

Część nr 1

Opis parametrów technicznych stołu do masażu i rehabilitacji

Pełna nazwa

Rok produkcji - typ. Kraj

Producent/firma -

Zapis w kolumnie 3 „TAK” należy traktować jako wymóg graniczny, którego niespełnienie będzie skutkowało odrzuceniem oferty, jako niezgodnej ze SIWZ (art. 89 ust. 1 pkt. 2 Ustawy Prawo Zamówień Publicznych). Wymogiem granicznym w kolumnie 3 jest również podana wartość, która określa wymagany dopuszczalny zakres danego parametru. Niespełnienie tego warunku również będzie miało skutek jak wyżej.

Lp.	Opis parametru	Wartość graniczna / wymagana	Oferowany parametr należy szczegółowo opisać
1	2	3	4
1.	Stół fabrycznie nowy	TAK	
2.	Rok produkcji z roku dostawy	TAK	
3.	Trzyczęściowy stół do masażu i rehabilitacji	TAK	
4.	Regulowany zagłówek sprężyną gazową w zakresie min. – 70 ⁰ do + 40 ⁰	TAK	
5.	Otwór na twarz w zagłówku z zaślepką w zestawie	TAK	
6.	Elektryczna regulacja wysokości w zakresie min. 40 cm	TAK	
7.	Stabilna rama malowana proszkowa.	TAK	
8.	Elektrycznie sterowana funkcja Pivota	TAK	
9.	Możliwość przypięcia pasów do stabilizacji – uchwyty po bokach stołu	TAK	
10.	Cztery unoszone kółka transportowe ułatwiające transport i cztery stopy ułatwiające stabilizację stołu	TAK	
11.	Tapicerka niepalna , odporna na środki do dezynfekcji (kolor do uzgodnienia po wyborze oferty)	TAK	
12.	Siłownik do regulacji wysokości o sile min. 8000 N	TAK	
13.	Możliwość ustawienia stołu do pozycji siedzącej	TAK	
14.	Antypoślizgowe stopki z regulacją do poziomowania stołu	Tak min. 1 cm	
15.	Obciążenie statyczne stołu min. 200 kg	TAK	
16.	System zabezpieczający przed niepożądaną zmianą ustawień stołu wyposażony w klucze dostępu	TAK	
17.	Centralny mechanizm blokowania i stabilizacji stołu.	TAK	
18.	Sterownik elektroniczny	TAK	

Niniejszym oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu, do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.

Niniejszym oświadczamy, że skonfigurowany wg powyższej specyfikacji sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.

.....

(miejscowość i data)

.....

(pieczętka i podpis osoby upoważnionej

do reprezentowania Wykonawcy)

Opis parametrów technicznych rotora elektrycznego do aktywnej i biernej rehabilitacji kończyn

Pełna nazwa aparatu

Rok produkcji - **typ.** **Kraj**

Producent/firma -

Zapis w kolumnie 3 „TAK” należy traktować jako wymóg graniczny, którego niespełnienie będzie skutkowało odrzuceniem oferty, jako niezgodnej ze SIWZ (art. 89 ust. 1 pkt. 2 Ustawy Prawo Zamówień Publicznych). Wymogiem granicznym w kolumnie 3 jest również podana wartość, która określa wymagany dopuszczalny zakres danego parametru. Niespełnienie tego warunku również będzie miało skutek jak wyżej.

LP.	Opis parametru	Wartość graniczna / wymagana	Oferowany parametr należy szczegółowo opisać
1	2	3	4
1.	Rotor kończyn górnych i dolnych przenośny	TAK	
2.	Duży kolorowy wyświetlacz (panel dotykowy);	TAK	
3.	Analiza 10 ostatnich przeprowadzonych treningów;	TAK	
4.	Gotowe protokoły treningowe	TAK	
5.	Bezpieczne zapięcia stóp z paskami rzepowymi	TAK	
6.	Regulowane pedały w zakresie promienia ruchu (regulacja bez użycia narzędzi)	TAK	
7.	Regulacja wysokości (regulacja bez użycia narzędzi)	TAK	
8.	Automatyczna kontrola spastyczności	TAK	
9.	Wbudowane programy do walki ze spastycznością	TAK	
10.	Automatyczna zmiana kierunku ruchu (ustawiana indywidualnie)	TAK	
11.	Gumowane kółka transportowe	TAK	
12.	Możliwość jednoczesnej rehabilitacji kończyn dolnych i kończyn górnych	TAK	

Niniejszym oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu, do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.

Niniejszym oświadczamy, że skonfigurowany wg powyższej specyfikacji sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczętka i podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

Opis parametrów technicznych mobilnego krzesła do higieny

Pełna nazwa aparatu

Rok produkcji - **typ.** **Kraj**

Producent/firma -

Zapis w kolumnie 3 „TAK” należy traktować jako wymóg graniczny, którego niespełnienie będzie skutkowało odrzuceniem oferty, jako niezgodnej ze SIWZ (art. 89 ust. 1 pkt. 2 Ustawy Prawo Zamówień Publicznych). Wymogiem granicznym w kolumnie 3 jest również podana wartość, która określa wymagany dopuszczalny zakres danego parametru. Niespełnienie tego warunku również będzie miało skutek jak wyżej.

