Załącznik nr 2

**Zadanie I:– Urządzenia do hydromasażu**

**Pakiet 1: Wanna do hydromasażu i masażu perełkowego – 1szt**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Parametry techniczne** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** |
| 1. | Wanna do hydromasażu i masażu perełkowego – 1 szt | Tak | Brak oceny |  |
| 2. | Nazwa, typ, model | podać | Brak oceny |  |
| 3. | Producent | podać | Brak oceny |  |
| 4. | Nr katalogowy | podać | Brak oceny |  |
| 5. | Rok produkcji min. 2016, fabrycznie nowy | Tak | Brak oceny |  |
| 6. | Hydromasaż strefowy | Tak | Brak oceny |  |
| 7. | Automatyczny masaż podwodny | Tak | Brak oceny |  |
| 8. | Gotowe programy zabiegowe | Tak | Brak oceny |  |
| 9. | 38 ±2 mikrodysz do hydromasażu | Tak, podać | 38 -40 mikrodysz- 10pkt36-38 mikrodysz – 5pktMniej 36 mikrodysz – 0pkt |  |
| 10. | Hydromasaż następujących części ciała: podeszwy stóp, kończyny dolne zewnętrzna i wewnętrzna powierzchnia łydek i kolan, pośladki, zewnętrzna powierzchnia ud i bioder, kończyny górne i ramiona, dolna i górna część pleców | Tak | Brak oceny |  |
| 11. | Regulacja intensywności hydromasażu | Tak | Brak oceny |  |
| 12. | Masaż powietrzny | Tak | Brak oceny |  |
| 13. | 122 ± 2 dysz do masażu powietrznego | Tak, podać | 122 - 124 – 10pkt120 -122 – 8pktMniej niż 120 – 5pkt |  |
| 14. | Regulacja intensywności masażu powietrznego | Tak | Brak oceny |  |
| 15. | Wysuwany prysznic | Tak | Brak oceny |  |
| 16. | Zewnętrzne podświetlenie (niebieskie diody LED) | Tak | Brak oceny |  |
| 17. | Kolorowy ekran dotykowy LCD min 5,7’’±5% | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 18. | Wskaźnik temperatury wody podczas napełniania i w trakcie zabiegu | Tak | Brak oceny |  |
| 19. | Automatyczne napełnianie i opróżnianie wanny | Tak | Brak oceny |  |
| 20. | Termostatyczny mieszacz wody | Tak | Brak oceny |  |
| 21. | Automatyczne osuszanie dysz powietrznych | Tak | Brak oceny |  |
| 22. | Maksymalna pojemność wanny/pojemność użytkowa: max 220 litrów | Tak, podać | 220 l – 10pktMniej niż 220l – 5pkt |  |
| 23. | Wymiary:* Długość 2370 mm±5%
* Szerokość 890 mm±5%
* Wysokość 770mm±5%
 | Tak, podać | Brak oceny |  |

**Pakiet 2: Wanna do masażu wirowego kończyn górnych – 1szt**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Parametry techniczne** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** |
| 1. | Wanna do masażu wirowego kończyn górnych– 1 szt | Tak | Brak oceny |  |
| 2. | Nazwa, typ, model | podać | Brak oceny |  |
| 3. | Producent | podać | Brak oceny |  |
| 4. | Nr katalogowy | podać | Brak oceny |  |
| 5. | Rok produkcji min. 2016, fabrycznie nowy | Tak | Brak oceny |  |
| 6. | Liczba mikrodysz do hydromasażu max. 10 | Tak, podać | 10 mikrodysz – 10pktMniej niż 10 mikrodysz – 5pkt |  |
| 7. | Regulacja intensywności hydromasażu | Tak | Brak oceny |  |
| 8. | Wyświetlacz LED do ustawiania czasu terapii | Tak | Brak oceny |  |
| 9. | Termometr cyfrowy | Tak | Brak oceny |  |
| 10. | Automatyczne napełnianie wanny | Tak | Brak oceny |  |
| 11. | Tryb hydromasażu ciągły, impulsowy lub sinusoidalny | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 12. | Zewnętrzne podświetlenie (niebieskie diody LED) | Tak | Brak oceny |  |
| 13. | Pojemność użytkowa wanny 25l | Tak | Brak oceny |  |
| 14. | Wymiary:* Długość 695 mm±5%
* Szerokość 950 mm±5%
* Wysokość 935 mm ±5%
 | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 15. | Zasilanie 230V/50Hz | Tak | Brak oceny |  |
| 16. | Krzesło dla pacjenta | Tak | Brak oceny |  |

