**ZP/230-33/2022 Załącznik nr 1 do SWZ**

**Pakiet nr 3**

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

**ROTOR KOŃCZYN GÓRNYCH**

**Producent.....................................................................**

**Rok produkcji ...............................................................**

**Kraj pochodzenia...........................................................**

**Model /typ/ nazwa .......................................................**

**Ilość – 1 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr / Opis** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów oraz opis parametrów oferowanych** | |
|  | **Dane ogólne** | | | |
|  | Rotor przeznaczony do ćwiczeń oporowych kończyn górnych | **TAK** | |  |
|  | Konstrukcja stalowa | **TAK** | |  |
|  | Uchwyty dłoni gumowe lub piankowe | **TAK** | |  |
|  | Płynna regulacja oporu za pomocą pokrętła umocowanego poziomo na wysokości osi obrotu korby | **TAK** | |  |
|  | Montowany do kabiny UGUL | **TAK** | |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  | |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | **TAK** | |  |
|  | Montaż we wskazanym miejscu w siedzibie Zamawiającego | **TAK** | |  |
|  | Bezpłatny serwis i przeglądy techniczne zgodnie z instrukcją serwisową w siedzibie Zamawiającego w całym okresie trwania gwarancji z wymianą części zużywalnych na koszt Wykonawcy | **TAK** | |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi sprzętu | **TAK** | |  |
|  | Szkolenie personelu w zakresie podstawowej obsługi serwisowej sprzętu wraz z autoryzacja producenta | **TAK** | |  |
|  | Certyfikaty dopuszczające do stosowania w jednostkach medycznych  na terenie Polski | **TAK** | |  |
|  | Udokumentowanie każdego przeglądu i naprawy raportem serwisowym i wpisem do paszportu | **TAK** | |  |
|  | Trzykrotna wymiana tego samego podzespołu w czasie trwania gwarancji skutkuje wymianą na nowe urządzenie, z wyłączeniem podstawy jezdnej *(jeżeli dołączona jest do zestawu)* | **TAK** | |  |
|  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 5 dni roboczych Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze o parametrach i funkcjonalności nie gorszej niż zaoferowane | **TAK** | |  |
|  | Graniczny czas naprawy po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji 5 dni roboczych - w przypadku, gdy Wykonawca nie zapewni urządzenia zastępczego | **TAK** | |  |
|  | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiast lub po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | **TAK** | |  |
|  | Dostępność części zamiennych dla Zamawiającego min 10 lat od podpisania protokołu odbioru | **TAK** | |  |

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

**PORĘCZE DO NAUKI CHODZENIA**

**Producent.....................................................................**

**Rok produkcji ...............................................................**

**Kraj pochodzenia...........................................................**

**Model /typ/ nazwa .......................................................**

**Ilość – 1 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr / Opis** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów oraz opis parametrów oferowanych** | |
|  | **Dane ogólne** | | | |
|  | Długość min 300cm | **TAK** | |  |
|  | Szerokość podestu min 75 cm | **TAK** | |  |
|  | Wysokość poręczy regulowana min 65- max 105 | **TAK** | |  |
|  | Rozstaw poręczy min 35 cm – max 80 cm | **TAK** | |  |
|  | Wyposażony w drewniany tor przeszkód | **TAK** | |  |
|  | Konstrukcja stalowa malowana proszkowo | **TAK** | |  |
|  | Regulacja skokowo co max 5 cm | **TAK** | |  |
|  | Obciążenie min 200kg | **TAK** | |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  | |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | **TAK** | |  |
|  | Montaż we wskazanym miejscu w siedzibie Zamawiającego | **TAK** | |  |
|  | Bezpłatny serwis i przeglądy techniczne zgodnie z instrukcją serwisową w siedzibie Zamawiającego w całym okresie trwania gwarancji z wymianą części zużywalnych na koszt Wykonawcy | **TAK** | |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi sprzętu | **TAK** | |  |
|  | Szkolenie personelu w zakresie podstawowej obsługi serwisowej sprzętu wraz z autoryzacja producenta | **TAK** | |  |
|  | Certyfikaty dopuszczające do stosowania w jednostkach medycznych  na terenie Polski | **TAK** | |  |
|  | Udokumentowanie każdego przeglądu i naprawy raportem serwisowym i wpisem do paszportu | **TAK** | |  |
|  | Trzykrotna wymiana tego samego podzespołu w czasie trwania gwarancji skutkuje wymianą na nowe urządzenie, z wyłączeniem podstawy jezdnej *(jeżeli dołączona jest do zestawu)* | **TAK** | |  |
|  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 5 dni roboczych Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze o parametrach i funkcjonalności nie gorszej niż zaoferowane | **TAK** | |  |
|  | Graniczny czas naprawy po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji 5 dni roboczych - w przypadku, gdy Wykonawca nie zapewni urządzenia zastępczego | **TAK** | |  |
|  | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiast lub po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | **TAK** | |  |
|  | Dostępność części zamiennych dla Zamawiającego min 10 lat od podpisania protokołu odbioru | **TAK** | |  |

