**Załącznik nr: 1**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Przedmiotem zamówienia jest dostawa urządzeń i sprzętu rehabilitacyjnego przeznaczonego na wyposażenie**

**Dziennego Domu Opieki Medycznej (DDOM)**

**Zadanie nr: 1**

Kod CPV 33.19.22.00-4 Stoły medyczne

**Stół do masażu z regulacją wysokości– szt 2.**

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Parametry i warunki wymagane** | **Parametry oferowane****Opisać lub wpisać Tak/Nie** | **Parametry wymagane i oceniane** |
| **1** | **Stół do masażu z regulacją wysokości**1. Typ/nazwa 2. Fabrycznie nowy, rok produkcji (podać)3. Producent | ……………………………………………………………………………………………….………………………………………………. | **-** |
| 1) | Konstrukcja metalowa 3-częściowa - łamana (leżysko główne, część pod nogi, zagłówek z otworem na twarz), rama malowana proszkowo. |  | bez punktacji |
| 2) | -elektryczna regulacja wysokości w zakresie min. od 50 do 100 cm); -regulowany kąt zagłówka (ręcznie za pomocą sprężyny gazowej);-zmiany ustawień nożnej części leżyska do pozycji siedzącej; |  | bez punktacji |
| 2) | Leże tapicerowane bezszwowo, zmywalne, odporne na działanie środków dezynfekcyjnych, (kolor tapicerki do wyboru Zamawiającego)dł. w zakresie 190 -205 cmszer. w zakresie 65-70 cm |  | bez punktacji |
| 3) | Zagłówek z otworem na twarz ułatwiającym oddychanie |  | bez punktacji |
| 4) | Obciążenie min.130 kg | (*podać)* | ***za każde 10 kg więcej – 10 pkt*** |
| 2 | **Wyposażenie:** |  | bez punktacji |
| 1) | Uchwyt na rolkę podkładu jednorazowego |  | bez punktacji |
| 2) | Pilot ręczny |  | bez punktacji |
| 3) | Zaślepka do otworu na twarz, |  | bez punktacji |
| 4) | Podłokietniki boczne |  | bez punktacji |
| 5) | Półwałek rehabilitacyjny |  | bez punktacji |
| 6) | Centralny system jezdny z hamulcem  |  | bez punktacji |
| **2** | **Gwarancja**  | - | - |
| 1) | Gwarancja – min 12 miesięcy, max: 60 miesięcy | *podać* | ***parametr oceniany*** |
| **3** | **Inne wymagania** | ***-*** | ***-*** |
| 1) | Deklaracja zgodności oznaczona znakiem CE | *dostarczyć wraz z urządzeniem* | bez punktacji |
| 2) | Karta gwarancyjna | *dostarczyć wraz z urządzeniem* | bez punktacji |
| 3) | Prospekt, katalog potwierdzający oferowane parametry lub materiały informacyjne producenta | *dołączyć do oferty* | bez punktacji |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa/typ*** | ***Ilość*** ***szt/kpl*** | ***Cena netto*** ***w PLN*** | ***VAT*** ***%*** | ***Wartość VAT******W PLN*** | ***Wartość netto******W PLN*** | ***Wartość brutto******W PLN*** |
| **1** | **Stół do masażu****typ……………………….** | **2** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | ***Razem:*** |  |  |  |

