**Załącznik nr 2/6**

**Dostawa sprzętu medycznego do SPZZOZ w Wyszkowie i NZOZ POZ w Rząśniku**

**nr procedury: DEZ/Z/341/ZP- 35/2018**

**Pakiet nr 6:** sprzęt medyczny dla potrzeb poszczególnych komórek organizacyjnych w tym:

**Zakładu Rehabilitacji** **(ul. KEN 1)** zawierający:

* Dynamiczna platforma balansowa w ilości 1 sztuki,
* Stół do masażu w ilości 1 sztuki,
* Cykloergometr w ilości 1 sztuki,
* Laser w ilości 1 sztuki,
* Urządzenie do aktywnej terapii ręki w ilości 1 sztuki,

**Zakładu Rehabilitacji (ul. 1 maja)** zawierający:

* Aparat do elektroterapii w ilości 1 sztuki,
* Aparat do krioterapii w ilości 1 sztuki,
* Lampa Solux w ilości 1 sztuki,

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA.**

**Dynamiczna platforma balansowa w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. | Interaktywne ćwiczenie można wykonywać zarówno z użyciem kamery internetowej 2D jak i kamery 3D. | | TAK | | |  |
| 2. | Zawiera następujące grupy ćwiczeń: oddechowe i mimiczne, na kończyny górne i tułów, procesów poznawczych, manualne, terapia lustrzana. | | TAK | | |  |
| 3. | Zawiera automatyczną kalibrację - moduł ustawiania użytkowników we właściwym miejscu przed ćwiczeniem, automatyczne dopasowanie do wzrostu użytkowników oraz do osób ćwiczących w pozycji stojącej i siedzącej, korekcję postawy. | | TAK | | |  |
| 4. | Zawiera możliwość ćwiczenia w pozycji stojącej i siedzącej. | | TAK | | |  |
| 5. | W każdym interaktywnym ćwiczeniu osoba ćwicząca widzi na monitorze swoje rzeczywiste odbicie lustrzane. | | TAK | | |  |
| 6. | Zawiera możliwość zapisywania dowolnej liczby użytkowników i prezentacji rezultatów z ich sesji ćwiczeniowych na wykresach. | | TAK | | |  |
| 7. | Zawiera możliwość tworzenia i zapisywania dedykowanych sesji ćwiczeń dla każdego użytkownika osobno. Zaplanowana sesja ma zdefiniowane ćwiczenia, parametry - poziom trudności, czas ćwiczenia, wymagany zakres ruchów (możliwość ustawiania różnych zakresów ruchu dla lewej i prawej strony). | | TAK | | |  |
| 8. | Zawiera możliwość dostosowania parametrów ćwiczeń do możliwości użytkownika. | | TAK | | |  |
| 9. | Zawiera wbudowane w program instrukcje multimedialne oraz tekstowe do wszystkich ćwiczeń. | | TAK | | |  |
| 10. | Zawiera wbudowane w program filmy instruktażowe z osobą wyjaśniającą przebieg każdego ćwiczenia. | | TAK | | |  |
| 11. | Zawiera możliwość uruchomienia ćwiczeń w środowisku Android. | | TAK | | |  |
| 12. | Produkt rozbudowany o moduł ćwiczeń na kontrolę równowagi zawierający bezprzewodową platformę posturograficzną oraz składaną barierkę asekuracyjną. | | TAK | | |  |
| 13. | Licencja na oprogramowanie jest bezterminowa | | TAK | | |  |
| 14. | Zawiera komputer o minimalnych parametrach: procesor o mocy zbliżonej do: i 7 - 6500U, pamięć RAM min. 8 GB rozłożona na 2 kości , Windows 10 , min. 1xUSB 3.0, grafika o wydajności równej lub wyższej: AMd Radeon R5M330) | | TAK, podać | | |  |
| 15. | Zawiera kamerę 3D z możliwością podłączenia do komputera (konwerter USB). | | TAK | | |  |
| 16. | Zawiera monitor min. 40 cali, FullHD, stojak zajmujący nie więcej niż 1m2 +/- 0,25 m2. | | TAK, podać | | |  |
| 17. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | TAK | | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | |
| 1. | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | | Tak |  | |
| 2. | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | | Tak |  | |
| 3. | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | | Tak  Podać- ***kryterium*** |  | |
| 4. | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | | TAK Podać |  | |
| 5. | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | | TAK |  | |
| 6. | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  | |
| 7. | | Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji. | | Min 2 |  | |
| 8. | | Serwis autoryzowany | | TAK |  | |
| 9. | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | | Tak, podać |  | |
| 10. | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | | TAK, podać |  | |
| 11. | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | | Tak |  | |
| 12. | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  | |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**Stół do masażu w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1 | Stół do masażu 5- cio segmentowy. | | TAK | | |  |