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

**KABINA UGUL Z AKCESORIAMI**

**Producent.....................................................................**

**Rok produkcji ...............................................................**

**Kraj pochodzenia...........................................................**

**Model /typ/ nazwa .......................................................**

**Ilość – 1 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr / Opis** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów oraz opis parametrów oferowanych** | |
|  | **Dane ogólne** | | | |
|  | Konstrukcja stalowa malowana proszkowo | **TAK** | |  |
|  | Rama wykonana z kształtownika o profilu zamkniętym o wymiarach min 30x30x2mm | **TAK** | |  |
|  | Siatka wykonana z pręta stalowego o przekroju min 7mm | **TAK** | |  |
|  | Siatka o wymiarach oka 5x10cm | **TAK** | |  |
|  | Wymiar ramy 200x100cm | **TAK** | |  |
|  | Kabina złożona z min 8 ram | **TAK** | |  |
|  | Przewieszka o wymiarach 200x100 ściana pionowa wypełniona 9 drewnianymi szczebelkami | **TAK** | |  |
|  | **Wyposażenie** |  | |  | |
|  | Ciężarek miękki 0,5 kg - 2 szt. | **TAK** | |  |
|  | Ciężarek miękki 1,0 kg - 2 szt. | **TAK** | |  |
|  | Ciężarek miękki 1,5 kg - 2 szt. | **TAK** | |  |
|  | Ciężarek miękki 2,0 kg - 2 szt. | **TAK** | |  |
|  | Ciężarek miękki 2,5 kg - 2 szt. | **TAK** | |  |
|  | Ciężarek miękki 3,0 kg - 2 szt. | **TAK** | |  |
|  | Ciężarek miękki 4,0 kg - 2 szt | **TAK** | |  |
|  | Esik metalowy - 30 szt | **TAK** | |  |
|  | Kamaszek skórzany do wyciągu - 1 szt. | **TAK** | |  |
|  | Mankiet nadgarstkowo-kostkowy 8x45 cm - 2 szt. | **TAK** | |  |
|  | Mankiet udowy 13x77 cm - 1 szt. | **TAK** | |  |
|  | Pas do stabilizacji ud i kręgosłupa 172 x 12,5 cm - 2 szt. | **TAK** | |  |
|  | Pas do wyciągu za miednicę 115x15 cm - 1 szt. | **TAK** | |  |
|  | Pętla Glissona z orczykiem - 1 szt. | **TAK** | |  |
|  | Podwieszka dwustawowa ze skóry 130x4 cm - 4 szt | **TAK** | |  |
|  | Podwieszka klatki piersiowej 22x67/35x8 cm - 1 szt. | **TAK** | |  |
|  | Podwieszka pod miednicę 21x73 cm - 1 szt. | **TAK** | |  |
|  | Podwieszka pod głowę 15x54 cm - 1 szt | **TAK** | |  |
|  | Podwieszka ramienna 10x42 cm - 2 szt. | **TAK** | |  |
|  | Podwieszka udowa 14x52 cm - 2 szt | **TAK** | |  |
|  | Podwieszka kolanowa 8x57 cm - 2 szt | **TAK** | |  |
|  | Uchwyt metalowy na linkę - 2 szt | **TAK** | |  |
|  | Linka do podwieszeń i ćwiczeń w odciążeniu - 120 cm - 6 szt | **TAK** | |  |
|  | Linka do podwieszeń i ćwiczeń w odciążeniu - 160 cm - 4 szt. | **TAK** | |  |
|  | Linka z bloczkami do ćwiczeń z obciążeniem - 350 cm - 2 szt. | **TAK** | |  |
|  | Linka do ćwiczeń samowspomaganych dł. 225 cm - 1 szt. | **TAK** | |  |
|  | Linka do ćwiczeń samowspomaganych dł. 550 cm - 1 szt | **TAK** | |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  | |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | **TAK** | |  |
|  | Montaż we wskazanym miejscu w siedzibie Zamawiającego | **TAK** | |  |
|  | Bezpłatny serwis i przeglądy techniczne zgodnie z instrukcją serwisową w siedzibie Zamawiającego w całym okresie trwania gwarancji z wymianą części zużywalnych na koszt Wykonawcy | **TAK** | |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi sprzętu | **TAK** | |  |
|  | Szkolenie personelu w zakresie podstawowej obsługi serwisowej sprzętu wraz z autoryzacja producenta | **TAK** | |  |
|  | Certyfikaty dopuszczające do stosowania w jednostkach medycznych  na terenie Polski | **TAK** | |  |
|  | Udokumentowanie każdego przeglądu i naprawy raportem serwisowym i wpisem do paszportu | **TAK** | |  |
|  | Trzykrotna wymiana tego samego podzespołu w czasie trwania gwarancji skutkuje wymianą na nowe urządzenie, z wyłączeniem podstawy jezdnej *(jeżeli dołączona jest do zestawu)* | **TAK** | |  |
|  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 5 dni roboczych Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze o parametrach i funkcjonalności nie gorszej niż zaoferowane | **TAK** | |  |
|  | Graniczny czas naprawy po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji 5 dni roboczych - w przypadku, gdy Wykonawca nie zapewni urządzenia zastępczego | **TAK** | |  |
|  | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiast lub po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | **TAK** | |  |
|  | Dostępność części zamiennych dla Zamawiającego min 10 lat od podpisania protokołu odbioru | **TAK** | |  |