**Pakiet 3: Wanna do masażu wirowego kończyn dolnych – 1szt**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Parametry techniczne** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** |
| 1. | Wanna do masażu wirowego kończyn dolnych– 1 szt | Tak | Brak oceny |  |
| 2. | Nazwa, typ, model | podać | Brak oceny |  |
| 3. | Producent | podać | Brak oceny |  |
| 4. | Nr katalogowy | podać | Brak oceny |  |
| 5. | Rok produkcji min. 2016, fabrycznie nowy | Tak | Brak oceny |  |
| 6. | Masaż kończyn dolnych wraz ze stawami biodrowymi w pozycji siedzącej | Tak | Brak oceny |  |
| 7. | Regulacja intensywności hydromasażu | Tak | Brak oceny |  |
| 8. | Wyświetlacz LED do ustawiania czasu terapii | Tak | Brak oceny |  |
| 9. | Termometr cyfrowy | Tak | Brak oceny |  |
| 10. | Automatyczne napełnianie wanny – 2 poziomy lustra wody | Tak | Brak oceny |  |
| 11. | Tryb hydromasażu ciągły, impulsowy lub sinusoidalny | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 12. | Zewnętrzne podświetlenie (niebieskie diody LED) | Tak | Brak oceny |  |
| 13. | Pojemność użytkowa wanny 80/140l | Tak | Brak oceny |  |
| 14. | Wymiary:* Długość 1430 mm±5%
* Szerokość 693 mm±5%
* Wysokość 880 mm ±5%
 | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 15. | Zasilanie 230V/50Hz | Tak | Brak oceny |  |
| 16. | Schody 2-stopniowe | Tak | Brak oceny |  |
| 17. | Liczba mikrodysz do hydromasażu - 12 | Tak, podać | 12 – 10pktMniej niż 12 – 5pkt |  |
| 18. | Strefa ciała objęte hydromasażem – 2 | Tak | Brak oceny |  |
| 19. | Masaż powietrzny | Tak | Brak oceny |  |
|  | **Gwarancja i inne** |

**Pakiet 4: katedra biczy szkockich z natryskiem płaszczowym – 1szt**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Parametry techniczne** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** |
| 1. | Katedra biczy szkockich z natryskiem płaszczowym– 1 szt | Tak | Brak oceny |  |
| 2. | Nazwa, typ, model | podać | Brak oceny |  |
| 3. | Producent | podać | Brak oceny |  |
| 4. | Nr katalogowy | podać | Brak oceny |  |
| 5. | Rok produkcji min. 2016, fabrycznie nowy | Tak | Brak oceny |  |
| 6. | Materiał kompozytowy z włókna szklanego 3 generacji | Tak | Brak oceny |  |
| 7. | Dwie ergonomiczne ruchome dysze zabiegowe | Tak | Brak oceny |  |
| 8. | Możliwość ustawienia różnej temperatury wody w każdej z dysz | Tak, podać | Tak – 10pktNie - 0pkt |  |
| 9. | Możliwość natychmiastowej zmiany temperatury wody aplikowanej na pacjenta | Tak | Brak oceny |  |
| 10. | Temperatura wody automatycznie regulowana do żądanej wysokości | Tak | Brak oceny |  |
| 11. | Baterie termostatyczne | Tak | Brak oceny |  |
| 12. | Możliwość aplikowania masażu punktowego albo rozproszonego | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 13. | Dysze umieszczone na pulpicie sterowniczym | Tak | Brak oceny |  |
| 14. | Panel sterowania umożliwiający odczyt temperatury i ciśnienia wody | Tak | Brak oceny |  |
| 15. | Ciśnienie robocze w zakresie min.0,3-0,5MPa | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 16. | Wymiary:* Długość 500 mm±5%
* Szerokość 1000 mm±5%
* Wysokość 1100 mm±5%
 | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 17. | Waga 45 kg ±5% | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 18. | Możliwość podłączenia natrysku płaszczowego z prysznicem | Tak | Brak oceny |  |
| 19. | Natrysk płaszczowy ze stali nierdzewnej | Tak | Brak oceny |  |

**Pakiet 5: Rower wodny – 4szt**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Parametry techniczne** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** |
| 1. | Rower wodny– 4 szt | Tak | Brak oceny |  |
| 2. | Nazwa, typ, model | podać | Brak oceny |  |
| 3. | Producent | podać | Brak oceny |  |
| 4. | Nr katalogowy | podać | Brak oceny |  |
| 5. | Rok produkcji min. 2016, fabrycznie nowy | Tak | Brak oceny |  |
| 6. | Wymiary ramy 1450 mm x 1000mm x 600 mm ±5% | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 7. | Kolor ramy : szary | Tak | Brak oceny |  |
| 8. | Wykonanie ramy : stal kwasoodporna AISI316 | Tak | Brak oceny |  |
| 9. | Kierownica stal kwasoodporna, gięta AISI 316 | Tak | Brak oceny |  |
| 10. | Podstawa siodła – stal kwasoodporna AISI 316 | Tak | Brak oceny |  |
| 11. | Wspornik siodła - stal kwasoodporna AISI 316 | Tak | Brak oceny |  |
| 12. | Siodło – waterES Regular (tworzywo syntetyczne), czarne | Tak | Brak oceny |  |
| 13. | Elementy ustalające - stal kwasoodporna AISI 316, polimer | Tak | Brak oceny |  |
| 14. | Pedały - stal kwasoodporna AISI 316, polimer, tworzywo syntetyczne | Tak | Brak oceny |  |
| 15. | Suport - stal kwasoodporna AISI 316, polimer | Tak | Brak oceny |  |
| 16. | Elementy ochronne – guma antypoślizgowa, czarna | Tak | Brak oceny |  |
| 17. | Głębokość operacyjna 120 cm-180 cm ±5% | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 18. | Elementy transportowe – stal kwasoodporna AISI 316, tworzywo syntetyczne | Tak | Brak oceny |  |
| 19. | Wzrost użyt. 145 cm – 210 cm ±5% | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 20. | Waga max użyt. 145 kg | Tak, podać | 145 kg – 10pktMniej niż 145 – 5pkt |  |
| 21. | Przechowywanie w wodzie, Magazyn (-15 C)-(+50C) | Tak | Brak oceny |  |
| 22. | Waga max 22,5kg ±5% | Tak, podać | Brak oceny |  |