| 2 | Elektryczna zmiana wysokości leżyska. | | TAK | | |  |
| 3 | Otwór w zagłówku. | | TAK | | |  |
| 4 | Regulowany zagłówek za pomocą sprężyny gazowej. | | TAK | | |  |
| 5 | Wąski zagłówek wyposażony w podłokietniki. | | TAK | | |  |
| 6 | Regulacja wysokości za pomocą pilota ręcznego 45 – 95 cm +/- 2 cm. | | Tak, podać | | |  |
| 7 | Regulacja wysokości za pomocą ramy sterującej 45 – 95 cm +/- 2 cm. | | Tak, podać | | |  |
| 8 | Długość – 195 cm +/- 2 cm. | | Tak, podać | | |  |
| 9 | Szerokość – 68 cm +/- 2 cm. | | Tak, podać | | |  |
| 10 | Regulacja podnóżka do pozycji Fotela za pomocą sprężyny gazowej 0-85 º +/- 2 º. | | Tak, podać | | |  |
| 11 | Regulacja pochylenia zagłówka za pomocą sprężyny gazowej -80/+45 º +/- 2 %. | | Tak, podać | | |  |
| 12 | Zagłówek z okrągłą zatyczką i poduszką oraz komplet klinów do masażu. | | TAK | | |  |
| 13 | Wieszak na ręcznik. | | TAK | | |  |
| 14 | Układ jezdny z hamulcem. | | TAK | | |  |
| 15 | Udźwig min. 200 kg. | | Tak, podać | | |  |
| 16 | Waga stołu max. 55 kg +/- 2 kg. | | Tak, podać | | |  |
| 17 | Podstawa malowana z profili stalowych malowanych proszkowo. | | TAK | | |  |
| 18 | Możliwość wyboru kolorystyki . | | TAK | | |  |
| 19 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | TAK | | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | |
| 1. | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | | Tak |  | |
| 2. | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | | Tak |  | |
| 3. | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | | Tak  Podać- ***kryterium*** |  | |
| 4. | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | | TAK Podać |  | |
| 5. | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | | TAK |  | |
| 6. | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  | |
| 7. | | Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji. | | Min 2 |  | |
| 8. | | Serwis autoryzowany | | TAK |  | |
| 9. | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | | Tak, podać |  | |
| 10. | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | | TAK, podać |  | |
| 11. | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | | Tak |  | |
| 12. | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  | |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**Cykloergometr w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. | Moc max . 400 W +/- 5 W | | TAK, podać | | |  |
| 2. | Przełożenie 1:10. | | TAK | | |  |
| 3. | Indukcyjny system hamowania. | | TAK | | |  |
| 4. | Zakres obciążenia w trybie automatycznym: 25 – 400 W. | | TAK | | |  |
| 5. | Zakres obciążenia w trybie ręczny: 20 poziomów +/- 2 poziomy. | | TAK | | |  |
| 6. | Waga koła zamachowego max. 8 kg +/- 0,5 kg. | | TAK | | |  |
| 7. | Dostępne programy treningowe z profilami – min. 6. | | TAK | | |  |
| 8. | Dostępne cele treningowe: czas, dystans, kalorie/dżule. | | TAK | | |  |
| 9. | Wskazanie aktualnej mocy. | | TAK | | |  |
| 10. | Dostosowanie poziomu hamowanie do poziomu tętna. | | TAK | | |  |
| 11. | Wyświetlane wartości: czas, prędkość, dystans, kadencja w obr/min, częstotliwość uderzeń serca, zużycie energii. | | TAK | | |  |
| 12. | Wyświetlacz LCD o wymiarach: 117 x 86 mm +/- 3 mm. | | TAK, podać | | |  |
| 13. | Regulacja kąta nachylenie– optymalna widoczność niezależnie od wzrostu. | | TAK | | |  |
| 14. | Wymiary po rozłożeniu: dł/wys./szer w cm: 119 x 55 x 137 +/- 5 mm. | | TAK, podać | | |  |
| 15. | Zasilanie: 230V. | | TAK | | |  |
| 16. | Maksymalna waga użytkownika: 150 kg. | | TAK | | |  |
| 17. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | TAK | | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | |
| 1. | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | | Tak |  | |
| 2. | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | | Tak |  | |
| 3. | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | | Tak  Podać- ***kryterium*** |  | |
| 4. | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | | TAK Podać |  | |
| 5. | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | | TAK |  | |
| 6. | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  | |
| 7. | | Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji. | | Min 2 |  | |
| 8. | | Serwis autoryzowany | | TAK |  | |
| 9. | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | | Tak, podać |  | |
| 10. | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | | TAK, podać |  | |