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

 /Podpis i pieczęć wykonawcy /

**Zadanie nr:2**

CPV: 33158200-4 Urządzenia do elektroterapii

**Aparat do elektroterapii ze stolikiem – szt 2**

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Parametry i warunki wymagane** | **Parametry oferowane****Opisać lub wpisać Tak/Nie** | **Parametry wymagane i oceniane** |
| **I** | **Aparat do elektroterapii ze stolikiem** |  | - |
| 1 | 1. Typ/nazwa  2. Fabrycznie nowe, rok produkcji  3. Producent | ……………………………………………………………………………….………………………………………. | **-** |
| 2 | Dwuobwodowy elektrostymulator z możliwością współpracy z urządzeniami do terapii ultradźwiękami i terapii podciśnieniowej. Generujący prądy niskiej i średniej częstotliwości z możliwością indywidualnego ustawiania intensywności prądu na każdym obwodzie.  |  | bez punktacji |
| 3 | Duży czytelny wyświetlacz ciekłokrystaliczny z układem funkcji pozwalający na szybkie i proste wybieranie trybów pracy oraz parametrów aktualnie stosowanego rodzaju pracy. |  |  bez punktacji |
| 4 | Elektroterapia poprzez 13 różnych rodzajów prądów, w szczególności:1) diadynamiczne (MF,DF,CP,LP oraz programy łączone);2) IONO przeznaczony do jonoforezy;3) Traebert’a – impuls prostokątny;4) Faradyczny (stymulujący naprzemiennie dwie przeciwstawne grupy mięśniowe tzw. tonoliza);5) Impulsy trójkątne;6) Impulsy prostokątne;7) Prąd Kotz’a8) Prąd TENS;9) Dwupolowy premodulowany (prąd interferencyjny);10) Czteropolowy średniej częstotliwości Nemec’a;11) Stymulacja niską częstotliwością;12) Niskiej częstotliwości tzw. stymulacja urologiczna;13) Stymulacja wysokonapięciowa (HV). |  | bez punktacji |
| 5 | **Dwa niezależne kanały zabiegowe o regulowanym indywidualnie natężeniu prądu** |  | bez punktacji |
| 6 | Około 120 gotowych programów terapeutycznych, |  | bez punktacji |
| 7 | Automatyczne wyliczanie krzywej I/T |  | bez punktacji |
| 8 | Automatyczny dobór trybu stałe napięcie/natężenie (CC/CV) |  | bez punktacji |
| 9 | Możliwość ustawiania i zapisywania sekwencji kilku prądów (np. DF, CP, LP) |  | bez punktacji |
| 10 | Kartoteka pacjenta zawierająca dane osobowe, rodzaj schorzenia, skale bólu oraz spis zabiegów wykonanych pacjentowi |  | bez punktacji |
| 11 | Wprowadzanie własnych programów terapeutycznych |  | Tak- 10 pktNie- 0 pkt |
| 12 | Definiowalne programy "ulubione" |  | Tak- 10 pktNie- 0 pkt |
| 13 | Możliwość łączenia kilu programów w jeden ciąg |  | Tak- 10 pktNie- 0 pkt |
| 14 | Menu w języku polskim |  | bez punktacji |
| **II** | **Wyposażenie dodatkowe:**-Stolik pod aparat  |  | bez punktacji |
| **III** | **Gwarancja**  | - | - |
| 1 | Gwarancja – min 12 miesięcy, max: 60 miesięcy | (podać) | ***parametr oceniany*** |
| **IV** | **Serwis** | - | - |
| 1 | W okresie gwarancji przeglądy techniczne min.1 raz w roku.Zamawiający wymaga dokonania dodatkowego przeglądu technicznego w ostatnim miesiącu przed upływem terminu gwarancji potwierdzonego wpisem do paszportu urządzenia. |  | bez punktacji |
|  | Czas reakcji serwisu przyjęte zgłoszenie- podjęta naprawa (w dni robocze) max.48 godz. |  | bez punktacji |
|  | Czas usunięcia awarii ( w dni robocze)- max.7 dni |  | bez punktacji |
|  | Liczba dni przestoju przedłużająca termin gwarancji- max 7 |  | bez punktacji |
|  | Liczba napraw gwarancyjnych powodująca wymianę podzespołu na nowy – max.3 |  | bez punktacji |
|  | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie –min 3 miesiące |  | bez punktacji |
| **V** | **Inne wymagania** | - | - |
| 1 | Deklaracja zgodności oznaczona znakiem CE | *dostarczyć wraz z urządzeniem* | bez punktacji |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim oraz karta gwarancyjna | *dostarczyć wraz z urządzeniem* | bez punktacji |
| 3 | Prospekt urządzenia, katalog potwierdzający oferowane parametry lub materiały informacyjne producenta | *dołączyć do oferty* | bez punktacji |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa/typ*** | ***Ilość*** ***szt/ kpl*** | ***Cena netto*** ***w PLN*** | ***VAT*** ***%*** | ***Wartość VAT******W PLN*** | ***Wartość netto******W PLN*** | ***Wartość brutto******W PLN*** |
| 1 | **Aparat do elektroterapii****typ .………………………..** | **2** |  |  |  |  |  |
| 2 | **Wyposażenie dodatkowe****1) Stolik pod aparat** | **2** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Razem** |  |  |  |

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

 /Podpis i pieczęć wykonawcy /

###### Zadanie nr: 3

**Aparat do światłolecznictwa – kpl 1**

###### Kod CPV: 33158500-7 Przyrządy medyczne na podczerwień

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis parametru | Parametr wymaganyopisać lub wpisać TAK/NIE | Parametr oferowany i oceniany |
| 1 | **Aparat do światłolecznictwa** – lampa do naświetlania światłem podczerwonym typu sollux lub równoważna1. Typ/nazwa  2. Fabrycznie nowe, rok produkcji  3. Producent | ……………………………………………………………………………….………………………………………. | bez punktacji |
| 2 | Aparat wyposażony w mikroprocesorowy sterownik z zegarem zabiegowym i regulacją natężenia promieniowania.   |  | bez punktacji |
| 3 | Wyświetlacz cyfrowy pokazujący ustawione natężenie i czas pozostały do zakończenia zabiegu.  |  | bez punktacji |
| 4 | Możliwość ustawiania sekwencji jasność/czas w obrębie jednego zabiegu. |  | bez punktacji |
| 5 | Naświetlanie promieniami podczerwonymi w zakresie IR-A oraz IR-B. |  | bez punktacji |
| 6 | **Wyposażenie:**1. statyw z podstawą wyposażoną w kółka (1 szt)
2. przewód sieciowy (1 szt)
3. promiennik 375 W (1 szt)
4. filtr czerwony (1 szt)
5. filtr niebieski (1 szt)
6. okulary ochronne dla pacjenta (1 szt)
7. okulary ochronne dla terapeuty (1 szt)
 |  | bez punktacji |
| 7 | Gwarancja min.12 miesięcy, max.60 miesięcy | *( podać)* | *Parametr oceniany*  |
| V | Inne wymagania | - | *-* |
| 1 | Deklaracja zgodności oznaczona znakiem CE | *dostarczyć wraz z urządzeniem* | *bez punktacji* |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim oraz karta gwarancyjna | *dostarczyć wraz z urządzeniem* | *bez punktacji* |
| 3 | Prospekt urządzenia, katalog potwierdzający oferowane parametry lub materiały informacyjne producenta | *dołączyć do oferty* | *bez punktacji* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa/typ*** | ***Ilość*** ***szt/ kpl*** | ***Cena netto*** ***w PLN*** | ***VAT*** ***%*** | ***Wartość VAT******W PLN*** | ***Wartość netto******W PLN*** | ***Wartość brutto******W PLN*** |
| 1 | **Aparat do światłolecznictwa****typ .………………………..****z wyposażeniem** | **1 kpl** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Razem** |  |  |  |

……………………………….

