

**Załącznik nr 1**

# F O R M U L A R Z O F E R T Y

**Nazwa i siedziba Wykonawcy albo Imię i nazwisko, adres zamieszkania i adres siedziby Wykonawcy**:

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

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

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

**Osoba uprawniona do kontaktu z Zamawiającym (imię, nazwisko, stanowisko):**

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

**Nr telefonu**, ………..…...............................................................................................................................................

**Regon**: .......................................................................... **NIP**....................................................................................

**Województwo**...............................................................**Powiat** ................................................................................

**Strona internetowa: http://**........................................................ **e-mail:** .................................................................

Do:

**Stowarzyszenia „Dobry Dom”**

**Wola Zarczycka 129A**

**37-311 Wola Zarczycka**

**W ramach projektu Wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego "Ku zdrowiu" współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020**

Nawiązując do Zapytania ofertowego z dnia 19 kwietnia 2022 roku w postępowaniu o udzielenie zamówienia   
na **dostawę sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego do wypożyczalni Stowarzyszenia „Dobry Dom”** w ramach *projektu Wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego "Ku zdrowiu"* współfinansowanego   
ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020:

1. Oferujemy dostarczenie towaru posiadającego parametry określone w załączniku b) do Formularza oferty – „Parametry techniczne”, zgodnie z Formularzem asortymentowo-cenowym – załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego oraz Harmonogramem dostaw – załącznik c) do Formularza oferty. Załączniki te stanowią integralną część Formularza oferty.

1. Potwierdzamy spełnienie wymaganych przez Zamawiającego warunków płatności, tj.: do **30 dni** od dnia otrzymania faktury, po realizacji każdego z etapów dostawy, o których mowa w rozdziale III pkt 1 Zapytania ofertowego, montażu i uruchomieniu towaru oraz podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego   
   bez zastrzeżeń.

Proponowany termin płatności: **………….. dni / 30 dni /** na ww. warunkach.

1. Dostawa, musi być potwierdzona protokołem zdawczo-odbiorczym podpisanym przez Zamawiającego   
   i Wykonawcę bez zastrzeżeń z jednoczesnym przekazaniem faktury.
2. Proponujemy okres gwarancji na towar będący przedmiotem zamówienia, obejmujący pełną obsługę serwisową, naprawy, bez żadnych dodatkowych kosztów na **okres ……….…….. miesięcy** - licząc od dnia dostawy towaru do Zamawiającego tj. montażu i uruchomieniu towaru oraz podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego bez zastrzeżeń.

1. Przystępując jako Wykonawca do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na w/w dostawę niniejszym oświadczamy, że wszystkie oferowane przez nas towary, zgodnie z Formularzem asortymentowo-cenowym (załącznik nr 2 do Zapytania ofertowego), posiadają aktualne dopuszczenia   
   do obrotu na rynek polski zgodnie z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1565 j.t. z późn. zm.) oraz, że ponosimy pełną odpowiedzialność za wszelkie ewentualne szkody powstałe u Zamawiającego w związku z zastosowaniem dostarczonego przez nas towaru nie spełniającego przedmiotowych wymogów (o ile dotyczy).

1. Zobowiązujemy się, zgodnie z żądaniem Zamawiającego, do: dostarczenia, montażu, szkolenia   
   i uruchomienia towaru w miejscu wskazanym przez Zamawiającego, do wydania Zamawiającemu dokumentu gwarancyjnego wraz z dostarczonym Towarem a dodatkowo zobowiązujemy się do wydania Zamawiającemu instrukcji obsługi w języku polskim, paszportu technicznego oraz innych wymaganych   
   przy dostawie dokumentów określonych we wzorze umowy.

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Zapytania ofertowego oraz z załączonym wzorem umowy   
   i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty.

1. Oświadczamy, że wzór umowy, stanowiący załącznik Nr 4 do Zapytania ofertowego, został przez nas zaakceptowany w całości i bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na zaproponowanych warunkach.

1. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez czas wskazany w Zapytaniu ofertowym.
2. Oferta została złożona na ……………………………….. zapisanych/zadrukowanych i podpisanych stronach   
   oraz kolejno ponumerowanych od nr ….....……… do nr ……………….. .

1. Niniejszym informujemy, że informacje składające się na ofertę, zawarte na stronach od ....................   
   do ……………….. stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 roku o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. z 2019 r. poz. 1010 j.t.) i jako takie nie mogą być ogólnodostępne.

1. Oświadczamy, że dostawa towaru lub świadczenie usługi, oferowane w ramach ww. postępowania o udzielenie zamówienia **prowadzi\* / nie prowadzi\*** w przypadku wyboru naszej oferty, do powstania   
   u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towaru i usług.

Niżej wymienione towary lub świadczone usługi, oferowane w ramach niniejszego postępowania przetargowego prowadzą w przypadku wyboru naszej oferty, do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego:

* + ......................................................................................................................................................
  + ......................................................................................................................................................
  + ......................................................................................................................................................
  + ......................................................................................................................................................
  + ......................................................................................................................................................

*\* (należy podać nazwę (rodzaj) towaru lub usługi oraz wskazać ich wartość bez kwoty podatku).*

*\*\*W przypadku nie podania / nie wpisania informacji, Zamawiający przyjmuje, że wybór oferty Wykonawcy nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami ustawy o podatku od towaru i usług.*

1. **Wadium** w kwocie ............................................ zostało/zostanie wniesione w dniu ............................
2. Jesteśmy świadomi, że wniesione przez nas wadium podlega przepadkowi, gdy zaistnieją okoliczności, o których mowa w Zapytaniu.

1. Numer konta, na które Zamawiający zwróci wadium:

.........................................................................................................................................................…………………

Nazwa banku ……………………………………………………………………………………………….…………………

1. Usługę wykonamy w całości **sami / przy udziale podwykonawców\***. Podwykonawca zrealizuje następującą część zamówienia:

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

……………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Zamówienie zrealizujemy (odpowiednie wypełnić):
   1. **sami**
   2. **w konsorcjum z:**
   * ……………………………………………………………………………………..….…………………………………………………………………………

1. (Wypełniają jedynie przedsiębiorcy składający ofertę jako konsorcjum). Oświadczamy, że sposób reprezentacji konsorcjum dla potrzeb niniejszego zamówienia jest następujący:

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

….………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Załącznikami do niniejszej oferty, stanowiącymi integralną jej część są:

(numerowany wykaz załączników wraz z tytułami)

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

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

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

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

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

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

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

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

....................... ………...................................................................

Data Podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

\* Niewłaściwe skreślić

**Załącznik A do Formularza Oferty**

**WARUNKI GWARANCJI I SERWISU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dotyczy sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego**  **do wypożyczalni Stowarzyszenia „Dobry Dom”** | | |
| **Warunki gwarancji i serwisu:** | | |
| 1. | Termin rozpoczęcia gwarancji | Od dnia dostawy i podpisania protokołu zdawczoodbiorczego bez zastrzeżeń. |
| 2. | Okres gwarancji na cały Towar (gwarancja pełna bez limitu badań) | Zgodnie z ust. 4 Formularza Oferty |
| 3. | Przedmiot gwarancji: Cały dostarczony Towar.  Gwarancja obejmuje także:  - Przeglądy w okresie gwarancji zgodne z wymogami określonymi przez producenta w ramach ceny dostawy bez dodatkowego wezwania ze strony Zamawiającego (powiadomienie Zamawiającego z ……… dniowym wyprzedzeniem pod nr tel. ……………………………...... lub pod adresem e-mail: ………………………..…………..)  - Wymiany/naprawy uszkodzonych części  - Dojazdy/przejazdy pracowników Wykonawcy  - Robociznę  - Wszystkie pozostałe koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancyjnych. | \*TAK/\*NIE |
| 4. | Okres gwarancji ulega każdorazowemu przedłużeniu o pełen okres niesprawności przedmiotu umowy. | \*TAK/\*NIE |
| 5. | Czas reakcji „przyjęte zgłoszenie - podjęta naprawa”. | W terminie **…………. godzin** (**maksymalnie …………… godziny w dni robocze**) od otrzymania zawiadomienia telefonicznie lub e-mailem z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. |
| 6. | Ilość przeglądów w ramach ceny dostawy w okresie gwarancji, zgodnie z zaleceniami producenta, wykonana bez wcześniejszego zlecenia Zamawiającego. | Ilość przeglądów w roku **………..** , w odstępach  równomiernych |
| 7. | Przeglądy końcowe przed upływem końca gwarancji w ramach ceny dostawy. | \*TAK/\*NIE |
| 8. | Możliwość zgłoszenia wad/awarii/błędów/usterek w godzinach od 7 do 16 h, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | \*TAK numer ………………………….………………………………….  email …………………………………………………………….….………  \*NIE |
| 9. | Maksymalny czas usunięcia wad/awarii/błędów/usterek Towaru | Do **……….…. dni roboczych** (**maksymalnie …………… dni w dni robocze bez sprowadzania części),** do **………. dni** **roboczych** (**maksymalnie ………….. dni w dni robocze  z koniecznością sprowadzania części zamiennych**) od momentu zgłoszenia wad/awarii/błędów/usterek, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. |
| 10. | Możliwość wstawienia zastępczych części  w przypadku wad/awarii/błędów/usterek >  …….. dnia (tak/nie) | \* Tak - W przypadku wad/awarii/błędów/usterek trwającej powyżej **……..…. dni (maksymalnie ……..… dni)** \* Nie |
| 11. | Możliwość wstawienia zastępczego Towaru  (tak/nie) | \* Tak - W przypadku wad/awarii/błędu/usterki trwającej powyżej **………………. dni (maksymalnie 5 dni)** \* Nie |
| 12. | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany podzespołu na nowy (z wyjątkiem uszkodzeń z winy Zamawiającego) | **…………..……… (maksymalnie ………………...)** naprawy |
| 13. | Warunki wymiany Towaru - liczba napraw gwarancyjnych uprawniających do wymiany Towaru na nowy (z wyjątkiem uszkodzeń z winy Zamawiającego) | **Minimum ……………..…** naprawy gwarancyjne  uprawniające do wymiany Towaru na nowy |
| 14. | Przyczyny utraty prawa do gwarancji |  |

……………...................... ………..................................................................