LP.	Opis parametru	Wartość graniczna / wymagana	Oferowany parametr należy szczegółowo opisać
1	2	3	4
1.	Mobilne krzesło do higieny z regulacją pozycji pełniące formę pomocniczą w transporcie oraz w przeprowadzaniu zabiegów higieniczno-toaletowych w opiece instytucjonalnej osób starszych wyposażone w dwa siłowniki elektryczne	TAK	
2.	Zasilanie 24 V z akumulatora. W zestawie ładowarka do akumulatora	TAK	
3.	Sygnalizacja rozładowania akumulatora na pilocie	TAK	
4.	Minimalne obciążenie 150 kg	TAK	
5.	Podpory pod nogi	TAK	
6.	Elektryczne siłowniki wysokości i pozycji pacjenta		
7.	Możliwość transportu osób z z niedowładem kończyn dolnych lub osób z innym rodzajem niesprawności	TAK	
8.	Elektryczna regulacja wysokości min. 57 do 90 cm oraz ułożenia pacjenta	TAK	
9.	Zabezpieczenie przed zalaniem wodą	TAK	
10.	Regulacja pozycji Mohican	TAK	
11.	Zakres pochylenia siedziska min. +7/-30 stopni	TAK	
12.	Regulacja wysokości i pozycji pacjenta za pomocą pilota ręcznego	TAK	
13.	Rama górna wyposażona w uchwyty ułatwiające transport pacjenta	TAK	
14.	Krzesło obszyte materiałem odpornym na środki dezynfekcyjne oraz wodę	TAK	
15.	Siedzisko wykonane z pianki PU wyposażone w szczelinę ułatwiającą mycie pacjenta	TAK	
16.	Cztery kółka z niezależnymi blokadami	TAK	
17.	Zagłówek	TAK	

Niniejszym oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu, do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.

Niniejszym oświadczamy, że skonfigurowany wg powyższej specyfikacji sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.

.....

(miejscowość i data)

.....

(pieczęć i podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

Opis parametrów technicznych stołu do pionizacji

Pełna nazwa aparatu

Rok produkcji - typ. Kraj

Producent/firma -

Zapis w kolumnie 3 „TAK” należy traktować jako wymóg graniczny, którego niespełnienie będzie skutkowało odrzuceniem oferty, jako niezgodnej ze SIWZ (art. 89 ust. 1 pkt. 2 Ustawy Prawo Zamówień Publicznych). Wymogiem granicznym w kolumnie 3 jest również podana wartość, która określa wymagany dopuszczalny zakres danego parametru. Niespełnienie tego warunku również będzie miało skutek jak wyżej.

LP.	Opis parametru	Wartość graniczna / wymagana	Oferowany parametr należy szczegółowo opisać
1	2	3	4
1.	Dwusekcyjny stół do pionizacji	TAK	
2.	Dwa niezależnie regulowane podnóżki	TAK	
3.	Elektryczna regulacja kąta nachylenia i wysokości stołu za pomocą pilota	TAK	
4.	Regulacja kąta pionizacji min. od 0 do 87 ⁰	TAK	
5.	Regulacja wysokości min od 55 do 100 cm	TAK	
6.	Obciążenie stołu w trybie pionizacji min 150 kg	TAK	
7.	System regulacji wyposażony w klucz do autoryzacji dostępu	TAK	
8.	Zestaw pasów umożliwiających komfortowe zabezpieczenie pacjenta podczas pionizacji przypinany do relingów z boku stołu	TAK	
9.	System jezdny składający się z czterech kół kierunkowych z indywidualnym systemem blokowania	TAK	
10.	Rama stalowa malowana proszkowo	TAK	
11.	Dwuwarstwowa tapicerka wykonana z materiałów odpornych na środki dezynfekcyjne (kolor do uzgodnienia po wyborze oferty)	TAK	
12.	Regulowany zagłówek	TAK	

Niniejszym oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu, do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.

Niniejszym oświadczamy, że skonfigurowany wg powyższej specyfikacji sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.

.....

(miejscowość i data)

.....

(pieczęć i podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

Opis parametrów technicznych stołu do terapii ręki

Pełna nazwa

Rok produkcji - typ. Kraj

Producent/firma -

Zapis w kolumnie 3 „TAK” należy traktować jako wymóg graniczny, którego niespełnienie będzie skutkowało odrzuceniem oferty, jako niezgodnej ze SIWZ (art. 89 ust. 1 pkt. 2 Ustawy Prawo Zamówień Publicznych). Wymogiem granicznym w kolumnie 3 jest również podana wartość, która określa wymagany dopuszczalny zakres danego parametru. Niespełnienie tego warunku również będzie miało skutek jak wyżej.