/Podpis i pieczęć wykonawcy/

Zadanie nr:4

**Aparat do krioterapii – szt 1**

kod CPV: 33165000-4 Przyrządy do kriochirurgii i krioterapii

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis parametru | Parametr wymaganyopisać lub wpisać TAK/NIE | Parametr oceniany |
| 1 | **Aparat do krioterapii** przeznaczony do miejscowego nawiewu parami ciekłego azotu 1. Typ/nazwa  2. Fabrycznie nowe, rok produkcji  3. Producent | ……………………………………………………………………………………………..……………………………………………. | *bez punktacji* |
| 2 | Pojemność zbiornika – 50 litrów |  | *bez punktacji* |
| 3 | Czynnik chłodzący – ciekły azot |  | *bez punktacji* |
| 4 | Temperatura strumienia gazu od -150°C do -160°C |  | *bez punktacji* |
| 5 | Jednostka sterująca - kolorowy wyświetlacz LCD |  | *bez punktacji* |
| 6 | Regulacja stopnia intensywności nawiewu od 50% do 100% co 5% |  | *bez punktacji* |
| 7 | Max. zużycie ciekłego azotu na 1 zabieg średnio 3 min – 0,3 kg |  | *bez punktacji* |
| 8 | Max. ilość zabiegów z jednego pełnego zbiornika ok. 100 |  | *bez punktacji* |
| 9 | Wbudowana baza typowych zabiegów terapeutycznych |  | **Tak- 10 kpt****Nie – 0 pkt** |
| 10 | Dodatkowa butla na ciekły azot – 1 szt |  | *bez punktacji* |
| 10 | Gwarancja min.12 miesięcy, max.60 miesięcy | *(podać)* | ***Parametr oceniany***  |
| 11 | Inne wymagania | - | *-* |
| 1) | Deklaracja zgodności oznaczona znakiem CE | *dostarczyć wraz z urządzeniem* | *bez punktacji* |
| 2) | Instrukcja obsługi w języku polskim oraz karta gwarancyjna | *dostarczyć wraz z urządzeniem* | *bez punktacji* |
| 3) | Prospekt urządzenia, katalog potwierdzający oferowane parametry lub materiały informacyjne producenta | *dołączyć do oferty* | *bez punktacji* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa/typ*** | ***Ilość*** ***szt/ kpl*** | ***Cena netto*** ***w PLN*** | ***VAT*** ***%*** | ***Wartość VAT******W PLN*** | ***Wartość netto******W PLN*** | ***Wartość brutto******W PLN*** |
| 1 | **Aparat do krioterapii****typ .………………………..** | **1 kpl** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Razem** |  |  |  |

……………………………….

/Podpis i pieczęć wykonawcy/

###### Zadanie nr: 5

**Kabina UGUL z pełnym wyposażeniem- kpl 1**

###### Kod CPV: 33158400-6 Sprzęt do terapii mechanicznej

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis parametru | Parametr wymaganyopisać lub wpisać TAK/NIE | Parametr oferowany i oceniany |
| 1 | **UGUL – Uniwersalny Gabinet Usprawniania Leczniczego** – z pełnym wyposażeniem |  | *bez punktacji* |
| 2 | Rozmiar 200 x 200 x 200 cm ( ±5%) – 8 prostokątnych przęseł wypełnionych prętami stalowymi lakierowanymi proszkowo na kolor biały |  | *bez punktacji* |
|  | Przeznaczony do wykonywania ćwiczeń samowspomaganych, czynnych w odciążeniu, w odciążeniu z oporem, ćwiczeń czynnych z oporem z zastosowaniem systemów bloczkowo-ciężarkowych |  | *bez punktacji* |
| 6 | **Wyposażenie:**1) Ciężarek miękki: 0,5 kg – 2 szt 1,0 kg – 2 szt 1,5 kg – 2 szt 2,0 kg – 2 szt 2,5 kg – 2 szt 3,0 kg – 2 szt2) Linka: dł; 900- 120 cm – 6 szt dł: 160 cm – 8 sztdł: 225-250 cm – 1 sztdł:350-375 cm – 3 sztdł:550-572 cm – 1 szt3) Podwieszka:przedramienia i podudzi- 4 sztpodwieszka ud i ramion- 4 sztpodwieszka pod miednicę – 2 sztpodwieszka klatki piersiowej- 1 sztpodwieszka pod głowę – 1 sztpodwieszka stóp 4 sztpodwieszka dwustawowa (pelota i pas)- 4 szt4) Mankiet: nadgarstkowy – 1 szt nadkostkowy – 1 szt udowy – 1 szt4) Kamaszek skórzany do wyciągu – 1 szt5) Uniwersalny pas do wyciągu za miednicę—1 szt6) Esik – 30 szt5) Kozetka do UGULA – 1 szt  |  | *bez punktacji* |
| 7 | Gwarancja min.12 miesięcy, max.60 miesięcy | *(podać)* | *Parametr oceniany*  |
| 8 | Inne wymagania | - | *-* |
| 1) | Deklaracja zgodności oznaczona znakiem CE | *dostarczyć wraz z urządzeniem* | *bez punktacji* |
| 2) | Instrukcja obsługi w języku polskim oraz karta gwarancyjna | *dostarczyć wraz z urządzeniem* | *bez punktacji* |
| 3) | Prospekt, katalog potwierdzający oferowane parametry lub materiały informacyjne producenta | *dołączyć do oferty* | *bez punktacji* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa/typ*** | ***Ilość*** ***szt/ kpl*** | ***Cena netto*** ***w PLN*** | ***VAT*** ***%*** | ***Wartość VAT******W PLN*** | ***Wartość netto******W PLN*** | ***Wartość brutto******W PLN*** |
| 1 | **Kabina UGUL z pełnym wyposażeniem****typ .………………………..** | **1 kpl** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Razem** |  |  |  |