**Pakiet 6: Urządzenie do masażu wibracyjnego – 1szt**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Parametry techniczne** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** |
| 1. | Urządzenie do masażu wibracyjnego– 1 szt | Tak | Brak oceny |  |
| 2. | Nazwa, typ, model | podać | Brak oceny |  |
| 3. | Producent | podać | Brak oceny |  |
| 4. | Nr katalogowy | podać | Brak oceny |  |
| 5. | Rok produkcji min. 2016, fabrycznie nowy | Tak | Brak oceny |  |
| 6. | 2 węże | Tak | Brak oceny |  |
| 7. | Głowica wibracyjna | Tak | Brak oceny |  |
| 8. | Tuleja z rozdzielaczem | Tak | Brak oceny |  |
| 9. | Uszczelniacze (6 sztuk, o różnych średnicach) do zakładania na krany | Tak | Brak oceny |  |
| 10. | Metalowa kształtka do podłączenia do kranu | Tak | Brak oceny |  |
| 11. | Gumowa rurka odprowadzająca wodę | Tak | Brak oceny |  |
| 12. | Sitko mogące służyć jako prysznic | Tak | Brak oceny |  |
| 13. | 10 profesjonalnych membran do zabiegów leczniczych | Tak, podać | 10 membran-10pktMniej niż 10- 5pkt |  |

**Pakiet nr 1,2,3,4,5,6**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Okres gwarancji**  |  |  |
|  | Min 24 miesiące z wyłączeniem akcesoriów | **Podać** |  |
| **2.** | **Ilość przeglądów** |  |  |
|  | Min. 1 bezpłatny przegląd w każdym roku trwania gwarancji (ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | **Podać** |  |

…………………..

miejscowość, data ……………………………

podpis upoważnionego przedstawiciela

Załącznik nr 2

**Zadanie II: Urządzenia do fizykoterapii**

**Pakiet 1: 12-komorowy aparat do drenażu limfatycznego – 1szt**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Parametry techniczne** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** |
| 1. | 12 – komorowy aparat do drenażu limfatycznego– 1 szt | Tak | Brak oceny |  |
| 2. | Nazwa, typ, model | podać | Brak oceny |  |
| 3. | Producent | podać | Brak oceny |  |
| 4. | Nr katalogowy | podać | Brak oceny |  |
| 5. | Rok produkcji min. 2016, fabrycznie nowy | Tak | Brak oceny |  |
| 6. | Kolorowy ekran dotykowy min 5 cali | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 7. | Płynna regulacja ciśnienia w zakresie 20-160mmHg | Tak | Brak oceny |  |
| 8. | Gradient 0-100% płynna regulacja | Tak | Brak oceny |  |
| 9. | Encyklopedia z gotowymi protokołami zabiegowymi - 15 | Tak | Brak oceny |  |
| 10. | 20 gotowych sekwencji programów zabiegowych | Tak | Brak oceny |  |
| 11. | Niezależna regulacja ciśnienia dla każdej komory | Tak | Brak oceny |  |
| 12. | Mankiety – spodnie 24-komorowe ze zintegrowanym pasem biodrowym, ręka 8-komorowa, noga 10-komorowa | Tak | Brak oceny |  |
| 13. | Złącze umożliwiające łatwą i szybką wymianę aplikatorów (mankietów) | Tak | Brak oceny |  |
| 14. | Automatyczna identyfikacja aplikatora przez aparat | Tak | Brak oceny |  |
| 15. | Stolik wyposażony w 5 otwieranych uchylnie schowków | Tak | Brak oceny |  |