| 11. | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | | TAK |  | |
| 12. | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  | |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**Laser w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. | Możliwość wykonywania 2 zabiegów jednocześnie. | | TAK | |  |
| 2. | Kolorowy, dużych rozmiarów (4,3”) ekran graficzny z panelem dotykowym +/- 0,5”. | | TAK, podać | |  |
| 3. | Wygodny panel zapisu programów własnych – klawiatura ekranowa. | | TAK | |  |
| 4. | Przyjazna obsługa przyciskami oraz ekranem dotykowym. | | TAK | |  |
| 5. | Ponad 130 programów gotowych +/- 5 programów. | | TAK, podać | |  |
| 6. | Funkcja sterowania pracą wentylatora, minimalizująca hałas i zużycie energii. | | TAK | |  |
| 7. | Licznik czasu i ilości zabiegów (do oceny stanu zużycia diod i obciążenia aparatu). | | TAK | |  |
| 8. | Możliwość doboru kolorystyki obudowy. | | TAK | |  |
| 9. | Może być używany jako aparat przenośny. | | TAK | |  |
| 10. | Możliwość wykonywania 2 zabiegów jednocześnie. | | TAK | |  |
| 12. | Wygodny panel zapisu programów własnych – klawiatura ekranowa. | | TAK | |  |
| 13. | Przyjazna obsługa przyciskami oraz ekranem dotykowym. | | TAK | |  |
| 15. | Funkcja sterowania pracą wentylatora, minimalizująca hałas i zużycie energii. | | TAK | |  |
| 16. | Licznik czasu i ilości zabiegów (do oceny stanu zużycia diod i obciążenia aparatu). | | TAK | |  |
| 17. | 3 długości fali świetlnej: światło czerwone, podczerwone, głęboka podczerwień. | | TAK | |  |
| 18. | 6 rodzajów sond laserowych do wyboru, w tym 3 sondy prysznicowe. | | TAK | |  |
| 19. | Laserowa sonda impulsowa (impuls 50W). | | TAK | |  |
| 20. | Funkcja powtórzeń dawki laserowej. | | TAK | |  |
| 21. | Łagodna regulacja wypełnienia w kroku 1mW. Nie dopuszcza się regulacji w %. | | TAK | |  |
| 23. | Łagodna regulacja częstotliwości (krok 20Hz) i czasu (krok 1s). | | TAK | |  |
| 24. | Tryb pracy ciągły lub impulsowy. | | TAK | |  |
| 25. | Możliwość pracy sondami o świetle czerwonym i podczerwonym. | | TAK | |  |
| 27. | Możliwość pracy sondą wielodiodową („prysznicową”) jednocześnie w zakresie światła czerwonego i podczerwonego. | | TAK | |  |
| 28. | Automatyczne wzajemne przeliczanie zależnych parametrów zabiegowych. | | TAK | |  |
| 29. | Funkcja pomiaru mocy sondy lasera. | | TAK | |  |
| 30. | Funkcja ustawiania powtórzeń emisji dawki energii. | | TAK | |  |
| 31. | Możliwość podłączenia dwóch sond jednocześnie. | | TAK | |  |
| 32. | Regulacja mocy średniej w całym zakresie co 1mW. | | TAK | |  |
| 33. | Regulacja czasu: zmiana co 1 s. | | TAK | |  |
| 34. | Regulacja dawki: zmiana co 0,1 J. | | TAK | |  |
| 35. | Regulacja częstotliwości: zmiana co 1Hz. | | TAK | |  |
| 36. | Możliwość pracy sondami o świetle czerwonym i podczerwonym. | | TAK | |  |
| 37. | Możliwość pracy sondą impulsową o długości fali świetlnej ponad 900nm (moc impulsu min.50W). | | TAK | |  |
| 38. | Możliwość pracy sondą wielodiodową („prysznicową”) jednocześnie w zakresie światła czerwonego i podczerwonego. | | TAK | |  |
| 39. | Automatyczne wzajemne przeliczanie zależnych parametrów zabiegowych. | | TAK | |  |
| 40. | Funkcja pomiaru mocy sondy lasera. | | TAK | |  |
| 41. | Funkcja ustawiania powtórzeń emisji dawki energii. | | TAK | |  |
| 42. | Dedykowana sonda 400mW / 808nm  (praca ciągła i impulsowa z regulacją mocy). | | TAK | |  |
| 43. | Okulary do laseroterapii dla pacjenta i terapeuty. | | TAK | |  |
| 44. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | TAK | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | |
| 1. | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | | Tak |  |
| 2. | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | | Tak |  |
| 3. | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | | Tak  Podać- ***kryterium*** |  |
| 4. | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | | TAK Podać |  |
| 5. | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | | TAK |  |
| 6. | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  |
| 7. | | Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji. | | Min 2 |  |
| 8. | | Serwis autoryzowany | | TAK |  |
| 9. | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | | Tak, podać |  |
| 10. | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | | TAK, podać |  |