Data Podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

**Załącznik B do Formularza Oferty**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW WARUNKÓW WYMAGANYCH**

**SPRZĘT REHABILITACYJNY**

1. **Pionizator statyczny z elektrycznym wspomaganiem pionizacji – 5 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Pionizator statyczny pozwalający użytkownikowi na samodzielne spionizowanie się w urządzeniu | TAK |
| 2 | Wyposażony w siłownik elektryczny zintegrowany siedziskiem który może podnieść osoby o wadze do **120** kg. | TAK |
| 3 | Cicha praca urządzenia | TAK |
| 4 | Stelaż posiadający wytrzymałe koła z tworzywa wyposażone w hamulec | TAK |
| 5 | Wydajny akumulator, gwarantujący wielogodzinną pracę bez ładowania | TAK |
| 6 | Pilot umożliwiający samodzielną obsługę urządzenia | TAK |
| 7 | Stabilizator kolan z pelotami wyposażony w miękką tapicerkę dla zapewnienia komfortu oraz regulowaną szerokość i wysokość | TAK |
| 8 | Duży regulowany stolik do pracy umożliwiający regulację kąta pochylenia blatu | TAK |
| 9 | Urządzenie wykonane z stalowej konstrukcji malowane farbą odporną na obicia | TAK |
| 10 | Podest i stolik wykonane z wytrzymałej i elastycznej sklejki | TAK |
| 11 | Podest wyposażony w stabilizatory stóp z regulacją na boki oraz przód-tył. Możliwa regulacja przywiedzenia i odwiedzenia | TAK |
| 12 | Mocne paski mocujące stopy | TAK |
| 13 | Wymiary (±1 cm):   * Szerokość [max]: 67 cm * Długość [max]: 106 cm * Wysokość [max]: 110 cm   Waga [max]: 43 kg | TAK |

1. **Rower treningowy - 20 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Maksymalna waga użytkownika - 120 kg | TAK |
| 2 | Waga urządzenia max. 27 kg | TAK |
| 3 | Wymiary urządzenia - wys. 132 cm x szer. 48 cm x dł. 97 cm (±1 cm) | TAK |
| 4 | Komputer - dystans, prędkość, czas, puls, kalorie, SCAN | TAK |
| 5 | Wyświetlacz – LCD | TAK |
| 6 | Waga systemu oporu min. 9 kg | TAK |
| 7 | Rodzaj systemu oporu – magnetyczny | TAK |
| 8 | Regulacja oporu - 8 stopniowa, manualna | TAK |
| 9 | Pomiar pulsu w kierownicy | TAK |
| 10 | Regulacja kąta nachylenia kierownicy | TAK |
| 11 | Regulacja siodełka – w pionie i w poziomie | TAK |
| 12 | Odległość siedziska od pedałów – (gdy pedał na dole) max. 86 cm | TAK |
| 13 | Pedały antypoślizgowe z paskami blokującymi | TAK |
| 14 | Rolki transportowe | TAK |
| 15 | Antypoślizgowe stabilizatory | TAK |
| 16 | Uchwyt na tablet | TAK |
| 17 | Uchwyt na bidon | TAK |

1. **Rower treningowy magnetyczny – 10 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Waga urządzenia: 32 kg ±2 kg | TAK |
| 2 | Instrukcja w języku polskim | TAK |
| 3 | 16-stopniowa elektroniczna regulacja oporu | TAK |
| 4 | Pomiar pulsu w kierowniczy | TAK |
| 5 | Regulowany kąt kierownicy | TAK |
| 6 | Waga systemu oporu magnetycznego min. 11 kg | TAK |
| 7 | Rolki transportowe oraz stopki poziomujące | TAK |
| 8 | Regulacja siedziska w pionie i w poziomie | TAK |
| 9 | Przyłącza sieciowe: 230 V | TAK |
| 10 | Wysokość siedziska: max 103 cm / min 85 cm, regulowane co 3 cm | TAK |
| 11 | Wymiary siedziska: szer. 25 cm x głębokość 26 cm x grubość 6 cm (±1 cm) | TAK |
| 12 | Odległość siedziska od pedałów: max 90 cm - min 78 cm | TAK |
| 13 | Odległość siedziska od kolumny kierownicy: max 47 cm - min 40 cm | TAK |
| 14 | Obwód kolumny kierownicy: 20 cm | TAK |
| 15 | Wymiary: wys. 140 cm x szer. 59 cm x dł. 100 cm | TAK |
| 16 | Maksymalna waga użytkownika: 150 kg | TAK |
| 17 | Pedały z zapięciami: antypoślizgowe, szerokość min. 12 cm | TAK |
| 18 | * 12 programów treningowych, * Pomiar tętna w fazie odpoczynku z oceną sprawności * Program WATT * Program H.R.C * Wyświetlanie ciągłe: 8 funkcji | TAK |

1. **Bieżnia rehabilitacyjna – 5 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Składana bieżnia treningowa | TAK |
| 2 | Silnik o mocy min. 3HP | TAK |
| 3 | Prędkość regulowana: 1-20 km/h | TAK |
| 4 | Max. waga użytkownika: 150 kg | TAK |
| 5 | Wymiary pasa biegowego: 50x140 cm ±2 cm | TAK |
| 6 | Wymiary bieżni: 171 x 83 x 128 cm ±2 cm | TAK |
| 7 | Wymiary bieżni złożonej: 105 x 83 x 145 cm ±2 cm | TAK |
| 8 | Waga urządzenia: 75 kg ±2 kg | TAK |
| 9 | Gniazdo USB | TAK |
| 10 | Bluetooth | TAK |
| 11 | Programy treningowe: min. 15 | TAK |
| 12 | Elektroniczna regulacja nachylenia: 0-15 stopni | TAK |
| 13 | Rolki transportowe | TAK |
| 14 | Uchwyt na tablet | TAK |
| 15 | Pas do pomiaru pulsu na ciele | TAK |

1. **Balkonik rehabilitacyjny sztywny – 10 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | **Balkonik kroczący składany** | TAK |
| 2 | Wzmocniona podwójna rama aluminiowa | TAK |
| 3 | Miękkie piankowe uchwyty | TAK |
| 4 | Szerokość całkowita: 52 cm ±1 cm | TAK |
| 5 | Szerokość wewnętrzna: 46 cm ±1 cm | TAK |
| 6 | Głębokość całkowita: 47 cm ±1 cm | TAK |
| 7 | Wysokość całkowita: 80-96 cm ±1 cm | TAK |
| 8 | Waga: <3 kg | TAK |
| 9 | Maksymalne obciążenie: min. 135 kg | TAK |
| 10 | Certyfikat CE | TAK |

1. **Balkonik rehabilitacyjny z kółkami – 10 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Aluminiowy balkonik czterokołowy dla osób o obniżonej sprawności | TAK |
| 2 | Konstrukcja krzyżakowa o podwyższonej wytrzymałości | TAK |
| 3 | Hamulec postojowy | TAK |
| 4 | Siedzisko z oparciem; | TAK |
| 5 | Torba na zakupy; | TAK |
| 6 | Specjalny uchwyt na kule; | TAK |
| 7 | Koła o wąskim przekroju i średnicy min. 8’’; | TAK |
| 8 | Funkcja składania do transportu | TAK |
| 9 | Szerokość całkowita: 64 cm ±1 cm | TAK |
| 10 | Głębokość całkowita: 69 cm ±1 cm | TAK |
| 11 | Wymiary siedziska: 46 x 26 cm ±1 cm | TAK |
| 12 | Wysokość siedziska od podłoża: 53 cm ±1 cm | TAK |
| 13 | Regulacja wysokości uchwytów: 79 – 92 cm ±1 cm | TAK |
| 14 | Waga: 7-8 kg | TAK |
| 15 | Maksymalne obciążenie: 130 kg | TAK |
| 16 | Maksymalne obciążenie torby na zakupy: min. 5 kg | TAK |
| 17 | Certyfikat CE | TAK |

1. **Podpórka rehabilitacyjna dwukołowa – 10 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Podpórka rehabilitacyjna z dwoma kółkami przeznaczona dla osób o obniżonej sprawności ruchowej | TAK |
| 2 | Piankowe uchwyty | TAK |
| 3 | Funkcja składania do transportu | TAK |
| 4 | Szerokość całkowita: 58 cm ±1 cm | TAK |
| 5 | Głębokość całkowita: 49 cm ±1 cm | TAK |
| 6 | Wymiary siedziska: 34 x 30 cm ±1 cm | TAK |
| 7 | Regulowana wysokość siedziska od podłoża: 52-63 cm ±1 cm | TAK |
| 8 | Regulacja wysokości uchwytów: 78-89 cm ±1 cm | TAK |
| 9 | Waga: <4,5 kg | TAK |
| 10 | Maksymalne obciążenie: 100 kg | TAK |
| 11 | Certyfikat CE | TAK |