**Pakiet 2: Aparat 3-kanałowy – 1szt**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Parametry techniczne** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** |
| 1. | Aparat 3-kanałowy – 2 niezależne kanały elektroterapii, 1 kanał ultradźwięków– 1 szt | Tak | Brak oceny |  |
| 2. | Nazwa, typ, model | podać | Brak oceny |  |
| 3. | Producent | podać | Brak oceny |  |
| 4. | Nr katalogowy | podać | Brak oceny |  |
| 5. | Rok produkcji min. 2016, fabrycznie nowy | Tak | Brak oceny |  |
| 6. | Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej min. 4’’ | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 7. | Dostępne prądy: galwaniczny, diadynamiczny (DF, MF,CP,LP,RS,CP-ISO), Traberta, Faradaya, NPHV, Sekwencje, Neofaradyczny, rosyjska stymulacja – prąd Kotza, impulsy trapezoidalne, impulsy stymulujące, impulsy prostokątne, impulsy trójkątne, impulsy ekspotencjalne, impulsy ze wzrostem ekspotencjalnym, impulsy łączone, impulsy przerywane, TENS(symetryczny, falujący, asymetryczny, bursty), 2-polowa interferencja, 4-polowa interferencja, izoplanarne pole wektorowe, fale o średniej częstotliwości, stymulacja spastyczna – metoda Hufschmidta, stymulacja spastyczna – metoda Jantscha, HVT, Impulsy IG, Modulowany prąd impulsowy, prąd VMS, Prąd Kotza, EPIR, Prąd Leduca, Fale H, mikroprądy, elektrodiagnostyka | Tak | Brak oceny |  |
| 8. | Elektrodiagnostyka: Krzywa l/t reobaza i chronaksja, punkt motoryczny, współczynnik akomodacji | Tak | Brak oceny |  |
| 9. | Płynna modyfikacja parametrów prądów | Tak | Brak oceny |  |
| 10. | Jeden kanał do terapii ultradźwiękowej | Tak | Brak oceny |  |
| 11. | Wieloczęstotliwość (1 MHz i 3 MHz), wodoodporna, podgrzewana głowica ultradźwiękowa 5cm2 | Tak | Brak oceny |  |
| 12. | Praca ciągła i impulsowa (10-150Hz) | Tak | Brak oceny |  |
| 13. | Współczynnik wypełnienia 5-95% | Tak | Brak oceny |  |
| 14. | Natężenie od 0,1 do 3W/cm2 przy pracy impulsowej i do 2 W/cm2 przy pracy ciągłej | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 15. | Możliwość współpracy z bezobsługowymi głowicami ultradźwiękowymi, montowanymi na ciele pacjenta za pomocą pasów, umożliwiającymi prowadzenie terapii bez obecności terapeuty | Tak/Nie | Tak – 10pktNie – 0pkt |  |
| 16. | Płynna modyfikacja parametrów ultradźwięku | Tak | Brak oceny |  |
| 17. | Bank programów terapeutycznych zapisanych w pamięci aparatu (gotowe diagnozy) | Tak | Brak oceny |  |
| 18. | Wizualna identyfikacja aktywnych akcesoriów | Tak | Brak oceny |  |
| 19. | Wyposażenie aparatu: 2 przewody do elektrod, 4 elektrody 70x50 mm, woreczki na elektrody 70x 50 mm, pasy do mocowania elektrod, głowica ultradźwiękowa 5cm2 1/3 MHz, żel 300ml, kabel sieciowy wraz z zasilaczem  | Tak | Brak oceny |  |
| 20. | Klasa bezpieczeństwa II(wg IEC 536)  | Tak | Brak oceny |  |
| 21. | Zasilanie 100-240V, 50-60Hz | Tak | Brak oceny |  |
| 22. | Waga aparatu max. 3kg | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 23. | Wymiary 380x190x260mm | Tak, podać | Brak oceny |  |

**Pakiet 3: Lampa SOLLUX -1szt**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Parametry techniczne** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** |
| 1. | Lampa SOLLUX– 1 szt | Tak | Brak oceny |  |
| 2. | Nazwa, typ, model | podać | Brak oceny |  |
| 3. | Producent | podać | Brak oceny |  |
| 4. | Nr katalogowy | podać | Brak oceny |  |
| 5. | Rok produkcji min. 2016, fabrycznie nowy | Tak | Brak oceny |  |
| 6. | Maksymalna moc żarówki 375W | Tak, podać | Tak, 375 W – 10pkt, mniej niż 375 W – 5pkt |  |
| 7. | Regulacja jasności 10-100%, krok 10% | Tak | Brak oceny |  |
| 8. | Zegar zabiegowy 1-30 min | Tak | Brak oceny |  |
| 9. | Zasilanie, pobór mocy 230V, 50Hz, 450W | Tak | Brak oceny |  |
| 10. | Wymiary: 60/70/130cm | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 11. | Wyposażenie: filtr niebieski i czerwony, okulary dla pacjenta i terapeuty | Tak | Brak oceny |  |