LP.	Opis parametru	Wartość graniczna / wymagana	Oferowany parametr należy szczegółowo opisać
1	2	3	4
1.	Stół w zestawie z wózkiem jezdnym z trzema rozkładanymi blatami	TAK	
2.	Tablice terapeutyczne: <ul style="list-style-type: none"> – tablica z metalową płytą z gwintowanymi otworami różnych rozmiarów do wkręcania śrub imbusowych i krzyżakowych, – tablica do wykonywania ruchów po wyznaczonej trasie. Wykonana ze sklejki z wyfrezowanym rowkiem umożliwiającym przesuwanie w nim przedmiotu. – tablica z metalowymi uchwytami do ćwiczeń palców. Uchwyty osadzone na drewnianej płycie. – tablica z zestawem do funkcjonalnej rehabilitacji ręki. Zestaw umożliwiający ćwiczenie sznurowania i zapinania klamer. 	TAK	
3.	Minimum 3 szuflady umożliwiające przechowywanie tablic terapeutycznych	TAK	
4.	Regulacja kąta nachylenia minimum jednego stanowiska roboczego	TAK	
5.	Maksymalne wymiary wózka. Długość - 115 cm Szerokość - 80 cm Wysokość – 105 cm	TAK	

Niniejszym oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu, do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.

Niniejszym oświadczamy, że skonfigurowany wg powyższej specyfikacji sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczętka i podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

Opis parametrów technicznych urządzenia do ćwiczeń w odciążeniu

Pełna nazwa

Rok produkcji - **typ**. **Kraj**

Producent/firma -

Zapis w kolumnie 3 „TAK” należy traktować jako wymóg graniczny, którego niespełnienie będzie skutkowało odrzuceniem oferty, jako niezgodnej ze SIWZ (art. 89 ust. 1 pkt. 2 Ustawy Prawo Zamówień Publicznych). Wymogiem granicznym w kolumnie 3 jest również podana wartość, która określa wymagany dopuszczalny zakres danego parametru. Niespełnienie tego warunku również będzie miało skutek jak wyżej.

LP.	Opis parametru	Wartość graniczna / wymagana	Oferowany parametr należy szczegółowo opisać
1	2	3	4
1.	Urządzenie przeznaczone do odciążania pacjenta podczas ćwiczeń związanych z reedukacją chodu.	TAK	
2.	Regulacja wysokości systemu za pomocą siłownika elektrycznego zasilanego z akumulator	TAK	
3.	Akumulatory ładowane z gniazda 230 V	TAK	
4.	Podwieszenie dwupunktowe umożliwiające korektę ustawienia miednicy oraz pochylenia przód/tył tułowia za pomocą min 4 pasów	TAK	
5.	Podstawa wyposażona w 4 kółka z hamulcami w tym dwa blokowane całkowicie hamulcami dwa blokowane kierunkowo	TAK	
6.	Odciążanie pacjenta w trybie statycznym lub dynamicznym.	TAK	
7.	Dobór wielkości odciążenia (do min 40% wagi pacjenta)	TAK	
8.	Możliwość wykonania treningu chodu przodem, bokiem i tyłem . Konstrukcja podstawy ułatwiająca zmianę kierunku chodu. Koła kierunkowe mają umożliwiać poruszanie się Bez konieczności odpinania uprząży od systemu.	TAK	
9.	Uniwersalna kamizelka/ uprząż z możliwością dopasowania do pacjentów o różnej budowie ciała.	TAK	
10.	Elektroniczny moduł pomiarowy pozwalający na monitorowanie poziomu odciążenia lewej i prawej strony ciała, całkowitego odciążenia oraz feedback wzrokowy dla pacjenta	TAK	
11.	Możliwość podwieszenia pacjenta o wzroście do 220 cm i wadze min 135 kg	TAK	
12.	Maksymalne dopuszczalne odciążenie pacjenta : minimum 135 kg	TAK	
13.	Możliwość ćwiczenia chodu na bieżni. Konstrukcja zapewniająca swobodny dostęp do panelu sterującego bieżnią	TAK	
14.	Regulowane uchwyty z możliwością zmiany kąta ustawienia	TAK	
15.	Możliwość przejechania przez drzwi o wymiarach w świetle otworu: wysokość 190 cm szer. 90 cm	TAK	

16.	System odciążenia umożliwiający przemieszczenie środka ciężkości o min 5 cm	TAK	
-----	---	-----	--

Niniejszym oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu, do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.

Niniejszym oświadczamy, że skonfigurowany wg powyższej specyfikacji sprzęt jest kompletny i po instalacji będzie gotowy do pracy bez dodatkowych zakupów, z zastrzeżeniem materiałów eksploatacyjnych.

.....

(miejscowość i data)

.....

(pieczęć i podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania Wykonawcy)

