (+/-5%) - 1szt., - Wałek rehabilitacyjny 15x60 cm (+/-5%) - 1 szt.,- Klin rehabilitacyjny 20x15x10 cm (+/-5%) - 2 szt., - Klin rehabilitacyjny 54x22x12 cm (+/-5%) - 1 szt.,- Klin rehabilitacyjny 67/53x25x15 cm (+/-5%) z półką - 1szt.,- Półwałek do masażu - poduszka pod kark – 1 szt.  | TAK |  |

***należy podpisać
kwalifikowanym podpisem elektronicznym***

1. W przypadku, gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO Wykonawca nie składa oświadczenia (treść oświadczenia należy usunąć np. przez jego wykreślenie). [↑](#footnote-ref-1)
2. Na podstawie § 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie podmiotowych środków dowodowych oraz innych dokumentów lub oświadczeń, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy (Dz. U. poz. 2415). [↑](#footnote-ref-2)