**Pakiet 4: Urządzenie do aktywnej i pasywnej terapii ruchowej kończyn dolnych i górnych z biofeedbackiem– 1 szt**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Parametry techniczne** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** |
| 1. | Urządzenie do aktywnej i pasywnej terapii ruchowej kończyn dolnych i górnych z biofeedbackiem– 1 szt | Tak | Brak oceny |  |
| 2. | Nazwa, typ, model | podać | Brak oceny |  |
| 3. | Producent | podać | Brak oceny |  |
| 4. | Nr katalogowy | podać | Brak oceny |  |
| 5. | Rok produkcji min. 2016, fabrycznie nowy | Tak | Brak oceny |  |
| 6. | Ćwiczenia w trybie pasywnym i aktywnym | Tak | Brak oceny |  |
| 7. | Terapia kończyn górnych i dolnych | Tak | Brak oceny |  |
| 8. | Kierunek obrót przód i tył | Tak | Brak oceny |  |
| 9. | Kontrola czasu, prędkości i oporu: czas 1-99 minut;prędkość:4-60obr/min;opór 1-15Nm | Tak | Brak oceny |  |
| 10. | 3 poziomy mocy silnika (light/medium/heavy) | Tak | Brak oceny |  |
| 11. | Rozstaw pedałów :19cm ±0,5cm od wewnętrznej strony pedałów, 33cm ±0,5cm od środka pedałów | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 12. | Długość wkładki na stopy: 26cm±0,5cm | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 13. | Unikalny kształt uchwytów w formie przedłużonego „U” na kończyny górne ułatwiający pewny uchwyt pacjenta | Tak/Nie | Tak – 10pktNie – 0pkt |  |
| 14. | Szerokość uchwytu dla kończyn górnych 20cm±0,5cm | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 15. | Wskazania ekranu: prędkość , opór, czas, kierunek obrotów | Tak | Brak oceny |  |
| 16. | Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej 7’’ umożliwiający sterowanie funkcjami urządzenia poprzez dotyk ekranu | Tak | Brak oceny |  |
| 17. | Funkcja określenia pożądanego czasu trwania ćwiczeń | Tak | Brak oceny |  |
| 18. | Funkcja kontroli procesów zachodzących w organizmie: określona w procentach aktywności i siła lewej/prawej strony ciała; bieżąca kontrola symetrii terapii „biofeedback” | Tak | Brak oceny |  |
| 19. | Funkcja kontroli skurczu: liczba skurczy z możliwością bezpiecznego wyłączenia  | Tak | Brak oceny |  |
| 20. | Paski mocujące stopy | Tak | Brak oceny |  |
| 21. | 3 poziomy (light/medium/heavy)regulacji czułości funkcji kontroli skurczów | Tak | Brak oceny |  |
| 22. | Funkcja wykrywania skurczów w obu kierunkach (przód i tył) | Tak | Brak oceny |  |
| 23. | Możliwość wyłączenia funkcji kontroli skurczów | Tak | Brak oceny |  |
| 24. | Funkcja oglądania telewizji (w trybie pasywnym, jak i aktywnym) | Tak | Brak oceny |  |
| 25. | Możliwość podłączenia anteny telewizyjnej | Tak | Brak oceny |  |
| 26. | Wyjście mini Jack umożliwiające podłączenie słuchawek | Tak | Brak oceny |  |
| 27. | Funkcja komunikatów głosowych (rozpoznanie, zakończenie oraz w przypadku wystąpienia anomalii) | Tak | Brak oceny |  |
| 28. | Regulacja głośności | Tak | Brak oceny |  |
| 29. | Regulacja wysokości | Tak | Brak oceny |  |
| 30. | Funkcja wskazania ćwiczeń: czas trwania, dystans, liczba skurczy, wskaźnik procentowej aktywności pacjenta, procentowy rozkład zaangażowania poszczególnej kończyny w czasie trwania ćwiczenia (dla prawej i lewej strony ciała) | Tak | Brak oceny |  |
| 31. | Automatyczne przełączanie z trybu pasywnego na aktywny w trakcie ćwiczenia, jeżeli zaangażowanie pacjenta jest większe. | Tak | Brak oceny |  |
| 32. | Automatyczny powrót do trybu pasywnego jeżeli pacjent przestanie wykazywać większe zaangażowanie w trakcie ćwiczeń. | Tak | Brak oceny |  |
| 33. | Stabilizacja łydek | Tak | Brak oceny |  |
| 34. | Kółka transportowe | Tak | Brak oceny |  |
| 35. | Całkowicie obudowany mechanizm zamachowy | Tak | Brak oceny |  |
| 36. | Obudowa metalowa lakierowana proszkowo | Tak | Brak oceny |  |
| 37. | Konstrukcja oparta na stabilnej podstawie | Tak | Brak oceny |  |
| 38. | Możliwość czyszczenia środkami dezynfekcji | Tak | Brak oceny |  |
| 39. | Rozmiar (dł x szer x wys) – 59 x 71 x 108 cm ±5% | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 40. | Waga min. 50kg | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 41.  | Zasilanie 230V, 60Hz | Tak | Brak oceny |  |

**Pakiet 5: Aparat typu combi do terapii falą uderzeniowa i laserem wysokoenergetycznym– 1 szt**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Parametry techniczne** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** |
| 1. | Aparat typu combi do terapii falą uderzeniowa i laserem wysokoenergetycznym– 1 szt | Tak | Brak oceny |  |
| 2. | Nazwa, typ, model | podać | Brak oceny |  |
| 3. | Producent | podać | Brak oceny |  |
| 4. | Nr katalogowy | podać | Brak oceny |  |
| 5. | Rok produkcji min. 2016, fabrycznie nowy | Tak | Brak oceny |  |
|  | Parametry lasera |
| 6. | Moc maksymalna w trybie ciągłym 7W; | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 7. | Długość fali 810/980nm; | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 8. | Tryb pracy: ciągły, impulsowy, pojedynczy impuls | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 9. | Bank jednostek chorobowych | Tak | Brak oceny |  |
| 10. | Encyklopedia terapii z kolorowymi rysunkami anatomicznymi | Tak | Brak oceny |  |
| 11. | Klasa ochronności IIb | Tak | Brak oceny |  |
| 12. | Okulary ochronne min. 2 szt | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 13. | Kolorowy ekran dotykowy min. 5,7 cala | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 14. | Maksymalna dawka w trybie ciągłym 200J/cm2 | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 15. | Obszar leczenia do 500cm2 | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 16. | Częstotliwość 1Hz-100Hz | Tak | Brak oceny |  |
| 17. | Czas trwania impulsu 2 ms – 1000ms | Tak | Brak oceny |  |
|  | Parametry fali |
| 18. | Ciśnienie aplikacji do 5 barów | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 19. | Częstotliwość uderzeń do 22 Hz | Tak | Brak oceny |  |
| 20. | Tryb pojedynczych uderzeń | Tak | Brak oceny |  |
| 21. | Tryb ciągłych uderzeń | Tak | Brak oceny |  |
| 22. | Tryb „burst”  | Tak | Brak oceny |  |
| 23. | Encyklopedia z rysunkami anatomicznymi | Tak | Brak oceny |  |
| 24. | Kompresor powietrzny, samoobsługowy | Tak | Brak oceny |  |
| 25. | Aplikatory: wielowiązkowy 9mm, wielowiązkowy 15mmm, koncentrujący 15mm | Tak | Brak oceny |  |
| 26. | W zestawie min 2 naboje | Tak | Brak oceny |  |
| 27. | Klasa ochronności II a | Tak | Brak oceny |  |
| 28. | Stolik pod aparat | Tak | Brak oceny |  |
| 29. | Wymiary:Aparat: 320 x 190 x 280 mmKompresor powietrzny: 330 x 220 x 300mm | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 30. | Zasilanie 230V/50-60Hz lub 115V/50-60Hz | Tak, podać | Brak oceny |  |