……………………………….

/Podpis i pieczęć wykonawcy/

Zadanie nr:6

**Aparat do pola elektromagnetycznego ( magnetoterapii) – szt 1**

kod CPV: 33158100-3 Urządzenia elektromagnetyczne

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis parametru | Parametr wymaganyopisać lub wpisać TAK/NIE | Parametr oferowany i oceniany |
| 1 | **Aparat do pola elektromagnetycznego (magnetoterapii)** przeznaczony do leczenia zmiennym polem magnetycznym małej częstotliwości.1. Typ/nazwa  2. Fabrycznie nowe, rok produkcji  3. Producent | …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | *bez punktacji* |
| 2 | Cztery niezależne od siebie kanały  |  | *bez punktacji* |
| 3 | Kolorowy dotykowy panel sterowania o przekątnej min.5,5ʺ |  | *bez punktacji* |
| 4 | Typy fal – min.8- sinusoidalny biopolarny;- sinusoidalny monopolarny;- sinusoidalny zmienny monopolarny;- trójkątny biopolarny;- trójkątny monopolarny;- trójkątny monopolarny zmienny;- prostokątny biopolarny;- prostokątny monopolarny |  | *bez punktacji* |
| 5 | Zegar zabiegowy 0-240 minut |  | *bez punktacji* |
| 6 | Częstotliwość 5-100 Hz |  | *bez punktacji* |
| 7 | Indukcja magnetyczna max. 300 Gauss |  | *bez punktacji* |
| 8 | Gotowe programy terapeutyczne min.50 |  | *bez punktacji* |
| 9 | Akustyczny sygnał koća zabiegu i automatyczne przerwanie emisji pola  |  | *bez punktacji* |
| 10 | Możliwość wprowadzenia własnych programów terapeutycznych |  | **Tak- 10 pkt****Nie – 0 pkt** |
| 11 | Możliwość podłączenia aplikatorów płaskich  |  | **Tak- 10 pkt****Nie – 0 pkt** |
| 12 | Możliwość tworzenia indywidualnej kartoteki pacjenta z opcją przypisywania do pacjenta programów zabiegowych |  | **Tak – 10 pkt****Nie – 0 pkt** |
| 13 | Wyposażenie dodatkowe:1) aplikator szpulowy 600- 610 mm2) aplikator szpulowy 300 mm3) leżanka z systemem przesuwnym do aplikatora z poz.1)4) półka pod aparat mocowana do leżanki5) stolik pod aplikatory |  | *bez punktacji* |
| 14 | Gwarancja min.12 miesięcy, max.60 miesięcy | *(podać)* | ***Parametr oceniany***  |
| 15 | Inne wymagania | - | *-* |
| 1) | Deklaracja zgodności oznaczona znakiem CE | *dostarczyć wraz z urządzeniem* | *bez punktacji* |
| 2) | Instrukcja obsługi w języku polskim oraz karta gwarancyjna | *dostarczyć wraz z urządzeniem* | *bez punktacji* |
| 3) | Prospekt urządzenia, katalog potwierdzający oferowane parametry lub materiały informacyjne producenta | *dołączyć do oferty* | *bez punktacji* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa/typ*** | ***Ilość*** ***szt/ kpl*** | ***Cena netto*** ***w PLN*** | ***VAT*** ***%*** | ***Wartość VAT******W PLN*** | ***Wartość netto******W PLN*** | ***Wartość brutto******W PLN*** |
| 1 | **Aparat do pola elektromagnetycznego z wyposażeniem****typ .………………………..** | **1 kpl** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Razem** |  |  |  |

……………………………….