| 11. | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | | Tak |  |
| 12. | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa | | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**Urządzenie do aktywnej terapii ręki w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. | Urządzenie do jednostronnej i dwustronnej rehabilitacji kończyny górnej. | | TAK | | |  |
| 2. | Możliwość treningu ramienia objętego dysfunkcją, przy wsparciu zdrowej kończyny. | | TAK | | |  |
| 3. | Oprogramowanie wykorzystujące rzeczywistość wirtualną opartą na czynnościach i zadaniach życia codziennego. | | TAK | | |  |
| 4. | Możliwość monitoringu progresu pacjenta. | | TAK | | |  |
| 5. | Możliwość dostosowania trudności zadań ruchowych. | | TAK | | |  |
| 6. | Możliwość prowadzenia treningu dwustronnego. | | TAK | | |  |
| 7. | ramiona współpracujące ze sobą, aby uzyskać wymagane wsparcie lub opór podczas ruchu. | | TAK | | |  |
| 8. | Synchronizacja obu ramion pozwalająca na rozwój koordynacji obu kończyn. | | TAK | | |  |
| 9. | Trening zawierający elementy aktywności życia codziennego. | | TAK | | |  |
| 10. | Możliwość prowadzenia treningu jednostronnego. | | TAK | | |  |
| 11. | Ćwiczenia mogą być wykonywane ze zminimalizowaniem oddziaływania siły grawitacji na kończynę uszkodzoną. | | TAK | | |  |
| 12. | Pomiar zakresu ruchomości dla aktywnego i pasywnego ramienia. | | TAK | | |  |
| 13. | Możliwość prowadzenia terapii nadgarstka z wykorzystaniem podparcia sferycznego. | | TAK | | |  |
| 14. | Trening zawierający elementy aktywności życia codziennego. | | TAK | | |  |
| 15. | Ruchy w każdym stawie mogą być dostosowywane indywidualnie. | | TAK | | |  |
| 16. | Produkt zawiera podstawę podpierającą kończyny wykorzystywaną w terapii dwukończynowej. | | TAK | | |  |
| 17. | Sensor w postaci kuli z wbudowanym czujnikiem siły oraz czujnikami położenia. | | TAK | | |  |
| 18. | Na wyposażeniu systemu dodatkowe czujniki położenia i ruchu mocowane na ramieniu i przedramieniu za pomocą opasek rzepowych. | | TAK | | |  |
| 19. | Oprogramowanie w języku polskim. | | TAK | | |  |
| 20. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | TAK | | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | |
| 1. | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | | Tak |  | |
| 2. | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | | Tak |  | |
| 3. | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji. | | Tak  Podać- ***kryterium*** |  | |
| 4. | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | | TAK Podać |  | |
| 5. | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | | TAK |  | |
| 6. | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  | |
| 7. | | Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji. | | Min 2 |  | |
| 8. | | Serwis autoryzowany. | | TAK |  | |
| 9. | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | | Tak, podać |  | |
| 10. | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | | TAK, podać |  | |
| 11. | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | | Tak |  | |
| 12. | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa . | | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  | |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**Aparat do elektroterapii w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. | Dwa obwody zabiegowe z niezależną regulacją natężenia prądu. | | TAK | |  |
| 2. | Możliwość wykonywania zabiegów prądami interferencyjnymi 2 i 4 elektrodowymi. | | TAK | |  |
| 3. | Możliwość wykonywania zabiegów prądami diadynamicznymi typu MF, DF, CP, LP, CPiso, LPiso, RS, MM z możliwością ustawiania sekwencji. | | TAK | |  |
| 4. | Możliwość wykonywania zabiegów prądami impulsowymi średniej częstotliwości o kształcie trójkąta, sinusoidy, trapezu i prostokąta. | | TAK | |  |
| 5. | Możliwość wykonywania zabiegów dwukanałowej stymulacji porażeń spastycznych (tonoliza). | | TAK | |  |
| 6. | Możliwość wykonywania zabiegów prądami TENS i TENS BURST z opcją modulacji drażniącej. | | TAK | |  |
| 7. | Możliwość wykonywania zabiegów prądem Träberta (Ultra Reiz) . | | TAK | |  |
| 8. | Możliwość wykonywania zabiegów prądem HV (wysokonapięciowym). | | TAK | |  |
| 9. | Możliwość wykonywania zabiegów prądem Kotza. | | TAK | |  |
| 10. | Możliwość wykonywania zabiegów prądem faradycznym i neofaradycznym. | | TAK | |  |