**Pakiet 6: Stół rehabilitacyjny 5 częściowy– 1 szt**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Parametry techniczne** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** |
| 1. | Stół rehabilitacyjny 5 częściowy– 1 szt | Tak | Brak oceny |  |
| 2. | Nazwa, typ, model | podać | Brak oceny |  |
| 3. | Producent | podać | Brak oceny |  |
| 4. | Nr katalogowy | podać | Brak oceny |  |
| 5. | Rok produkcji min. 2016, fabrycznie nowy | Tak | Brak oceny |  |
| 6. | 2 silniki elektryczne | Tak | Brak oceny |  |
| 7. | Elektryczna regulacja wysokości 42-95 cm | Tak | Brak oceny |  |
| 8. | Elektryczne unoszenie do pozycji PIVOTA 0-22 cm | Tak | Brak oceny |  |
| 9. | Pneumatyczna regulacja wezgłowia 300/+550 | Tak | Brak oceny |  |
| 10. | Długość 195 cmSzerokość 70 cm | Tak | Brak oceny |  |
| 11. | Maksymalne obciążenie do 170kg | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 12. | Otwór na twarz | Tak | Brak oceny |  |
| 13. | Uchwyt na papier | Tak | Brak oceny |  |
| 14. | Rama sterująca wokół stołu do regulacji wysokości | Tak | Brak oceny |  |
| 15. | Pilot ręczny do regulacji wysokości i unoszenia części środkowej | Tak | Brak oceny |  |

**Pakiet 7: Stół rehabilitacyjny 2-częściowy – 3szt**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Parametry techniczne** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** |
| 1. | Ergonomiczny dwusegmentowy stół o płynnie elektrycznie regulowanej wysokości leżyska– 3szt | Tak | Brak oceny |  |
| 2. | Nazwa, typ, model | podać | Brak oceny |  |
| 3. | Producent | podać | Brak oceny |  |
| 4. | Nr katalogowy | podać | Brak oceny |  |
| 5. | Rok produkcji min. 2016, fabrycznie nowy | Tak | Brak oceny |  |
| 6. | Podgłówek trzyczęściowy, z wycięciem na twarz | Tak | Brak oceny |  |
| 7. | Leżysko stałe, z wycięciem w tylnej części i prętem umożliwiającym montaż pasów stabilizacyjnych | Tak | Brak oceny |  |
| 8. | Leżysko stołu pokryte sztuczną skórą | Tak | Brak oceny |  |
| 9. | Po obu stronach leżyska pręty do mocowania pasów stabilizacyjnych | Tak | Brak oceny |  |
| 10. | Regulowany zagłówek 60-450 | Tak | Brak oceny |  |
| 11. | Płynna regulacja wysokości | Tak | Brak oceny |  |
| 12. | Możliwość mocowania uchwytów do rolek prześcieradeł jednorazowych | Tak | Brak oceny |  |
| 13. | Wycięcie na twarz i na pas do stabilizacji | Tak | Brak oceny |  |
| 14. | Pręty do mocowania pasów stabilizacyjnych na całej długości i w środkowej części leżyska wysokości | Tak | Brak oceny |  |
| 15. | Długość około 2030 mm | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 16. | Szerokość około 700mm | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 17. | Wysokość regulowana w zakresie około 600÷920 mm | Tak | Brak oceny |  |

**Pakiet 8:Rower treningowy – 1szt**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Parametry techniczne** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** |
| 1. | Rower treningowy– 1szt | Tak | Brak oceny |  |
| 2. | Nazwa, typ, model | podać | Brak oceny |  |
| 3. | Producent | podać | Brak oceny |  |
| 4. | Nr katalogowy | podać | Brak oceny |  |
| 5. | Rok produkcji min. 2016, fabrycznie nowy | Tak | Brak oceny |  |
| 6. | Opór magnetyczny | Tak | Brak oceny |  |
| 7. | Obciążenie 8 stopni | Tak | Brak oceny |  |
| 8. | Koło zamachowe 14 kg | Tak | Brak oceny |  |
| 9. | Wyświetlacz: prędkość /RPM, czas, kalorie, dystans, data, zegar, puls, recovery test | Tak | Brak oceny |  |
| 10. | Pomiar pulsu: sensory dotykowe | Tak | Brak oceny |  |
| 11. | Rolki transportowe | Tak | Brak oceny |  |
| 12. | Regulacja siodełka: pion/poziom | Tak | Brak oceny |  |
| 13. | nawiew | Tak | Brak oceny |  |
| 14. | Max. waga użytkownika 150kg | Tak | Brak oceny |  |

**Pakiet 9: Krioterapia na zimne powietrze – 1szt**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Parametry techniczne** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** |
| 1. | Krioterapia na zimne powietrze– 1szt | Tak | Brak oceny |  |
| 2. | Nazwa, typ, model | podać | Brak oceny |  |
| 3. | Producent | podać | Brak oceny |  |
| 4. | Nr katalogowy | podać | Brak oceny |  |
| 5. | Rok produkcji min. 2016, fabrycznie nowy | Tak | Brak oceny |  |
| 6. | Czynnik chłodzący – zimne powietrze | Tak | Brak oceny |  |
| 7. | Temperatura przy wylocie do – 32 0C | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 8. | Przepływ powietrza 350-1500l/min | Tak | Brak oceny |  |
| 9. | Podłączenie do sieci 110/230V 50/60Hz | Tak | Brak oceny |  |
| 10. | Zabezpieczenie sieci – 2x 16A | Tak | Brak oceny |  |
| 11. | Klasa zabezpieczenia według IEC601-1-1, Typ B | Tak | Brak oceny |  |
| 12. | MDD/MPG – grupa IIa | Tak | Brak oceny |  |
| 13. | Długość przewodu do terapii min 170 cm. | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 14. | Wymiary: wysokość 94 cm, szerokość 36cm, głębokość 48,5cm | Tak | Brak oceny |  |
| 15. | Waga max. 53kg | Tak, podać | Brak oceny |  |