/Podpis i pieczęć wykonawcy/

**Zadanie nr:7**

CPV: 33154000-4 Urządzenia do mechanoterapii

**Ergometr z oprogramowaniem i wyposażeniem – szt 2**

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Parametry i warunki wymagane** | **Parametry oferowane****Opisać lub wpisać Tak/Nie** | **Parametry wymagane i oceniane** |
| **I** | **Ergometr cyklocentryczny kończyn górnych i dolnych** |  | - |
| 1 | 1. Typ/nazwa  2. Fabrycznie nowe, rok produkcji  3. Producent | ……………………………………………………………………………….………………………………………. | *bez punktacji* |
| 2 | Możliwość wykonywania izolowanych ćwiczeń tylko kończyn górnych, tylko kończyn dolnych lub jednocześnie kończyn górnych i dolnych w dwóch kierunkach (w przód i tył) |  | *bez punktacji* |
| 3 | Siedzisko z podparciem odcinka lędźwiowego |  |  *bez punktacji* |
| 4 | Możliwość demontażu siedziska |  | *bez punktacji* |
| 5 | System hamowania - elektromagnetyczny |  | *bez punktacji* |
| 6 | Duży czytelny ekran do obsługi urządzenia |  | *bez punktacji* |
| 7 | Urządzenie bezprzewodowe – samoładujący się akumulator |  | *bez punktacji* |
| 8 | Opór regulowany w zakresie 6- 1000 W |  | *bez punktacji* |
| 9 | Min.100 poziomów oporu regulowanych w zakresie co 0,1 stopnia odpowiednio dla każdego poziomu wytrenowania |  | **≤ 100 – 0 pkt****za każde 10 programów więcej – 5 pkt** |
| 10 | Możliwość jazdy w obu kierunkach |  | *bez punktacji* |
| 11 | Pomiar:- tętna- czasu- ilości obrotów- kalorii,- dystansu-poziomu obciążenia- wykonanej pracy |  | *bez punktacji* |
| 12 | Możliwość ustalenia obciążenia zależnie lub niezależnie od prędkości pedałowania |  | **Tak – 10 pkt** **Nie – 0 pkt** |
| 13 | Programy treningowe:- program manualny - automatyczne dostosowanie stopnia obciążenia celem utrzymania tętna na zaprogramowanym poziomie- praca ze stałym obciążeniem niezależnie od prędkości-praca ze stał prędkością- min. 6 profili treningowych z min. 20 stopniami intensywności |  | *bez punktacji* |
| 14 | Obciążenie min.180 kg |  | *bez punktacji* |
| **III** | **Gwarancja**  | - | - |
| 1 | Gwarancja – min 12 miesięcy, max: 60 miesięcy | (*podać)* | *parametr oceniany* |
| **IV** | **Serwis** | - | - |
| 1 | W okresie gwarancji przeglądy techniczne min.1 raz w roku.Zamawiający wymaga dokonania dodatkowego przeglądu technicznego w ostatnim miesiącu przed upływem terminu gwarancji potwierdzonego wpisem do paszportu urządzenia. |  | *bez punktacji* |
| 2 | Czas reakcji serwisu przyjęte zgłoszenie- podjęta naprawa (w dni robocze) max.48 godz. |  | *bez punktacji* |
| 3 | Czas usunięcia awarii ( w dni robocze)- max.7 dni |  | *bez punktacji* |
| 4 | Liczba dni przestoju przedłużająca termin gwarancji- max 7 |  | *bez punktacji* |
| 5 | Liczba napraw gwarancyjnych powodująca wymianę podzespołu na nowy – max.3 |  | *bez punktacji* |
| 6 | Okres gwarancji dla nowo zainstalowanych elementów po naprawie –min 3 miesiące |  | *bez punktacji* |
| **V** | **Inne wymagania** | - | - |
| 1 | Deklaracja zgodności oznaczona znakiem CE | *dostarczyć wraz z urządzeniem* | *bez punktacji* |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim oraz karta gwarancyjna | *dostarczyć wraz z urządzeniem* | *bez punktacji* |
| 3 | Prospekt urządzenia, katalog potwierdzający oferowane parametry lub materiały informacyjne producenta | *dołączyć do oferty* | *bez punktacji* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa/typ*** | ***Ilość*** ***szt/ kpl*** | ***Cena netto*** ***w PLN*** | ***VAT*** ***%*** | ***Wartość VAT******W PLN*** | ***Wartość netto******W PLN*** | ***Wartość brutto******W PLN*** |
| 1 | **Ergometr z oprogramowaniem i wyposażeniem****typ .………………………..** | **2** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Razem** |  |  |  |