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

**MATERAC DO ĆWICZEŃ**

**Producent.....................................................................**

**Rok produkcji ...............................................................**

**Kraj pochodzenia...........................................................**

**Model /typ/ nazwa .......................................................**

**Ilość – 3 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr / Opis** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów oraz opis parametrów oferowanych** | |
|  | **Dane ogólne** | | | |
|  | Materac 1-częściowy | **TAK** | |  |
|  | Wymiary 200x100x5 | **TAK** | |  |
|  | Wykonany z materiału ścieralnego łatwo dezynfekowalny | **TAK** | |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  | |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | **TAK** | |  |
|  | Montaż we wskazanym miejscu w siedzibie Zamawiającego | **TAK** | |  |
|  | Bezpłatny serwis i przeglądy techniczne zgodnie z instrukcją serwisową w siedzibie Zamawiającego w całym okresie trwania gwarancji z wymianą części zużywalnych na koszt Wykonawcy | **TAK** | |  |
|  | Certyfikaty dopuszczające do stosowania w jednostkach medycznych  na terenie Polski | **TAK** | |  |
|  | Udokumentowanie każdego przeglądu i naprawy raportem serwisowym i wpisem do paszportu | **TAK** | |  |
|  | Trzykrotna wymiana tego samego elementu w czasie trwania gwarancji skutkuje wymianą na nowe urządzenie | **TAK** | |  |
|  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 5 dni roboczych Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze o parametrach i funkcjonalności nie gorszej niż zaoferowane | **TAK** | |  |
|  | Graniczny czas naprawy po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji 5 dni roboczych - w przypadku, gdy Wykonawca nie zapewni urządzenia zastępczego | **TAK** | |  |
|  | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiast lub po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | **TAK** | |  |
|  | Dostępność części zamiennych dla Zamawiającego min 10 lat od podpisania protokołu odbioru | **TAK** | |  |