**Pakiet nr 1,2,3,4,5,6,7,8,9**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Okres gwarancji**  |  |  |
|  | Min 24 miesiące z wyłączeniem akcesoriów | **Tak, podać** |  |
| **2.** | **Ilość przeglądów** |  |  |
|  | Min. 1 bezpłatny przegląd w każdym roku trwania gwarancji (ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | **Tak, podać** |  |

…………………..

miejscowość, data ……………………………

podpis upoważnionego przedstawiciela

Załącznik nr 2

**Zadanie III: Wyposażenie kinezyterapii**

**Pakiet 1: Szyna do terapii ciągłym ruchem biernym kończyny dolnej – 1szt**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Parametry techniczne** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** |
| 1. | Szyna do terapii ciągłym ruchem biernym kończyny dolnej– 1 szt | Tak | Brak oceny |  |
| 2. | Nazwa, typ, model | podać | Brak oceny |  |
| 3. | Producent | podać | Brak oceny |  |
| 4. | Nr katalogowy | podać | Brak oceny |  |
| 5. | Rok produkcji min. 2016, fabrycznie nowy | Tak | Brak oceny |  |
| 6. | Obciążenie nominalne max.20kg | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 7. | Waga pacjenta max.135kg | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 8. | Wzrost pacjenta 120-220 cm | Tak | Brak oceny |  |
| 9. | Limit wyprostu stawu biodrowego 00 | Tak | Brak oceny |  |
| 10. | Limit zgięcia stawu biodrowego 1150 | Tak | Brak oceny |  |
| 11. | Limit wyprostu stawu kolanowego 100 | Tak | Brak oceny |  |
| 12. | Limit zgięcia stawu kolanowego 1230 | Tak | Brak oceny |  |
| 13. | Czas terapii max. do 60 minut | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 14. | Długość całej kończyny dolnej 58-110 cm | Tak | Brak oceny |  |
| 15. | Długość kości piszczelowej 23 do 55cm | Tak | Brak oceny |  |
| 16. | Długość kości udowej 35 do 55 cm | Tak | Brak oceny |  |
| 17. | Maksymalna prędkość ruchu 3800/min | Tak | Brak oceny |  |
| 18. | Kolorowy ekran dotykowy min. 3’’ (240x320 pikseli) | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 19. | Moduł stawu skokowego - opcja | Tak | Brak oceny |  |
| 20. | Zabezpieczenie z klipsami | Tak | Brak oceny |  |
| 21. | Odwracanie podstawki na stopy | Tak | Brak oceny |  |
| 22. | Regulacja podparcia stóp | Tak | Brak oceny |  |
| 23. | Regulacja podparcia na boki | Tak | Brak oceny |  |
| 24. | Wykorzystanie dla lewej/prawej nogi bez konieczności zmian | Tak | Brak oceny |  |
| 25. | System zatrzasków | Tak | Brak oceny |  |
| 26. | Pilot zdalnego sterowania z kolorowym ekranem dotykowym o przekątnej min. 3’’ | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 27. | Panel kontrolny | Tak | Brak oceny |  |
| 28. | Ustawienia kąta w czasie rzeczywistym | Tak | Brak oceny |  |
| 29. | Program rozgrzewki/program progresywny | Tak | Brak oceny |  |
| 30. | Program intensywnego zgięcia i wyprostu/oscylacje | Tak | Brak oceny |  |
| 31. | Przerwy w zgięciu i wyproście | Tak | Brak oceny |  |
| 32. | Rozciąganie zgięcia i wyprostu | Tak | Brak oceny |  |
| 33. | Kontrola prędkości zgięcia/wyprostu | Tak | Brak oceny |  |
| 34. | Odwrócenie obciążenia | Tak | Brak oceny |  |
| 35. | Max. 13 automatycznych programów | Tak, podać | 13 – 10pktMniej niż 13 -5 pkt |  |
| 36. | Pamięć wewnętrzna – 50 programów użytkownika | Tak | Brak oceny |  |
| 37. | Zmiana wszystkich parametrów w trakcie terapii | Tak | Brak oceny |  |
| 38. | Waga urządzenia max 14kg | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 39. | Wymiary (szer. x wys. x gł )390 x (min.430,max 580)x970 mm ±5% | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 40. | Klasa zgodnie z normą EN 60529 – IP21 | Tak | Brak oceny |  |
| 41. | Zasilanie ~100V to 240V | Tak | Brak oceny |  |
| 42. | Częstotliwość 50Hz -60Hz | Tak | Brak oceny |  |

**Pakiet 2: Rotor do kończyny dolnych mocowany do ramy łóżka – 3szt**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Parametry techniczne** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** |
| 1. | Rotor do kończyn dolnych – 3szt | Tak | Brak oceny |  |
| 2. | Nazwa, typ, model | podać | Brak oceny |  |
| 3. | Producent | podać | Brak oceny |  |
| 4. | Nr katalogowy | podać | Brak oceny |  |
| 5. | Rok produkcji min. 2016, fabrycznie nowy | Tak | Brak oceny |  |
| 6. | Chwytak umożliwiający mocowanie do ramy łóżka | Tak | Brak oceny |  |
| 7.  | Regulacja oporu | Tak | Brak oceny |  |
| 8. | Wymiary:szer/wysokość:41/42cm(±5%) | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 9. | Waga max. 4kg | Tak, podać | Brak oceny |  |

**Pakiet 3: Rotor do kończyn dolnych wolnostojący – 6szt**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Parametry techniczne** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** |
| 1. | Rotor do kończyn dolnych wolnostojący– 6szt | Tak | Brak oceny |  |
| 2. | Nazwa, typ, model | podać | Brak oceny |  |
| 3. | Producent | podać | Brak oceny |  |
| 4. | Nr katalogowy | podać | Brak oceny |  |
| 5. | Rok produkcji min. 2016, fabrycznie nowy | Tak | Brak oceny |  |
| 6. | Nasadki antypoślizgowe | Tak  | Brak oceny |  |
| 7.  | Regulacja oporu | Tak | Brak oceny |  |
| 8. | Wymiary:szer/wysokość/długość:41/51/55cm(±5%) | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 9. | Waga max. 4kg | Tak, podać | Brak oceny |  |

**Pakiet 4: Rotor do kończyn dolnych – 2szt**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Parametry techniczne** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** |
| 1. | Rotor do kończyn dolnych – 2szt | Tak | Brak oceny |  |
| 2. | Nazwa, typ, model | podać | Brak oceny |  |
| 3. | Producent | podać | Brak oceny |  |
| 4. | Nr katalogowy | podać | Brak oceny |  |
| 5. | Rok produkcji min. 2016, fabrycznie nowy | Tak | Brak oceny |  |
| 6. | Przystosowany do montażu do kabiny UGUL | Tak/Nie | Tak – 10pktNie – 0 pkt |  |
| 7.  | Regulacja oporu | Tak | Brak oceny |  |
| 8. | Wymiary:szer/wysokość: 38/53cm(±5%) | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 9. | Waga max. 4kg | Tak, podać | Brak oceny |  |

**Pakiet 5: Kabina UGUL z wyposażeniem – 2kpl**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Parametry techniczne** | **Wymagania graniczne** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** |
| 1. | Kabina do ćwiczeń i zawieszeń przeznaczona do stosowania kinezyterapii indywidualnej z kilkoma pacjentami równocześnie – 2kpl | Tak | Brak oceny |  |
| 2. | Nazwa, typ, model | podać | Brak oceny |  |
| 3. | Producent | podać | Brak oceny |  |
| 4. | Nr katalogowy | podać | Brak oceny |  |
| 5. | Rok produkcji min. 2016, fabrycznie nowy | Tak | Brak oceny |  |
| 6. | Szerokość – 200cm | Tak | Brak oceny |  |
| 7.  | Wysokość – 200cm(na stopkach) | Tak | Brak oceny |  |
| 8. | Głębokość – 200cm | Tak | Brak oceny |  |
| 9. | Waga max. 180kg | Tak, podać | Brak oceny |  |
| 10. | Wykonanie: lakier proszkowy | Tak | Brak oceny |  |
| 11. | Możliwość zastosowania wyciągu do pozycji Perschl’a | Tak/Nie | Tak-10pktNie – 0pkt |  |
| 12. | W skład osprzętu wchodzą:* ciężarek 0,5kg-1szt;
* ciężarek 1kg – 1szt;
* ciężarek 1,5 kg – 1szt;
* ciężarek 2kg – 1szt;
* ciężarek 2,5kg – 1szt;
* ciężarek 3kg – 1szt;
* ciężarek 4kg – 1szt;
* esik metalowy – 30szt;
* kamaszek skórzany do wyciągu – 1szt;
* linka do podwieszeń i ćwiczeń w odciążeniu dł. 120cm – 6szt;
* linka do podwieszeń i ćwiczeń w odciążeniu dł. 160cm – 4szt;
* linka z bloczkami do ćwiczeń z obciążeniem dł. 350cm – 2szt;
* linka do ćwiczeń samo wspomaganych dł. 225cm – 1szt;
* mankiet nadgarstkowo-kostkowy – 1szt;
* mankiet udowy – 1szt;
* pas do stabilizacji ud i kręgosłupa – 1szt;
* pas do wyciągu za miednicę – 1szt;
* petla Glissona z orczykiem – 1szt;
* podwieszka dwustawowa ze skóry – 4szt;
* podwieszka klatki piersiowej – 1szt;
* podwieszka pod miednicę – 1szt;
* podwieszka pod głowę – 1szt;
* podwieszka ramienna – 2szt;
* podwieszka udowa – 2szt;
* podwieszka kolanowa – 2szt;
* uchwyt metalowy na linkę – 2szt
 |  | Brak oceny |  |

**Pakiet nr 1,2,3,4,5**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Okres gwarancji**  |  |  |
|  | Min 24 miesiące z wyłączeniem akcesoriów | **Podać** |  |
| **2.** | **Ilość przeglądów** |  |  |
|  | Min. 1 bezpłatny przegląd w każdym roku trwania gwarancji (ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | **Podać** |  |

…………………..

miejscowość, data ……………………………

podpis upoważnionego przedstawiciela