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

 /Podpis i pieczęć wykonawcy /

**Zadanie nr:8**

CPV: 33158400-6 Sprzęt do terapii mechanicznej

**Wielofunkcyjny stół do terapii manualnej kończyn górnych – szt 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Parametry i warunki wymagane** | **Parametry oferowane****Opisać lub wpisać Tak/Nie** | **Parametry wymagane i oceniane** |
| **I** | **Wielofunkcyjny stół do terapii manualnej kończyn górnych** |  | - |
| 1 | 1. Typ/nazwa  2. Fabrycznie nowe, rok produkcji  3. Producent | ……………………………………………………………………………….………………………………………. | *bez punktacji* |
| 2 | Urządzenie interaktywne z dużym białym stołem o wymiarach przystosowanych do obrazu wyświetlanego przez projektor |  | *bez punktacji* |
| 3 | Zestaw zawierający:- stół terapeutyczny – 1 szt;- stół biały blat ( duży rozmiar ok. 140 x 180 cm) – 1 szt  |  |  *bez punktacji* |
|  | Możliwość podłączenia do internetu |  | **Tak- 10 pkt**Nie - 0 pkt |
|  | Możliwość podłączenia zewnętrznych głośników |  | **Tak- 10 pkt**Nie - 0 pkt |
|  | Rodzaje ćwiczeń ( gier):1) akwarium2) Piłki3) Łąka4) Biedronki5) Bańki6) Koła dynamiczne7) Koła statyczne 8) Litery  |  | *bez punktacji* |
| **III** | **Gwarancja**  | - | - |
| 1 | Gwarancja – min 12 miesięcy, max: 60 miesięcy | *(podać)* | ***parametr oceniany*** |
| **V** | **Inne wymagania** | - | - |
| 1 | Deklaracja zgodności oznaczona znakiem CE | *dostarczyć wraz z urządzeniem* | bez punktacji |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim oraz karta gwarancyjna | *dostarczyć wraz z urządzeniem* | bez punktacji |
| 3 | Prospekt urządzenia, katalog potwierdzający oferowane parametry lub materiały informacyjne producenta | *dołączyć do oferty* | bez punktacji |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa/typ*** | ***Ilość*** ***szt/ kpl*** | ***Cena netto*** ***w PLN*** | ***VAT*** ***%*** | ***Wartość VAT******W PLN*** | ***Wartość netto******W PLN*** | ***Wartość brutto******W PLN*** |
| 1 | **Wielofunkcyjny stół do terapii manualnej kończyn górnych** **typ .………………………..** | **1** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Razem** |  |  |  |

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

 /Podpis i pieczęć wykonawcy /

**Zadanie nr:9**

CPV: 37421000-5 Maty gimnastyczne

**Materac – mata gimnastyczna składana, drabinka gimnastyczna**

**Materac – mata gimnastyczna składana- szt 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Parametry i warunki wymagane** | **Parametry oferowane****Opisać lub wpisać Tak/Nie** | **Parametry wymagane i oceniane** |
| **I** | **Materac – mata gimnastyczna składana – 3 częściowa**  |  | - |
| 1 | 1. Typ/nazwa  2. Fabrycznie nowe, rok produkcji  3. Producent | ……………………………………………………………………………….………………………………………. | **-** |
| 2 | Pokrycie materaca – materiał PCV, łatwo zmywalny, odporny na przetarcia ( kolor do wyboru Zamawiającego) |  | *bez punktacji* |
| 3 | Rozmiar 195-200 x 100 x 5 cm |  |  *bez punktacji* |
| 4 | Wypełnienie materaca – pianka poliuretanowa, wysoko elastyczna |  | *bez punktacji* |
| 5 | Wzmocnione naroża |  | *bez punktacji* |
| 6 | Pokrowiec zamykany na zamek błyskawiczny  |  | *bez punktacji* |
| **II** | **Gwarancja**  | - | - |
| 1 | Gwarancja – min 12 miesięcy, max: 60 miesięcy | *(podać)* | ***parametr oceniany*** |
| **III** | **Inne wymagania** | - | - |
| 1 | Deklaracja zgodności oznaczona znakiem CE | *dostarczyć wraz z urządzeniem* | *bez punktacji* |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim ( jeżeli dotyczy) oraz karta gwarancyjna | *dostarczyć wraz z urządzeniem* | *bez punktacji* |
| 3 | Prospekt, katalog potwierdzający oferowane parametry lub materiały informacyjne producenta | *dołączyć do oferty* | *bez punktacji* |

CPV: 37420000-8 Sprzęt gimnastyczny

**Drabinka gimnastyczna podwójna przyścienna – szt 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Parametry i warunki wymagane** | **Parametry oferowane****Opisać lub wpisać Tak/Nie** | **Parametry wymagane i oceniane** |
| **I** | **Drabinka gimnastyczna podwójna przyścienna** |  | - |
| 1 | 1. Typ/nazwa  2. Fabrycznie nowe, rok produkcji  3. Producent | ……………………………………………………………………………….………………………………………. | **-** |
| 2 | Drabinka gimnastyczna przeznaczona do ćwiczeń ogólnousprawniających mocowana bezpośrednio do ściany |  | *bez punktacji* |
| 3 | Rozmiar 250 x 180 cm (± 10 cm) |  |  *bez punktacji* |
| 4 | Boki drabinki i szczeble – wykonane z drewna  |  | *bez punktacji* |
| 5 | Wytrzymałość min. 150 kg |  | *bez punktacji* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa/typ*** | ***Ilość*** ***szt/ kpl*** | ***Cena netto*** ***w PLN*** | ***VAT*** ***%*** | ***Wartość VAT******W PLN*** | ***Wartość netto******W PLN*** | ***Wartość brutto******W PLN*** |
| 1 | **Materac – mata gimnastyczna składana** **typ .………………………..** | **2** |  |  |  |  |  |
| 2 | **Drabinka gimnastyczna podwójna przyścienna****typ .………………………..** | 1 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Razem** |  |  |  |