1. **Podpórka rehabilitacyjna (aluminiowa na czterech stopkach) – 10 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Składana, aluminiowa rama | TAK |
| 2 | Wzmocnione połączenia | TAK |
| 3 | Konstrukcja ułatwiająca wstawanie – ergonomiczne uchwyty na dwóch wysokościach ramy | TAK |
| 4 | Nóżki zakończone gumowymi zabezpieczeniami antypoślizgowymi | TAK |
| 5 | Wysokość regulowana skokowo co 2,5 cm | TAK |
| 6 | Szerokość 54 cm ±1 cm | TAK |
| 7 | Regulowana wysokość w zakresie 76 – 95 cm ±1 cm | TAK |
| 8 | Waga ≤2,5 kg | TAK |
| 9 | Maksymalne obciążenie 110 kg | TAK |
| 10 | Certyfikat CE | TAK |

1. **Podpórka czterokołowa (z podparciem pod pachy) – 10 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Balkonik na czterech kółkach z podparciami pod pachy, | TAK |
| 2 | Konstrukcja składana, | TAK |
| 3 | Min. dwa kółka wyposażone w hamulce, | TAK |
| 4 | Regulowana szerokość: 29-89 cm ±1 cm | TAK |
| 5 | Regulowana wysokość w zakresie: 108-152 cm ±1 cm | TAK |
| 6 | Długość: 75 cm ±1 cm | TAK |
| 7 | Rozkładane siedzisko | TAK |
| 8 | Waga: <13 kg | TAK |
| 9 | Maksymalne obciążenie: 100 kg | TAK |
| 10 | Certyfikat CE | TAK |

1. **Podpórka czterokołowa typu ambona – 10 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | **Podpórka typu ambona z podparciem dla przedramion** ułatwiająca chodzenie | TAK |
| 2 | Piankowe uchwyty; | TAK |
| 3 | Składane siedzisko; | TAK |
| 4 | Hamulec nożny na min. 2 kołach; | TAK |
| 5 | Uchwyt na kroplówkę | TAK |
| 6 | Szerokość całkowita: 63 cm ±1 cm | TAK |
| 7 | Głębokość całkowita: 76 cm ±1 cm | TAK |
| 8 | Wymiary siedziska: 55 x 20 cm ±1 cm | TAK |
| 9 | Wysokość siedziska od podłoża: 54 cm ±1 cm | TAK |
| 10 | Regulacja wysokości podparcia: 101-124 cm ±1 cm | TAK |
| 11 | Waga: < 11kg | TAK |
| 12 | Maksymalne obciążenie: 100 kg | TAK |
| 13 | Certyfikat CE | TAK |

1. **Chodzik dwukołowy – 20 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | **Balkonik krocząco-statyczny** przeznaczony jest dla osób o obniżonej sprawności ruchowej | TAK |
| 2 | Podwójnie wzmocniona aluminiowa rama; | TAK |
| 3 | Przednie nóżki z nasadkami lub z kołami o średnicy min. 5” | TAK |
| 4 | Regulowana wysokość w przedziale 78-96 cm | TAK |
| 5 | Funkcja składania do transportu i przechowywania; | TAK |
| 6 | **Szerokość całkowita z kółkami max:** 60 cm | TAK |
| 7 | **Głębokość całkowita z kółkami max:** 51 cm | TAK |
| 8 | Waga: < 2,5 kg | TAK |
| 9 | Maksymalne obciążenie: 136 kg | TAK |
| 10 | Certyfikat CE | TAK |

1. **Chodzik czterokołowy – 10 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Chodzik czterokołowy aluminiowy wyposażony w siedzisko oraz podparcie na nogi | TAK |
| 2 | Funkcja składania do transportu | TAK |
| 3 | Koła o średnicy 8’’; | TAK |
| 4 | Składane podparcie na nogi | TAK |
| 5 | Oparcie z możliwością zmiany stron do funkcji transportowej | TAK |
| 6 | Siedzisko tapicerowane o wymiarach min. 35 x 32 cm ±1cm | TAK |
| 7 | Hamulec postojowy | TAK |
| 8 | **Szerokość całkowita:**60 cm ±1cm | TAK |
| 9 | **Głębokość całkowita:** 80 cm ±1cm | TAK |
| 10 | **Wysokość siedziska od podłoża min.:** 55 cm | TAK |
| 11 | **Regulacja wysokości uchwytów w zakresie:** 78-88 cm ±1cm | TAK |
| 12 | Waga: 8-8,5 kg | TAK |
| 13 | Maksymalne obciążenie: 110 kg | TAK |
| 14 | Kosz na zakupy o max. wadze min. 5 kg | TAK |
| 15 | Uchwyt ma kule | TAK |
| 16 | Certyfikat CE | TAK |

1. **Rotor elektryczny kończyn górnych, dolnych – 20 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Przenośne kompaktowe urządzenie do ćwiczeń czynnych i biernych kończyn górnych i dolnych | TAK |
| 2 | Czytelny, wielofunkcyjny wyświetlacz LCD, | TAK |
| 3 | Zdalny pilot w pełni cyfrowy, z wyświetlaczem | TAK |
| 4 | Dostosowanie ćwiczeń do indywidualnych możliwości pacjenta | TAK |
| 5 | Dostosowanie prędkości do potrzeb użytkownika | TAK |
| 6 | Mata antypoślizgowa w zestawie | TAK |
| 7 | Zakres regulacji prędkości: 20-65 rpm | TAK |
| 8 | Wymiary (dł. x szer. x wys.): 50 x 46 x 38 cm ±1cm | TAK |
| 9 | Masa: min. 8 kg | TAK |
| 10 | Kolor: Biało-zielony | TAK |

1. **Rotor zespolony KRDG – 10 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Rotor umożliwiający jednoczesne ćwiczenie kończyn górnych i dolnych | TAK |
| 2 | Wykonany w profili stalowych malowanych proszkowo | TAK |
| 3 | Opór regulowany w sposób płynny poprzez docisk | TAK |
| 4 | Regulacja kąta nachylenia | TAK |
| 5 | Wyposażony w dwie stopki antypoślizgowe | TAK |
| 6 | Długość: 51 cm/76cm ±1cm | TAK |
| 7 | Szerokość: 48 cm ±1cm | TAK |
| 8 | Wysięgnik długość: 110cm ±1cm | TAK |
| 9 | Waga: 17 kg ±1kg | TAK |
| 10 | Certyfikat CE | TAK |

1. **Rękawice do rotora kończyn górnych – 10 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | **Rękawica do rotora** służąca do stabilniejszego mocowania dłoni do rączki urządzenia | TAK |
| 2 | Rękawica wykonana z wytrzymałego materiału, mocowana na rzepy | TAK |
| 3 | Możliwość dostosowania do różnej wielkości dłoni | TAK |
| 4 | Certyfikat CE | TAK |

1. **Trener równowagi - 10 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Platforma gimnastyczna w kształcie przeciętej na pół kuli, służąca do balansowania ciałem | TAK |
| 2 | Pozwala ćwiczyć mięśnie brzucha, nóg i ramion | TAK |
| 3 | Materiał powłoki: PVC | TAK |
| 4 | Materiał podstawy: ABS | TAK |
| 5 | Średnica min.: 60 cm | TAK |
| 6 | Wysokość min.: 25 cm | TAK |
| 7 | Maksymalna waga użytkownika: 250 kg | TAK |

1. **Poduszka sensoryczna – 5 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Dwie połączone poduszki wypełnione powietrzem służące do ćwiczeń koordynacji, terapii treningowej oraz w fitnessie | TAK |
| 2 | Regulacja ciśnienia umożliwiająca zmianę stopnia trudności | TAK |
| 3 | Wymiary min.: 46 x 32 x 8 cm | TAK |
| 4 | Obciążenie do 200 kg | TAK |
| 5 | Preferowany materiał: Ruton | TAK |
| 6 | Dostępne kolory: czerwony, niebieski, zielony | TAK |
| 7 | Dwa rodzaje powierzchni – z jednej strony pokryta średniej wielkości wypustkami | TAK |

1. **Urządzenie do masażu stóp – 10 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Wanienka do wodnego masażu stóp | TAK |
| 2 | Możliwość stosowania do pedicure | TAK |
| 3 | Minimum 3 wymienne nasadki do pedicure z poręcznym haczykiem | TAK |
| 4 | Minimum 3 funkcje: masaż wibracyjny, masaż bąbelkowy, funkcja utrzymywania stałej temperatury wody | TAK |
| 5 | Rozproszone działanie podczerwieni | TAK |
| 6 | Wyjmowane nasadki rolkowe do masażu stref refleksyjnych stóp | TAK |
| 7 | Podłoże na stopy z wypustkami wzmacniającymi efekt masażu | TAK |
| 8 | Praktyczny uchwyt do przenoszenia | TAK |
| 9 | Zdejmowana osłona przeciwrozpryskowa | TAK |
| 10 | Antypoślizgowe, gumowe nóżki | TAK |
| 11 | Mechanizm zwijania przewodu | TAK |
| 12 | Odpływ wody | TAK |
| 13 | Zasilanie sieciowe | TAK |
| 14 | Moc 60 W | TAK |
| 15 | Wymiary produktu (dł. × szer. × wys.) - 35 × 43 × 16 cm (±1cm) | TAK |

1. **Rolki do masażu stóp – 20 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Minimum 12 wałków masujących, każdy z 4 osobno obracającymi się wałeczkami | TAK |
| 2 | 2 typy struktur masujących – drewniane i gumowe | TAK |
| 3 | Łatwe w użyciu | TAK |
| 4 | **długość:** 20 cm ±1 cm | TAK |
| 5 | **szerokość:** 25 cm ±1 cm | TAK |
| 6 | **wysokość:**4 cm | TAK |
| 7 | **materiał:** drewno lakierowane, poliuretan, drewniane osie rolek | TAK |
| 8 | **waga:**< 0,7 kg | TAK |

1. **Mata ozonowa do hydromasażu – 10 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Minimum 3 poziomy intensywności masażu | TAK |
| 2 | Wygodny, intuicyjny pilot | TAK |
| 3 | Dozownik aromatów | TAK |
| 4 | Samoczynne wyłączenie maty | TAK |
| 5 | Bąbelki relaksujące kąpiel | TAK |
| 6 | Masaż całego ciała | TAK |
| 7 | Antypoślizgowa mata | TAK |
| 8 | Zasilanie sieciowe | TAK |
| 9 | Bezpieczeństwo użytkowania | TAK |
| 10 | Moc: 450 W | TAK |
| 11 | Wymiary max.: 120 x 36 cm | TAK |
| 12 | Waga: <3 kg | TAK |
| 13 | Zasilanie sieciowe | TAK |

1. **Piłka gimnastyczna – 5 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Piłka gimnastyczna, zaprojektowana do użytku profesjonalnego | TAK |
| 2 | Obciążenie max.: 120 kg | TAK |
| 3 | Średnica 65 cm | TAK |
| 4 | Certyfikat CE | TAK |

1. **Stepper obrotowy z uchwytami 3w1 – 10 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Stepper wyposażony w regulowaną kierownicę | TAK |
| 2 | Regulacja wysokości pedałów | TAK |
| 3 | Czytelny, łatwy w obsłudze licznik wyświetlający: czas, ilość kroków, średnią liczbę kroków, ilość spalonych kalorii | TAK |
| 4 | Na wyposażeniu dwie elastyczne linki (ekspandery) o długości min. 88 cm | TAK |
| 5 | Maksymalna waga użytkownika: 100 kg | TAK |
| 6 | Waga urządzenia: <16 kg | TAK |
| 7 | Wymiary sprzętu: długość 46 x szer. 53 x wys. 125 cm ±1cm | TAK |

1. **Orbitrek magnetyczny – 10 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Urządzenie elektryczno-magnetyczne | TAK |
| 2 | Waga urządzenia: 41 kg ±1 kg | TAK |
| 3 | Maksymalna waga użytkownika: 150 kg | TAK |
| 4 | Wymiar urządzenia: 166 x 58 x 140 cm ±2 cm | TAK |
| 5 | Pomiar Pulsu na uchwytach | TAK |
| 6 | Waga systemu oporu magnetycznego o wadze min. 14,5 kg | TAK |
| 7 | Długość kroku min. 34 cm | TAK |
| 8 | Rozstaw płóz wewnętrzny: 23 cm | TAK |
| 9 | Regulacja oporu: min. 16 stopniowa | TAK |
| 10 | Przyłącza sieciowe: 230V | TAK |
| 11 | Uchwyt na bidon | TAK |
| 12 | Wymiary pedałów: dł. 34cm szer. 13cm ±1 cm | TAK |
| 13 | Płozy antypoślizgowe | TAK |
| 14 | Stopki poziomujące | TAK |
| 15 | Wielofunkcyjny komputer pokładowy: 3 programy treningowe: 6 predefiniowanych, programów użytkownika, program manualnego ustawiania, BODY FAT (określa poziom tkanki tłuszczowej), 3 programy HRC (sterowane pracą serca, możliwość ustalenia górnej granicy pulsu). | TAK |

1. **Wioślarz – 10 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Wioślarz powietrzny do wszechstronnego treningu wytrzymałościowego | TAK |
| 2 | Koło zamachowe oparte na systemie powietrznym | TAK |
| 3 | Min. 8 stopni oporu | TAK |
| 4 | Waga urządzenia: 24 kg ±1 kg | TAK |
| 5 | Wymiary: wys. 77 x szer. 45 x 213 cm ±1 cm | TAK |
| 6 | Możliwość złożenia do pionu, maksymalne wymiar po złożeniu: wys. 142 x szer. 45 x dł. 100 cm (±1 cm) | TAK |
| 7 | System oporu: powietrzny | TAK |
| 8 | Wymiary płóz min.: szer. 13 cm x dł. 30 cm | TAK |
| 9 | Miękkie piankowe siedzisko o wymiarze min.: 28 cm x 36 cm | TAK |
| 10 | Długość ruchu sidełka / szyny min.: 84 cm | TAK |
| 11 | Wysokość siodełka: tył 36 cm, przód 29 cm (±1 cm) | TAK |
| 12 | Max. waga użytkownika: 135 kg | TAK |
| 13 | Antypoślizgowe pedały z paskami blokującymi | TAK |
| 14 | Rolki transportowe | TAK |
| 15 | Stopki poziomujące oraz uchwyt transportowy | TAK |

1. **Kształtki do rehabilitacji (zestawy rehabilitacyjne) – 10 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | **Kształtki rehabilitacyjne** wykonany z twardej pianki poliuretanowej przeznaczone są do wykonywania zabiegów rehabilitacyjnych obszyty skajem | TAK |
| 2 | Minimalny skład zestawu oraz wymiary:  Klin (dł. x szer. x wys.) 30x40x12 cm  Klin (dł. x szer. x wys.) 30x20x16 cm  Półwałek (dł. x szer. x wys.) 60x15x10 cm  Wałek (dł. x śr.) 60x15 cm | TAK |
| 3 | Certyfikat CE | TAK |

1. **Wałek do masażu – 15 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Roller do masażu z wypustkami wykonany z pianki | TAK |
| 2 | Pusty rdzeń | TAK |
| 3 | Długość min. 30 cm | TAK |
| 4 | Średnica: 12-15 cm | TAK |

1. **Tablica do ćwiczeń manualnych – 10 szt**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Tablica do ćwiczeń manualnych z oprzyrządowaniem | TAK |
| 2 | Wykonany z profili oraz prętów stalowych, malowanych metodą proszkową | TAK |
| 3 | Przyrządy przymocowane do blatu na stojącej podstawie z możliwością regulowanej wysokości w zakresie minimum 55-85 cm | TAK |
| 4 | Obciążniki pełniące rolę oporów minimum 5 x 25 dag mocowane do linek | TAK |
| 5 | Blat tablicy o wymiarach minimum 70 x 50 cm | TAK |
| 6 | Certyfikat CE | TAK |
| 7 | Do wyboru kolor konstrukcji szary lub biały | TAK |

1. **Obręcz do pilates – 10 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Wygodna w użyciu, giętka obręcz przeznaczona do zajęć pilates | TAK |
| 2 | Obręcz może mieć zastosowanie w pozycjach wysokich, półwysokich, a także w leżeniu przodem i tyłem | TAK |
| 3 | Rozmiar: 38 cm ±1cm | TAK |
| 4 | Dostępne minimum dwa kolory. | TAK |

1. **Okład żelowy – 20 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Niezbędny przy opuchliznach, krwiakach, stłuczeniach czy oparzeniach**kompres ciepło - zimny** | TAK |
| 2 | Okład wypełniony nietoksycznym żelem, który nawet mocno zmrożony pozostaje elastyczny i łatwy w uformowaniu | TAK |
| 3 | Możliwość ciepłego okładu nagrzewając kompres w mikrofalówce lub gorącej wodzie. | TAK |
| 4 | **Minimalne wymiary:** 25 x 15 cm | TAK |

1. **Lampa BIOPTRON – 4 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Lampa z filtrem fulerenowym wskazana w zabiegach reumatologii, fizjoterapii oraz w medycynie sportowej. | TAK |
| 2 | Średnica filtra 5 cm (±1 cm) | TAK |
| 3 | Zużycie mocy: 27 VA | TAK |
| 4 | Moc żarówki halogenowej min. 20 W | TAK |
| 5 | Minimalny zakres długości fali: 480-3400 nm | TAK |
| 6 | Stopień polaryzacji >95% (590-1550) nm | TAK |
| 7 | Jednostkowa gęstość mocy (średnio): 40 mW/cm2 | TAK |
| 8 | Energia światła na minutę (średnio) 2,4 J/cm2 | TAK |
| 9 | Klasa ochrony: II, IP20 | TAK |
| 10 | Zasilanie: 100-230, 56-60 V/Hz | TAK |
| 11 | Waga lampy: < 0,6 kg | TAK |
| 12 | Statyw podłogowy umożliwiający regulację wysokości lampy | TAK |
| 13 | Certyfikat CE | TAK |