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

**DRABINKA DO ĆWICZEŃ**

**Producent.....................................................................**

**Rok produkcji ...............................................................**

**Kraj pochodzenia...........................................................**

**Model /typ/ nazwa .......................................................**

**Ilość – 1 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr / Opis** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów oraz opis parametrów oferowanych** | |
|  | **Dane ogólne** | | | |
|  | Wykonane z drewna | **TAK** | |  |
|  | Wymiary: (wys x szer x gł.) 250 x 90 x 10 cm | **TAK** | |  |
|  | 15 szczebli | **TAK** | |  |
|  | Rozmiar szczebli min 4x3cm | **TAK** | |  |
|  | Szczeble cofnięte patrząc od góry to numer 2 i 4 | **TAK** | |  |
|  | Standardowe szczeble są przesunięte z przodu o 2 cm, z tyłu 5 cm | **TAK** | |  |
|  | Drabinka mocowana do ściany | **TAK** | |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |  | |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | **TAK** | |  |
|  | Montaż we wskazanym miejscu w siedzibie Zamawiającego | **TAK** | |  |
|  | Bezpłatny serwis i przeglądy techniczne zgodnie z instrukcją serwisową w siedzibie Zamawiającego w całym okresie trwania gwarancji z wymianą części zużywalnych na koszt Wykonawcy | **TAK** | |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi sprzętu | **TAK** | |  |
|  | Szkolenie personelu w zakresie podstawowej obsługi serwisowej sprzętu wraz z autoryzacja producenta | **TAK** | |  |
|  | Certyfikaty dopuszczające do stosowania w jednostkach medycznych  na terenie Polski | **TAK** | |  |
|  | Udokumentowanie każdego przeglądu i naprawy raportem serwisowym i wpisem do paszportu | **TAK** | |  |
|  | Trzykrotna wymiana tego samego podzespołu w czasie trwania gwarancji skutkuje wymianą na nowe urządzenie, z wyłączeniem podstawy jezdnej *(jeżeli dołączona jest do zestawu)* | **TAK** | |  |
|  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 5 dni roboczych Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze o parametrach i funkcjonalności nie gorszej niż zaoferowane | **TAK** | |  |
|  | Graniczny czas naprawy po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji 5 dni roboczych - w przypadku, gdy Wykonawca nie zapewni urządzenia zastępczego | **TAK** | |  |
|  | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiast lub po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | **TAK** | |  |
|  | Dostępność części zamiennych dla Zamawiającego min 10 lat od podpisania protokołu odbioru | **TAK** | |  |

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

**LUSTRO KOREKCYJNE**

**Producent.....................................................................**

**Rok produkcji ...............................................................**

**Kraj pochodzenia...........................................................**

**Model /typ/ nazwa .......................................................**

**Ilość – 1 szt.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | | **Parametr / Opis** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów oraz opis parametrów oferowanych** | |
|  | | **Dane ogólne** | | | |
|  | | Konstrukcja stalowa malowana proszkowo | **TAK** | |  |
|  | | Wymiary tafli lustra 150x60cm | **TAK** | |  |
|  | | Podstawa jezdna na 4 kółkach wyposażonych w hamulce | **TAK** | |  |
|  | | Możliwość pochylania tafli lustra | **TAK** | |  |
|  | | Sitaka korekcyjna na lustrze | **TAK** | |  |
|  | | **Pozostałe wymagania** |  | |  |
|  | | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | **TAK** | |  |
|  | | Montaż we wskazanym miejscu w siedzibie Zamawiającego | **TAK** | |  |
|  | | Bezpłatny serwis i przeglądy techniczne zgodnie z instrukcją serwisową w siedzibie Zamawiającego w całym okresie trwania gwarancji z wymianą części zużywalnych na koszt Wykonawcy | **TAK** | |  |
|  | | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi sprzętu | **TAK** | |  |
|  | | Szkolenie personelu w zakresie podstawowej obsługi serwisowej sprzętu wraz z autoryzacja producenta | **TAK** | |  |
|  | | Certyfikaty dopuszczające do stosowania w jednostkach medycznych  na terenie Polski | **TAK** | |  |
|  | | Udokumentowanie każdego przeglądu i naprawy raportem serwisowym i wpisem do paszportu | **TAK** | |  |
|  | | Trzykrotna wymiana tego samego podzespołu w czasie trwania gwarancji skutkuje wymianą na nowe urządzenie, z wyłączeniem podstawy jezdnej *(jeżeli dołączona jest do zestawu)* | **TAK** | |  |
|  | | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 5 dni roboczych Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze o parametrach i funkcjonalności nie gorszej niż zaoferowane | **TAK** | |  |
|  | | Graniczny czas naprawy po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji 5 dni roboczych - w przypadku, gdy Wykonawca nie zapewni urządzenia zastępczego | **TAK** | |  |
|  | | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiast lub po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | **TAK** | |  |
|  | | Dostępność części zamiennych dla Zamawiającego min 10 lat od podpisania protokołu odbioru | **TAK** | |  |
| Oświadczamy, że:  Oferowane powyżej urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu i uruchomieniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych  zakupów inwestycyjnych | | | | | |

Informacja:  
Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym i przekazany  
Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Podmiotu przez osobę podpisującą ofertę.