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

 /Podpis i pieczęć wykonawcy /

**Zadanie nr:10**

CPV: 33193120-6 Wózki inwalidzkie

33196200-2 Sprzęt dla osób niepełnosprawnych

**Wózki inwalidzkie siedzące, balkoniki, chodziki**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Parametry i warunki wymagane** | **Parametry oferowane****Opisać lub wpisać Tak/Nie** | **Parametry wymagane i oceniane** |
| **I** | **Wózek inwalidzki składany krzyżakowo - szt 5** |  | - |
| 1 | 1. Typ/nazwa  2. Fabrycznie nowe, rok produkcji  3. Producent | ……………………………………………………………………………….………………………………………. | **-** |
| 2 | Konstrukcja ramy stalowa, składana |  | *bez punktacji* |
| 3 | Tapicerka zmywalna |  |  *bez punktacji* |
| 4 | Ogumienie pełne (niebrudzące posadzki) |  | *bez punktacji* |
| 5 | Bok skośny odchylany i zdejmowany |  | *bez punktacji* |
| 6 |  Uchylne i demontowalne podnóżki |  | *bez punktacji* |
| II | **Balkonik czterokołowy do nauki chodzenia** – **szt 5** |  | - |
| 1 | 1. Typ/nazwa  2. Fabrycznie nowe, rok produkcji  3. Producent |  | - |
| 2 | Balkonik czterokołowy, składany  |  | *bez punktacji* |
| 3 | Konstrukcja metalowa, duży rozmiar kół, uchwyty ergonomiczne, regulacja wysokości rączek |  | *bez punktacji* |
| 4 | Wyposażenie:- półka do siedzenia- oparcie pleców- uchwyt na kule |  | *bez punktacji* |
| III | **Chodzik- szt 5** |  | - |
| 1 | 1. Typ/nazwa  2. Fabrycznie nowy, rok produkcji  3. Producent |  | - |
| 2 | Chodzik stały z 4 kółkami, na tylnych kółkach hamulce |  | *bez punktacji* |
| 3 | Konstrukcja ramy aluminiowa, składana o wysokości min. 800 mm |  | *bez punktacji* |
| 4 | Możliwość regulacji wysokości |  | *bez punktacji* |
| **IV** | **Gwarancja**  | - | - |
| 1 | Gwarancja – min 12 miesięcy, max: 60 miesięcy | (*podać)* | ***parametr oceniany*** |
| **V** | **Inne wymagania** | - | - |
| 1 | Deklaracja zgodności oznaczona znakiem CE | *dostarczyć wraz z urządzeniem* | bez punktacji |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim (jeżeli dotyczy) oraz karta gwarancyjna | *dostarczyć wraz z urządzeniem* | bez punktacji |
| 3 | Prospekt, katalog potwierdzający oferowane parametry lub materiały informacyjne producenta | *dołączyć do oferty* | bez punktacji |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa/typ*** | ***Ilość*** ***szt/ kpl*** | ***Cena netto*** ***w PLN*** | ***VAT*** ***%*** | ***Wartość VAT******W PLN*** | ***Wartość netto******W PLN*** | ***Wartość brutto******W PLN*** |
| 1 | **Wózek inwalidzki siedzący****typ .………………………..** | **5** |  |  |  |  |  |
|  | **Balkonik czterokołowy do nauki chodzenia****typ………………………………………** | **5** |  |  |  |  |  |
|  | **Chodzik****typ………………………………………..** | **5** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Razem** |  |  |  |

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

 /Podpis i pieczęć wykonawcy /

**Zadanie nr:11**

CPV: 33196200-2 Sprzęt dla osób niepełnosprawnych

**Laski, kule łokciowe, podkładka obrotowa na podłogę**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Parametry i warunki wymagane** | **Parametry oferowane****Opisać lub wpisać Tak/Nie** | **Parametry wymagane i oceniane** |
| **I** | Laski- 10 szt |  | - |
| 1 | 1. Typ/nazwa  2. Fabrycznie nowe, rok produkcji  3. Producent | ……………………………………………………………………………….………………………………………. | **-** |
| 2 | Laski aluminiowe składane z 4 części |  | *bez punktacji* |
| 3 | Regulowana wysokość w zakresie min. 820 -920 mm  |  |  *bez punktacji* |
| 4 | Rękojeść wykonana z pcv dopasowana do obu dłoni |  | *bez punktacji* |
| 5 | Wyposażona w gumową nasadkę antypoślizgową |  | *bez punktacji* |
| II | Kule łokciowe– 20 szt |  | - |
| 1 | 1. Typ/nazwa  2. Fabrycznie nowe, rok produkcji  3. Producent | …………………………………….……………………………………..…………………………………….. | - |
| 2 | Kula łokciowa z ergonomicznym uchwytem do prawej lub lewej dłoni wykonana z aluminium |  | *bez punktacji* |
| 3 | Regulacja wysokości w zakresie min. 720-960 mm |  | *bez punktacji* |
| 4 | Podpórka odchylana z otwarciem przednim |  | *bez punktacji* |
| 5 | Nasadka/ stopka wzmocniona |  | *bez punktacji* |
| III | **Podkładka obrotowa na podłogę– szt 2** |  | - |
| 1 | 1. Typ/nazwa  2. Fabrycznie nowa, rok produkcji  3. Producent | ………………………………………..…………………………………………………………………………………… | - |
| 2 | Podkładka obrotowa – transfer umożliwiający rotację pacjenta o 360°  |  | *bez punktacji* |
| 3 | Średnica krążka min.310 mm |  | *bez punktacji* |
| 4 | Waga ok.1 kg |  | *bez punktacji* |
| IV | Czasomierz medyczny – zegar zabiegowy (minutnik) |  |  |
| 1. | Minutnik mechaniczny odmierzający czas w zakresie od 60 do 0 minut, o upływie zadanego czasu - sygnał dźwiękowy. |  | *bez punktacji* |
| **V** | **Gwarancja**  | - | - |
| 1 | Gwarancja – min 12 miesięcy, max: 60 miesięcy | *(podać)* | ***parametr oceniany*** |
| **V** | **Inne wymagania** | - | - |
| 1 | Deklaracja zgodności oznaczona znakiem CE | *dostarczyć wraz z urządzeniem* | bez punktacji |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim (jeżeli dotyczy) oraz karta gwarancyjna | *dostarczyć wraz z urządzeniem* | bez punktacji |
| 3 | Prospekt, katalog potwierdzający oferowane parametry lub materiały informacyjne producenta | *dołączyć do oferty* | bez punktacji |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa/typ*** | ***Ilość*** ***szt/ kpl*** | ***Cena netto*** ***w PLN*** | ***VAT*** ***%*** | ***Wartość VAT******W PLN*** | ***Wartość netto******W PLN*** | ***Wartość brutto******W PLN*** |
| 1 | **Laski****typ .………………………..** | **10** |  |  |  |  |  |
| 2 | **Kule łokciowe z regulacją wysokości****typ………………………………………** | **20** |  |  |  |  |  |
| 3 | **Podkładka obrotowa na podłogę****typ………………………………………..** | **2** |  |  |  |  |  |
| 4 | **Czasomierz medyczny** – zegar zabiegowy (minutnik) | 5 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Razem** |  |  |  |