| 11. | Możliwość wykonywania zabiegów prądem galwanicznym. | | TAK | |  |
| 12. | Możliwość wykonywania zabiegów elektrogimnastyki – cyklicznie przerywane aplikowanie różnych prądów z regulacją czasu trwania impulsów i czasu przerwy oraz kształtu obwiedni. | | TAK | |  |
| 13. | Funkcja elektrodiagnostyki. | | TAK | |  |
| 14. | Funkcja łagodnego narastania i opadania natężenia prądu. | | TAK | |  |
| 15. | Funkcja ochrony pacjenta przy zaniku zasilania. | | TAK | |  |
| 16. | Czas pracy ciągłej 24h. | | TAK | |  |
| 17. | Programy gotowe: min.100 pozycji +/- 5 pozycji. | | TAK | |  |
| 18. | Możliwość zapisania przez obsługę własnych parametrów zabiegu. | | TAK | |  |
| 19. | Licznik czasu i liczby zabiegów. | | TAK | |  |
| 20. | Możliwość indywidualnej regulacji parametrów zabiegów. | | TAK | |  |
| 21. | Dużych rozmiarów ekran ciekłokrystaliczny. | | TAK | |  |
| 22. | Dedykowana torba transportowa na aparat z akcesoriami. | | TAK | |  |
| 23. | Duży wybór prądów (w tym tonoliza, IF 4-elektrodowe, pełen zakres diadynamicznych, impulsowe - 4 rodzaje). | | TAK | |  |
| 24. | Ustawianie fali (elektrogimnastyka) | | TAK | |  |
| 25. | Funkcja modulacji drażniącej (stochastyczna zmiana, aby utrzymać skuteczność przy długim czasie terapii). | | TAK | |  |
| 26. | Łagodne zatrzymanie i przywracanie prądu. | | TAK | |  |
| 27. | Wybór prądów (w tym tonoliza, IF 4-elektrodowe, pełen zakres diadynamicznych, impulsowe - 4 rodzaje). | | TAK | |  |
| 28. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | TAK | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | |
| 1. | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | | Tak |  |
| 2. | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | | Tak |  |
| 3. | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji. | | Tak  Podać- ***kryterium*** |  |
| 4. | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | | TAK Podać |  |
| 5. | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | | TAK |  |
| 6. | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  |
| 7. | | Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji. | | Min 2 |  |
| 8. | | Serwis autoryzowany. | | TAK |  |
| 9. | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | | Tak, podać |  |
| 10. | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | | TAK, podać |  |
| 11. | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | | Tak |  |
| 12. | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa . | | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**Aparat do krioterapii w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. | Czynni chłodzący: LN2 (ciekły azot). | | TAK | | |  |
| 2. | Temperatura zimnego strumienia do -170 º C. | | TAK | | |  |
| 3. | Zasilanie pneumatyczne. | | TAK | | |  |
| 4. | Wskaźnik poziomu gazu w zbiorniku. | | TAK | | |  |
| 5. | 5 poziomów regulacji natężenia przepływu strumienia. | | TAK | | |  |
| 6. | Czasomierz/khronometr | | TAK | | |  |
| 7. | Kolorowy ekran dotykowy LCD o przekątnej 6 cali +/- 0,5 cala. | | TAK | | |  |
| 8. | Zasilanie: 220 V. | | TAK | | |  |
| 9. | W zestawie 2 butle o poj. 35 litrów. | | TAK | | |  |
| 10. | Aparat wyposażony w mobilną obudowę butli o pojemności 35 litrów oraz panel z ekranem LCD . | | TAK | | |  |
| 11. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | TAK | | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | | |
| 1. | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | | Tak |  | |
| 2. | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | | Tak |  | |
| 3. | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji. | | Tak  Podać- ***kryterium*** |  | |
| 4. | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | | TAK Podać |  | |
| 5. | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | | TAK |  | |
| 6. | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  | |
| 7. | | Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji. | | Min 2 |  | |
| 8. | | Serwis autoryzowany. | | TAK |  | |
| 9. | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | | Tak, podać |  | |
| 10. | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | | TAK, podać |  | |
| 11. | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | | Tak |  | |
| 12. | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa . | | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  | |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