1. **Okulary ochronne – 8 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Okulary terapeuty lub pacjenta do lampy sollux przepuszczające światło widzialne | TAK |
| 2 | Waga <22 g | TAK |
| 3 | Rozstaw zauszników min. 150 mm | TAK |
| 4 | Klasa ochrony spawalniczej min. 1,7 | TAK |
| 5 | Norma EN 166, EN 169 | TAK |

1. **Zestaw do koloroterapii – 4 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Zestaw 7 kolorowych filtrów do lampy z pozycji nr 30 | TAK |
| 2 | Kolory: czerwony, pomarańczowy, żółty, zielony, niebieski, fioletowy, indygo | TAK |

**SPRZĘT WSPOMAGAJĄCY**

1. **Schodołaz kroczący – 1 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Schodołaz kroczący z krzesełkiem | TAK |
| 2 | Możliwość stosowania wewnątrz i na zewnątrz budynku |  |
| 3 | Regulowany podnóżek | TAK |
| 4 | Regulowany na wysokość zagłówek oraz pas zabezpieczający z klamrą samochodową | TAK |
| 5 | Uchylne podłokietniki | TAK |
| 6 | Tyle koło podporowe | TAK |
| 7 | Masa całkowita wyrobu max.: 44 kg | TAK |
| 8 | Masa modułu napędowego: <25 kg | TAK |
| 9 | Dopuszczalne obciążenie: 160 kg | TAK |
| 10 | Moc silnika: 350 W | TAK |
| 11 | Maksymalne wymiary największego elementu: 53 x 82 cm | TAK |
| 12 | Minimalna szerokość klatki schodowej: 58 cm | TAK |
| 13 | Min. głębokość pokonywanego stopnia: 18 cm | TAK |
| 14 | Akumulatory (min. 2 sztuki): 12V; 9,0 A/h | TAK |
| 15 | Maksymalny czas pełnego ładowania akumulatorów: 8 godzin | TAK |
| 16 | Wytrzymałość na jednej baterii min. 2400 stopni dla pasażera o wadze około 80 kg | TAK |

1. **Schodolaz gąsienicowy – 1 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Schodołaz gąsienicowy pozwalający na płynne pokonywanie schodów na wózku inwalidzkim | TAK |
| 2 | Masa całkowita wyrobu: <45 kg | TAK |
| 3 | Dopuszczalne obciążenie: 130 kg | TAK |
| 4 | Moc silnika min.: 300 W | TAK |
| 5 | Wskaźnik świetlny LED pokazujący poziom równowagi | TAK |
| 6 | Największe wymiary: 144 x 64 x 95 cm ±1cm | TAK |
| 7 | Minimalna szerokość klatki schodowej: 72 cm | TAK |
| 8 | Maksymalne nachylenie schodów: 70% = (35°) | TAK |
| 9 | Dodatkowe małe koła manewrowe poprawiające zwrotność produktu | TAK |
| 10 | Parametry akumulatora: 12V. 27 A/h | TAK |
| 11 | Parametry zasilania ładowarki: 100+240V; 50-60Hz | TAK |
| 12 | Wytrzymałość na jednej baterii min. 22 piętra dla pasażera o wadze około 80 kg | TAK |
| 13 | Maksymalny czas ładowania akumulatorów: 8 godzin | TAK |
| 14 | Zmierzony poziom hałasu < 70Db | TAK |
| 15 | Wibracje na uchwytach <2,5 m/s2 | TAK |
| 16 | Wibracje na obudowie korpusu <0,5 m/s2 | TAK |

1. **Łóżko rehabilitacyjne elektryczne – 40 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Elektrycznie sterowane czterosegmentowe łóżko rehabilitacyjne w obudowie drewnianej. | TAK |
| 2 | Łóżko wyposażone w cztery siłowniki elektryczne w obudowie w kolorze jasny popiel. | TAK |
| 3 | Regulacja oparcia pleców i uda dokonywana jest za pomocą siłowników umieszczonych pod leżem, sekcja podudzia regulowana jest za pomocą sześciostopniowego systemu zapadkowego. | TAK |
| 4 | Płynna regulacja kąta sekcji podudzia za pomocą dwóch elementów ślizgowych umieszczonych pod leżem. | TAK |
| 5 | Konstrukcja szczytów wypełniona płytą meblowej MDF o grubości 10mm. | TAK |
| 6 | System opuszczania poręczy wykonany w całość z aluminium, w tym bolce podtrzymujące barierki boczne aluminiowe o średnicy 11mm, co wpływa na trwałość całego systemu. | TAK |
| 7 | Szyna aluminiowa systemu opuszczania poręczy obudowana od strony zewnętrznej estetycznym elementem drewnianym. | TAK |
| 8 | Konstrukcja łóżka szpitalnego wykonana jest z profili stalowych pokrytych lakierem proszkowym odpornym na uszkodzenia mechaniczne. | TAK |
| 9 | Skrzynka kontrolna siłowników o podwyższonej odporności na ciecz o IP X4 | TAK |
| 10 | Leże czterosegmentowe, wypełnione płaskownikami o szerokości min. 40mm, co ułatwia utrzymanie w czystości i dezynfekcje leża. | TAK |
| 11 | Podwójne barierki boczne na całej długości łóżka wykonane zgodnie z nową normą PN-EN 60601-2-52:2010 – Wymagane przedstawienie certyfikatu/testu. | TAK |
| 12 | Wymiary zewnętrzne łóżka:  - długość całkowita: 2110 mm, (+/- 10 mm)  - szerokość całkowita: 1030 mm, (+/- 10 mm) | TAK |
| 13 | Wymiary leża:  - szerokość: 900 mm, (+/- 5 mm)  - długość: 2000 mm, (+/- 5 mm) | TAK |
| 14 | Elektryczna regulacja wysokości leża w zakresie:  380 mm – 820 mm (+/-10 mm) | TAK |
| 15 | Minimalny zakres regulacji wysokości leża 420mm. | TAK |
| 16 | System regulacji leża wykonany z czterech kolumn o średnicy 40 x1,5mm. | TAK |
| 17 | Regulacja segmentu oparcia pleców, w zakresie:  0-70 °, (+/- 5°) | TAK |
| 18 | Regulacja segmentu oparcia uda:  0-40 °, (+/- 5°) | TAK |
| 19 | **Kąt przechyłu Trendelenburga** 0 - 12° | TAK |
| 20 | **Kąt przechyłu anty-Trendelenburga 0 - 12°** | TAK |
| 21 | Łóżko wyposażone w funkcję Autokontur, pozwalającą na jednoczesne uniesienie segmentu oparcia pleców oraz uda. | TAK |
| 22 | Układ jezdny: cztery koła o średnicy min. 100 mm, każde z kół wyposażone jest w hamulec jazdy i obrotu. Hamulec metalowy odporny na uszkodzenia. | TAK |
| 23 | Kolor obudowy drewnianej buk | TAK |
| 24 | Pilot wyposażony w trzy diody LED informujące o podłączeniu łóżka do sieci elektrycznej, o pracy siłowników, jak również o zablokowaniu/odblokowaniu funkcji pilota. | TAK |
| 25 | Blokada wszystkich funkcji łóżka za pomocą kluczyka z tyłu obudowy pilota. | TAK |
| 26 | Regulacja wysokości i sekcji leża za pomocą pilota 10 – funkcyjnego. | TAK |
| 27 | Pilot o podwyższonej odporności na ciecz o IPX6 | TAK |
| 28 | Dodatkowa blokada funkcji Trendeleburga z tyłu obudowy pilota. | TAK |
| 29 | Minimalne bezpieczne obciążenie robocze 215kg | TAK |
| 30 | Leżę wykonane z profili 50x25x1,5mm | TAK |
| 31 | Łóżko przystosowane do zasilania sieciowego 230V 50/60 Hz. | TAK |
| 32 | Wysięgnik z uchwytem do ręki wykonany z rury o wymiarach 33,7x4 mm o regulowanej długości, mocowany w tulejach, możliwość mocowania po lewej i po prawej stronie wezgłowia. | TAK |
| 33 | Łóżko wyposażone w system transportowy ułatwiający magazynowanie i transport łóżka. Wymiary łózka do transportu głębokość 33cm x szerokość 106 cm x wysokość 135 cm. | TAK |
| 34 | Waga łóżka na adapterze transportowym 75,5 kg. | TAK |
| 35 | Transformator 24V umieszczony we wtyczce łóżka. | TAK |
| 36 | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych. | TAK |

1. **Drabinka przyłóżkowa wspomagająca wstawanie – 10 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Drabinka ułatwiająca osobom podnoszenie się z pozycji  leżącej do siedzącej, poprzez podciąganie się na kolejnych szczeblach drabinki | TAK |
| 2 | Wykonana ze sznurka i 4 okrągłych szczebli z drewna liściastego. | TAK |
| 3 | Długość szczebli: 25-35 cm | TAK |
| 4 | Długość całkowita: 165-175 cm | TAK |

1. **Wózek inwalidzki – 20 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Składana, rama stalowa o konstrukcji krzyżakowej (podwójny krzyżak) | TAK |
| 2 | Miękkie nylonowe siedzisko i oparcie | TAK |
| 3 | Pas zabezpieczający przed wypadnięciem | TAK |
| 4 | Uchylne podłokietniki | TAK |
| 5 | Tylna kieszonka | TAK |
| 6 | Podnóżki odchylane i zdejmowane | TAK |
| 7 | Zabezpieczający pas pod łydkami | TAK |
| 8 | Przednie koła pełne | TAK |
| 9 | Tylne koła pompowane wyposażone w system szybkiego demontażu, rozmiar min. 24” | TAK |
| 10 | Wyposażony w hamulce stalowe z regulacją docisku | TAK |
| 11 | Szerokość siedziska: 44-50 cm | TAK |
| 12 | Głębokość siedziska min.: 40 cm | TAK |
| 13 | Długość wózka max: 112 cm | TAK |
| 14 | Waga: 17-19 kg | TAK |
| 15 | Maksymalne obciążenie: 120 kg | TAK |
| 16 | Certyfikat CE | TAK |

1. **Wózek inwalidzki (dla dzieci) – 5 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Wykonany z aluminium dedykowany dla dzieci do samodzielnego poruszania się | TAK |
| 2 | Konstrukcja modułowa, umożliwiająca różne regulacje | TAK |
| 3 | Zmiana wysokości siedziska od podłoża | TAK |
| 4 | Zmiana kata nachylenia siedziska | TAK |
| 5 | Aluminiowe ochraniacze | TAK |
| 6 | Możliwość zmiany głębokości siedziska | TAK |
| 7 | szerokość siedziska max.: 37 cm | TAK |
| 8 | Szerokość zewnętrzna max.: 55 cm | TAK |
| 9 | Waga wózka max.: 15 kg | TAK |
| 10 | Maksymalny ciężar użytkownika: 70 kg | TAK |
| 11 | Wysokość oparcia: 35-40 cm | TAK |
| 12 | Głębokość siedziska: 31-37 cm | TAK |
| 13 | Certyfikat CE | TAK |

1. **Rower trójkołowy (dla dorosłych) – 3 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Trójkołowy rower rehabilitacyjny dla dorosłych | TAK |
| 2 | Rower wyposażony w wolne koło, oraz 3 przełożenia | TAK |
| 3 | Niska rama gwarantująca wygodne wsiadanie | TAK |
| 4 | Długość: 180 cm ±5 cm | TAK |
| 5 | Szerokość: 77 cm ± 2cm | TAK |
| 6 | Koła min. 24” | TAK |
| 7 | Maksymalne obciążenie: 125 kg | TAK |

1. **Rower trójkołowy (dla dzieci) – 2 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Trójkołowy rower rehabilitacyjny dla dorosłych | TAK |
| 2 | Rower wyposażony w wolne koło | TAK |
| 3 | Hamulec w pedale | TAK |
| 4 | Niska rama gwarantująca wygodne wsiadanie | TAK |
| 5 | Długość: 110 cm ±5 cm | TAK |
| 6 | Szerokość: 65 cm ± 2cm | TAK |
| 7 | Koła 12” | TAK |
| 8 | Maksymalne obciążenie: 40 kg | TAK |

1. **Koncentrator tlenu – 15 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Oszczędny, niski pobór mocy, prosta obsługa,  wysokie stężenie tlenu (93% ± 3%),- gwarancja koncentracji przez cały okres gwarancji bez limitu godzin pracy urządzenia.  Kontrola stężenia podczas wykonywania przeglądów okresowych.  Możliwość ustawienia przepływu tlenu w zakresie od  1/L min. do 5L/min.,  Wizualny i dźwiękowy alarm niskiego stężenia tlenu, dźwiękowy alarm braku zasilania, uszkodzenia sprężarki.  Możliwość łatwego przemieszczania dzięki wbudowanym kółeczkom, dzięki którym aparat może przemieszczać się po powierzchniach płaskich bez konieczności unoszenia sprzętu.  Dane techniczne:  Zasilanie: 220-240V prąd zmienny; 50 Hz;  Wydajność: przy stężeniu tlenu 3 l/min. 93% ± 3%.  Specyfikacja:  Średni pobór mocy-300 W  Stężenie tlenu\* (przy 5 l/min)- 93% ±3%  Natężenie przepływu-1-5 litry na minutę  Waga max.: 14 kg  Poziom hałasu: 42 dB ±1dB  Wymiary wys. 58 x szer. 38 x dł. 24 cm ±1cm | TAK |

1. **Podnośnik i pionizator w jednym – 4 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Urządzenie wspomagane siłownikiem elektryczny zasilanym z akumulatora | TAK |
| 2 | Umożliwiające podnoszenie i pionizację pacjenta poprzez zastosowanie różnych konfiguracji ramienia i pasów (nosidło w zestawie) | TAK |
| 3 | Podnoszenie z pozycji siedzącej i leżącej, oraz przenoszenie, wspomaganie przy czynnościach związanych z higieną osobistą | TAK |
| 4 | Łatwość zamiany ze standardowego na aktywny podnośnik i odwrotnie | TAK |
| 5 | Mechaniczne obniżanie awaryjne, przycisk bezpieczeństwa i dźwiękowa informacja o konieczności ładowania | TAK |
| 6 | Stabilna konstrukcja, dzięki podstawie z regulowanymi rolkami jezdnymi | TAK |
| 7 | Masa (bez wieszaka i uprzęży): <40 kg | TAK |
| 8 | Maksymalne obciążenie [min]: 150 kg | TAK |
| 9 | Prędkość podnoszenia przy pełnej baterii [max]: 80 s | TAK |
| 10 | Min. wysokość wysięgnika: 81 cm ±1 cm | TAK |
| 11 | Max. wysokość wysięgnika: 201 cm ±1 cm | TAK |
| 12 | Min. szerokość zewnętrzna: 64 cm ±1 cm | TAK |
| 13 | Max. szerokość wewnętrzna: 91 cm ±1 cm | TAK |
| 14 | Max. wysokość podstawy: 11 cm | TAK |
| 15 | Cztery koła skrętne, min. dwa z hamulcem | TAK |
| 16 | Min. średnica kół tylnych: 100 mm | TAK |
| 17 | Certyfikat CE | TAK |

1. **Inhalator – 30 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Inhalator tłokowy do aerozoterapii. Przystosowany do pracy ciągłej. Zgodny ze sprawdzoną technologią Dualspeed lub produkt równoważny | TAK |
| 2 | Średnie czas nebulizacji 2m l leku: 3 min. | TAK |
| 3 | Kompaktowa konstrukcja | TAK |
| 4 | Minimalna podawana objętość leku min. 2ml | TAK |
| 5 | Maksymalna podawana objętość leku – min. 8ml | TAK |
| 6 | Maksymalne ciśnienie operacyjne – min. 3,4 bar | TAK |
| 7 | Poziom hałasu: 55 dBA (±3 dBA) | TAK |
| 8 | Wyposażony w wygodny schowek na akcesoria | TAK |
| 9 | Wydajność prędkość przepływu: min. 13 l/min. | TAK |
| 10 | Masa < 2,5 kg | TAK |
| 11 | Certyfikat CE | TAK |

1. **Inhalator pneumatyczny – 1 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Profesjonalny inhalator pneumatyczny z wbudowanym modułem pulsacji aerozolu | TAK |
| 2 | Wydajność sprężarki: 15 l/min ±1l | TAK |
| 3 | Maksymalne ciśnienie: min. 3 bar | TAK |
| 4 | Średnia średnica cząstek dla głowicy RF6/RF4: 1,4 / 2,45 μm | TAK |
| 5 | Wydajność aerozolu dla RF6 / RF4: 0,48 ml/min | TAK |
| 6 | Programowanie czasu inhalacji: 1 ÷ 99 min | TAK |
| 7 | Poziom natężenia wibracji: 0 ÷ 120 dB | TAK |
| 8 | Częstotliwość wibracji: 100 ± 3Hz | TAK |
| 9 | Zasilanie: AC 230 V, 50 Hz | TAK |
| 10 | Maksymalny pobór mocy: 130 VA | TAK |
| 11 | Klasa ochronności: I | TAK |
| 12 | Wymiary (w cm): 34 x 23 x 13 (±1 cm) | TAK |
| 13 | Ciężar: <6,5 kg | TAK |
| 14 | Poziom mocy akustycznej: <70 dB(A) | TAK |
| 15 | Tryb pracy: praca ciągła | TAK |
| 16 | Certyfikat CE | TAK |

1. **Kula łokciowa dla dorosłych – 40 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Kula inwalidzka łokciowa | TAK |
| 2 | Trzon z anodyzowanego aluminium zakończony gumową nasadką | TAK |
| 3 | **Regulacja wysokości: 94 - 116 cm** | TAK |
| 4 | **Wysokość do uchwytu: 67 - 89 cm** | TAK |
| 5 | Waga: < 0,6 kg | TAK |
| 6 | Maksymalne obciążenie: 135 kg | TAK |

1. **Kula łokciowa dla dzieci komplet – 5 kpl.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Kula inwalidzka łokciowa dla dzieci | TAK |
| 2 | Trzon z anodyzowanego aluminium zakończony gumową nasadką | TAK |
| 3 | **Regulacja wysokości: 82 - 98 cm** | TAK |
| 4 | **Wysokość do uchwytu: 61 - 77 cm** | TAK |
| 5 | Waga: < 0,6 kg | TAK |
| 6 | Maksymalne obciążenie: 110 kg | TAK |
| 7 | W jednym komplecie 2 sztuki kul | TAK |

1. **Trójnóg inwalidzki – 40 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Podpórka na trzech nogach ułatwiająca poruszanie się | TAK |
| 2 | Aluminiowo-stalowy trzon | TAK |
| 3 | Podstawa z trzema punktami podparcia i gumowymi nasadkami | TAK |
| 4 | Miękki piankowy uchwyt | TAK |
| 5 | Wysokość regulowana w zakresie: 77-98 cm **±1 cm** | TAK |
| 6 | Maksymalne obciążenie: 100 kg | TAK |
| 7 | **Podstawa w kolorze czarnym: 24 cm x 29 cm ±1 cm** | TAK |
| 8 | Waga: <1 kg | TAK |

1. **Stabilizator kolana – 20 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Stabilizator szynowo - opaskowy mocowany na goleń i udo | TAK |
| 2 | Aluminiowe szyny z regulacją długości; | TAK |
| 3 | Zegar typy ROM z blokowanym systemem zębatkowym; | TAK |
| 4 | Cztery pasy obwodowe regulowane i zapinane na klamry i rzepy; | TAK |
| 5 | Silikonowe wkładki zapobiegają zsuwaniu się aparatu. | TAK |
| 6 | Uniwersalny rozmiar | TAK |
| 7 | Regulacja kąta zgięcia min.: 0° - 120° | TAK |
| 8 | Regulacja kąta wyprostu min.: -10° - 90° | TAK |
| 9 | Blokowanie pod kątem min.: 0°, 15°, 30° | TAK |
| 10 | Regulacja długości: 44 - 70 cm ±1cm | TAK |

1. **Stabilizator łokcia – 20 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Stabilizator stawu łokciowego z ujęciem ręki | TAK |
| 2 | Aluminiowa konstrukcja otoczony wewnątrz, jak i na zewnątrz wyściółką z bawełnianą oraz pianką polietylenową | TAK |
| 3 | Mocowany za pomocą pasków rzepowych | TAK |
| 4 | Występujący w różnych rozmiarach | TAK |
| 5 | **Regulacja w zakresie 90-100 stopni** | TAK |

1. **Stabilizator stawu barkowego – 20 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Kamizelka stabilizująca bark i ramię oraz łokieć w pozycji odciążeniowej | TAK |
| 2 | Anatomicznie wyprofilowany, mocowana za pomocą rzepów | TAK |
| 3 | Wykonany z lekkiej i przewiewnej tkaniny piankowej | TAK |
| 4 | Uniwersalne zastosowanie na prawą lub lewą stronę | TAK |
| 5 | Występujący w kilku rozmiarach dla obwodu tułowia 70-120 cm | TAK |

1. **Orteza stopy – 30 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Orteza stabilizująca staw skokowy w kierunkach bocznym i przyśrodkowym | TAK |
| 2 | Wyposażona w lekkie, oboczne wzmocnienia a także dodatkowe taśmy zabezpieczające i wzmacniające kostkę | TAK |
| 3 | Taśmy usztywniające kość skokową | TAK |

1. **Orteza palcowa w komplecie 2 sztuki – 30 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Orteza do usztywnienia stawu nadgarstkowego śródręcza i palców | TAK |
| 2 | Wymuszenie fizjologicznego ustawienia dłoni i palców w pozycji wyprostnej | TAK |
| 3 | Możliwość noszenia na prawej i lewej ręce | TAK |
| 4 | Możliwość dopasowanie mocnej szyny wzmacniającej od strony dłoni z nakładką na palce | TAK |
| 5 | Taśma rzepowa do unieruchomienia stawów międzypaliczkowych | TAK |
| 6 | Występująca w min. dwóch rozmiarach | TAK |

1. **Orteza ręki – 30 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | **Orteza stawu nadgarstkowego z ujęciem kciuka** | TAK |
| 2 | Stelaż wykonany z aluminiowych szyn stabilizujących staw nadgarstkowy od strony dłoniowej oraz kciuk od strony bocznej | TAK |
| 3 | Mocowanie poprzez rzep z wykorzystaniem obwodowych taśm dociągowych zapewnia ścisłe przyleganie stabilizatora | TAK |
| 4 | Wykorzystywana po urazach złamania kości nadgarstka i kciuka, skręceniach i zwichnięciach | TAK |
| 5 | Występująca w różnych rozmiarach | TAK |

1. **Orteza stawu kolanowego – 30 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Orteza stawu kolanowego wykonany z elastycznego materiału | TAK |
| 2 | Posiadająca otwór w części centralnej z miękkim pierścieniem pozycjonującym | TAK |
| 3 | Stabilizuje staw kolanowy w kierunku bocznym i przyśrodkowym | TAK |
| 4 | W komplecie kliny blokujące zakres ruchomości w zgięciu oraz wyproście | TAK |
| 5 | Pasy obwodowe zwiększające stabilność | TAK |
| 6 | **Zgięcie:** 0º, 30º, 45º, 60º, 75º, 90º | TAK |
| 7 | **Wyprost:** 0º, 20º, 30º, 40º | TAK |
| 8 | **Długość max.:**  30 cm | TAK |
| 9 | **Występująca w kilku rozmiarach** | TAK |

1. **Temblak – 20 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | **Temblak kończyny górnej** wykonany z przewiewnego materiału | TAK |
| 2 | Wyposażony w pas piersiowy regulowany za pomocą klamry i rzepa | TAK |
| 3 | Miękka materiał zabezpieczający szyję przed otarciami | TAK |
| 4 | **Występująca w kilku rozmiarach** | TAK |

**SPRZĘT PIELĘGNACYJNY**

1. **Materac przeciwodleżynowy piankowy + pokrowiec nieprzemakalny – 20 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Materac przeciwodleżynowy zapewniający szczególną ochronę okolic głowy, kręgosłupa i pięt | TAK |
| 2 | Trójstrefowa konstrukcja materaca obniżająca nacisk podłoża na tkankę miękką oraz doskonale stabilizuje pozycję ciała. | TAK |
| 3 | Unikalny medyczny profil poprawia cyrkulację powietrza utrzymując suchą skórę | TAK |
| 4 | Materac wykonany z najwyższej jakości nietoksycznej i antyalergicznej pianki poliuretanowe | TAK |
| 5 | Wymiary materaca: 200 x 90 x 10 cm **±1 cm** | TAK |
| 6 | Materac wyposażony w pokrowiec nieprzemakalny | TAK |

1. **Materac przeciwodleżynowy pneumatyczny – 20 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Materac przeciwodleżynowy rurowy dla osób z odleżynami do stopnia II | TAK |
| 2 | Min. wymiary materaca: 198 x 88 x 11 cm ±1 cm | TAK |
| 3 | Waga materaca: < 5 kg | TAK |
| 4 | 2 sekcje naprzemiennie napełniają się lub opróżniają powietrzem | TAK |
| 5 | Wskaźnik ciśnienia pozwala łatwo ustawić odpowiednie ciśnienie względem wagi ciała pacjenta | TAK |
| 6 | Wykonany z łatwego do czyszczenia materiału medycznego Nylon/PVC | TAK |
| 7 | Czas cyklu: 10-12 minut | TAK |
| 8 | Wydajność pompy min.: 5 l/min. | TAK |
| 9 | Waga pompy: 1,2 kg | TAK |
| 10 | Maksymalne bezpieczne obciążenie: 130 kg | TAK |
| 11 | Min. zakres ciśnienia: 50 - 100 mmHg | TAK |

1. **Poduszka przeciwodleżynowa pneumatyczna – 20 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | **Prostokątna poduszka przeciwodleżynowa** | TAK |
| 2 | Samopompujący system komór pneumatycznych; | TAK |
| 3 | Wykona z pianka z pamięcią kształtu; | TAK |
| 4 | Pokrowiec z tkaniny paroprzepuszczalej oraz antypoślizgowej; | TAK |
| 5 | Ergonomiczna i trwała, | TAK |
| 6 | Głębokość: 40 cm ±1 cm | TAK |
| 7 | Do wyboru szerokość w zakresie 41-48 cm | TAK |
| 8 | Maksymalne obciążenie: 150 kg | TAK |

1. **Kręgi przeciwodleżynowe – 20 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Okrągła **poduszka przeciwodleżynowa** | TAK |
| 2 | Pomoc w utrzymaniu prawidłowego krążenia krwi; | TAK |
| 3 | Zmniejszenie ryzyko powstania odleżyn; | TAK |
| 4 | Poprawa komfortu siedzenia; | TAK |
| 5 | Pomoc w zapewnieniu prawidłowej cyrkulacji powietrza, | TAK |
| 6 | **Maksymalne obciążenie: 120 kg** | TAK |
| 7 | W zestawie z pompką | TAK |
| 8 | Wysokość: 6 cm +/- 10 mm po napompowaniu | TAK |
| 9 | **Waga poduszki: <0,2 kg** | TAK |

1. **Szafka przyłóżkowa – 10 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Funkcjonalny stolik przyłóżkowy poprawiający znacząco komfort i jakość pielęgnacji w opiece długoterminowej. | TAK |
| 2 | Kolorystyka stolika – Buk | TAK |
| 3 | Wymiar stolika max.: 65,5 cm x 42 cm | TAK |
| 4 | Wymiar blatu min.: 60 cm x 40 cm | TAK |
| 5 | Zakres regulacji wysokości: Min 62cm - max 102cm | TAK |
| 6 | 4 koła o średnicy min. 40 mm w tym dwa z hamulcem | TAK |
| 7 | Min. 7 poziomów odchylenia blatów w zakresie 0° - 58° (±2°), | TAK |
| 8 | Blat wykończony listwą PVC o wymiarach 2mm x 22mm co zabezpiecza przed zsunięciem się przedmiotów. | TAK |

1. **Podnośnik wannowy – 15 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Podnośnik wspomagany siłownikiem elektrycznym do łatwego transportu i podnoszenia pacjentów | TAK |
| 2 | Konstrukcja umożliwia łatwe i szybkie składanie do transportu bez używania jakichkolwiek narzędzi | TAK |
| 3 | Rama jezdna wyposażony w kółka z blokadą, ruchoma i umożliwia płynną regulację rozstawu dla osiągnięcia maksymalnej stabilności. | TAK |
| 4 | Sterowanie za pomocą pilota | TAK |
| 5 | Urządzenie wyposażone w przycisk awaryjny | TAK |
| 6 | Konstrukcja podnośnika umożliwia podnoszenie pacjentów z łóżka, z wózka | TAK |
| 7 | Długość płozy: 111 cm ±2 cm | TAK |
| 8 | Regulowany rozstaw nóg podstawy za pomocą pedału nożnego w zakresie 47/83 cm ±2 cm (wymiar wewnętrzny) | TAK |
| 9 | Waga urządzenia: <38 kg | TAK |
| 10 | Waga pacjenta: 150 kg | TAK |
| 11 | Minimum jedno nosidło w zestawie – do wyboru rodzaj kąpielowy lub transportowy | TAK |
| 12 | Certyfikat CE | TAK |

1. **Podnośnik pacjenta – 20 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Podnośniki wspomagany siłownikiem elektrycznym do łatwego transportu i podnoszenia pacjentów | TAK |
| 2 | Konstrukcja stalowa malowana proszkowo | TAK |
| 3 | Masa całkowita wyrobu: <44 kg | TAK |
| 4 | Dopuszczalne obciążenie: 180 kg | TAK |
| 5 | Długość urządzenia 120-122 cm | TAK |
| 6 | Szerokość urządzenia (zakres): 56-88 cm ±1 cm | TAK |
| 7 | Wysokość urządzenia przy minimalnym wysięgu ramienia: 139 cm | TAK |
| 8 | Wysokość urządzenia przy maksymalnym wysięgu ramienia: 200 cm | TAK |
| 9 | Sterowanie pilotem | TAK |
| 10 | Minimum jedno nosidło w zestawie | TAK |
| 11 | Maksymalny czas ładowania akumulatora: 8 godzin | TAK |
| 12 | Konstrukcja stalowa malowana proszkowo | TAK |
| 13 | Certyfikat CE | TAK |

1. **Basen do mycia głowy w łóżku pompowany – 20 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Przenośny nadmuchiwany basen do mycia głowy z otworem odprowadzającym wodę wykonany z PCV. | TAK |
| 2 | Uchwyt na zbiornik oraz zbiornik | TAK |
| 3 | Pojemność basenu min. 10 l | TAK |
| 4 | Zbiornik na wodę 8 l | TAK |
| 5 | **Wymiary basenu:**65 x 50 x 25 cm ±2cm | TAK |

1. **Wanna do kąpieli w łóżku – 20 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Dmuchana wanna do kąpieli w łóżku | TAK |
| 2 | Wanna służy do ułożenia na łóżku wsuwając ją pod chorego w sposób zbliżony do zmiany prześcieradła. | TAK |
| 3 | Waga około 1 kg | TAK |
| 4 | Wymiary zewnętrzne (długość x szerokość x wysokość) 180cm x 80 cm x 17 cm ±2cm | TAK |
| 5 | Wyposażenie obowiązkowe:  zawór powietrzny wlot – wylot (wbudowany w wannę)  zawór i wąż do wypuszczania wody  zestaw naprawczy (łatka) | TAK |

1. **Krzesło toaletowe – 20 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Krzesło ułatwiające wykonywanie czynności fizjologicznych | TAK |
| 2 | Rama składana, stalowa – chromowana | TAK |
| 3 | Deska sanitarna z klapą; | TAK |
| 4 | Pojemnik sanitarny z pokrywką; | TAK |
| 5 | **Szerokość całkowita:** 53 cm ±1 cm | TAK |
| 6 | **Szerokość wewnętrzna:** 47 cm ±1 cm | TAK |
| 7 | **Głębokość całkowita: 53**cm ±1 cm | TAK |
| 8 | **Regulowana wysokość siedziska od podłoża: 44-53 cm** ±1 cm | TAK |
| 9 | **Regulowana wysokość całkowita od podłoża: 72-83** cm ±1 cm | TAK |
| 10 | Waga: 7 kg ±0,5 kg | TAK |
| 11 | Maksymalne obciążenie min.: 100 kg | TAK |
| 12 | Certyfikat CE | TAK |

1. **Siedzisko wannowe – 10 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | **Ławka z oparciem** ułatwia korzystanie z wanny podczas czynności higienicznych | TAK |
| 2 | Aluminiowa rama; | TAK |
| 3 | Oparcie; | TAK |
| 4 | Regulacja szerokości min. 10 cm; | TAK |
| 5 | Nasadki antypoślizgowe uniemożliwiające przesuwanie się ławki; | TAK |
| 6 | Wykonana z materiałów o podwyższonej wytrzymałości na wilgoć | TAK |
| 7 | Szerokość całkowita: 66-77 cm ±1 cm | TAK |
| 8 | Długość: min. 18 cm | TAK |
| 9 | Min. wymiary siedziska: 37 x 30 cm | TAK |
| 10 | Waga: <2 kg | TAK |
| 11 | Max. waga użytkownika: 125 kg | TAK |
| 12 | Certyfikat CE | TAK |

1. **Wózek toaletowo-prysznicowy – 20 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Wózek toaletowy na kółkach będący sprzętem pomocniczym dla osób, mających problemy z samodzielnym poruszaniem się | TAK |
| 2 | Rama stalowa malowana proszkowo | TAK |
| 3 | Miękkie, tapicerowane siedzisko | TAK |
| 4 | Pełniący funkcję transportową | TAK |
| 5 | 4 obrotowe koła – min. 2 z hamulcem | TAK |
| 6 | Możliwość najechania na sedes | TAK |
| 7 | Zdejmowany pojemnik sanitarny pod siedziskiem | TAK |
| 8 | Uchylne oraz zdejmowane podłokietniki | TAK |
| 9 | Szerokość całkowita max.: 55 cm | TAK |
| 10 | Głębokość całkowita max.: 87 cm | TAK |
| 11 | Wysokość siedziska/całkowita max: 57/95 cm | TAK |
| 12 | Wymiary siedziska min. 44x44 cm | TAK |
| 13 | Waga: <11 kg | TAK |
| 14 | Max. obciążenie: 100 kg | TAK |
| 15 | Certyfikat CE | TAK |

1. **Leżaczki dziecięce do kąpieli z platformą – 2 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | Stosowany bezpośrednio do wanny lub wanienki dziecięcej | TAK |
| 2 | Higieniczny, wykonany z odpornego na pleśń materiału | TAK |
| 3 | Szybko schnący, przyjemny w dotyku materiał | TAK |
| 4 | Anatomiczny kształt zapewnia komfort i bezpieczeństwo | TAK |
| 5 | Otwory umożliwiają mycie dziecka pod bieżąca wodą | TAK |
| 6 | Dwie bardzo mocne przyssawki mocujące | TAK |
| 7 | Łatwy do przechowywania, możliwość powieszenia go np. bezpośrednio nad wanną | TAK |
| 8 | Odpowiedni dla dzieci w wieku 0-6 miesiąca | TAK |

1. **Kołnierz ortopedyczny dla dorosłych – 10 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | **Dwuczęściowy kołnierz ortopedyczny typu PHILADELPHIA dla dorosłych dla obwodu 33-48 cm** | TAK |
| 2 | Wykonany z pianki polietylenowej wyprofilowanej anatomicznie z wzmocnieniami wykonanymi z PCV | TAK |
| 3 | Wyposażony w otwory zapewniające swobodny dostęp powietrza, przepuszczalny dla promieni RTG. | TAK |
| 4 | Zapinany i regulowany indywidualnie przy pomocy taśmy zapinanej na rzep | TAK |
| 5 | Dostępny w dwóch rozmiarach | TAK |

1. **Kołnierz ortopedyczny dziecięcy – 5 szt.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY** | Wymagane parametry |
| 1 | **Dwuczęściowy kołnierz ortopedyczny typu PHILADELPHIA dla dzieci dla obwodu 26-33 cm** | TAK |
| 2 | Wykonany z pianki polietylenowej wyprofilowanej anatomicznie z wzmocnieniami wykonanymi z PCV | TAK |
| 3 | Wyposażony w otwory zapewniające swobodny dostęp powietrza, przepuszczalny dla promieni RTG. | TAK |
| 4 | Zapinany i regulowany indywidualnie przy pomocy taśmy zapinanej na rzep | TAK |

**Załącznik C do Formularza Oferty**

# HARMONOGRAM DOSTAW

Dostawy będą realizowane w terminie maksymalnie do 4 tygodni od zawarcia Umowy.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Asortyment** | **Planowane dostawy**  **Ilość dni** |
|
| 1. | Sprzęt rehabilitacyjny |  |
| 2. | Sprzęt wspomagający |  |
| 3. | Sprzęt pielęgnacyjny |  |