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

 /Podpis i pieczęć wykonawcy /

**Zadanie nr:12**

**Piłki, laski do ćwiczeń platforma stabilizująca.**

33196200-2 Sprzęt dla osób niepełnosprawnych

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Parametry i warunki wymagane** | **Parametry oferowane****Opisać lub wpisać Tak/Nie** | **Parametry wymagane i oceniane** |
| **I** | Laski do ćwiczeń - 10 szt |  | - |
| 1 | 1. Typ/nazwa  2. Fabrycznie nowe, rok produkcji  3. Producent | ……………………………………………………………………………….………………………………………. | **-** |
| 2 | Laska wykonana z plastiku |  | *bez punktacji* |
| 3 | Rozmiar: - wysokość- 100 cm- średnica – 25 mm  |  |  *bez punktacji* |
| II | Piłki rehabilitacyjne – 4 szt |  | - |
| 1 | 1. Typ/nazwa  2. Fabrycznie nowe, rok produkcji  3. Producent | …………………………………………….…………………………………………….…………………………………………… | - |
| 2 | Piłka rehabilitacyjna posiadająca chropowatą powierzchnię antypoślizgową oraz system zabezpieczający przed nagłym pęknięciem  |  | *bez punktacji* |
| 3 | Rozmiar :- 55 cm – 1 szt- 45 cm – 1 szt- fasolka/orzeszek – 50 cm – 1 szt- dysk do ćwiczeń 35-40 cm- 1 szt |  | *bez punktacji* |
| III | Platforma stabilizująca– szt 1  |  | - |
| 1 | 1. Typ/nazwa  2. Fabrycznie nowa, rok produkcji  3. Producent | …………………………………………………..…………………………………………………..………………………………………………….. | - |
| 2 | Przeznaczona do oceny parametrów statycznych i dynamicznych związanych z utrzymaniem równowagi na stabilnym podłożu |  | *bez punktacji* |
| 3 | Możliwość dostosowania trudności ćwiczenia do możliwości pacjenta |  | *bez punktacji* |
| 4 | Oprogramowanie zintegrowane z kartoteką pacjenta |  | *bez punktacji* |
| 5 | Wyposażenie:1) podest z poręczą2) stacja zarządzania z komputerem typu notebok3) stacja z telewizorem 4) statyw z kamera5)Oprogramowanie w języku polskim |  | *bez punktacji* |
| IV | Gwarancja  | - | - |
| 1 | Gwarancja – min 12 miesięcy, max: 60 miesięcy | *(podać)* | ***parametr oceniany*** |
| V | Inne wymagania | - | - |
| 1 | Deklaracja zgodności oznaczona znakiem CE | *dostarczyć wraz z urządzeniem* | *bez punktacji* |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim (jeżeli dotyczy) oraz karta gwarancyjna | *dostarczyć wraz z urządzeniem* | *bez punktacji* |
| 3 | Prospekt, katalog potwierdzający oferowane parametry lub materiały informacyjne producenta | *dołączyć do oferty* | *bez punktacji* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa/typ*** | ***Ilość*** ***szt/ kpl*** | ***Cena netto*** ***w PLN*** | ***VAT*** ***%*** | ***Wartość VAT******W PLN*** | ***Wartość netto******W PLN*** | ***Wartość brutto******W PLN*** |
| 1 | **Laski do ćwiczeń****typ .………………………..** | **10** |  |  |  |  |  |
|  | **Piłki rehabilitacyjne****typ………………………………………** | **4** |  |  |  |  |  |
|  | **Platforma stabilizująca****typ………………………………………..** | **1** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Razem** |  |  |  |

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

 /Podpis i pieczęć wykonawcy /