**Lampa Solux w ilości 1 sztuki:**

Nazwa urządzenia /model:………………………………

Producent:……………………………………………….

Kraj pochodzenia:………………………………………

Rok produkcji: 2018

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS** | | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. | Promiennik IR-1 375 W. | | TAK | |  |
| 2. | Chłodzenie: wymuszone. | | TAK | |  |
| 3. | Płynna regulacja mocy naświetlania . | | TAK | |  |
| 4. | Automatyczne odmierzanie czasu naświetlania: 10, 15, 20, 25 min. | | TAK | |  |
| 5. | Gęstość mocy promieniowania ≥ 3W/cm2. | | TAK | |  |
| 6. | Wymiary: 155 x 42 x 16 cm +/- 2 cm. | | TAK | |  |
| 7. | Waga: 10 kg +/- 0,5 kg. | | TAK | |  |
| 8. | Wyposażenie: okulary ochronne pacjenta, okulary ochronne operatora, filtr czerwony, filtra niebieski, siatka zabezpieczająca. | | TAK | |  |
| 9. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | | TAK | |  |
| **WARUNKI SERWISOWE i INNE WYMAGANIA** | | | | | |
| 1. | | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | | Tak |  |
| 2. | | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | | Tak |  |
| 3. | | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji. | | Tak  Podać- ***kryterium*** |  |
| 4. | | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | | TAK Podać |  |
| 5. | | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | | TAK |  |
| 6. | | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  |
| 7. | | Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji. | | Min 2 |  |
| 8. | | Serwis autoryzowany. | | TAK |  |
| 9. | | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | | Tak, podać |  |
| 10. | | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | | TAK, podać |  |
| 11. | | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | | Tak |  |
| 12. | | **Certyfikaty** i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa . | | TAK wymienić i dołączyć do oferty kopie odpowiednich dokumentów |  |

* + 1. **Uwaga:** *W kolumnie „WYMOGI GRANICZNE” TAK – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi spowoduje odrzucenie oferty.*

1. ………………………………………….
2. miejscowość, data
3. ………..................................................................
4. podpisy osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do
   * 1. występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo