

**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 pozycjileżącej 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 od1/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 WStężenie tlenu\* (przy 5 l/min)- 93% ±3%Natężenie przepływu-1-5 litry na minutęWaga max.: 14 kgPoziom hałasu: 42 dB ±1dBWymiary 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  |  |