

**Formularz rzeczowy dla zadania nr 2**

**ŁÓŻKO DO SUCHEGO HYDROMASAŻU – 1kpl.**

UWAGA: Prawą stronę tabeli, zaleca się wypełnić stosując słowa „**tak”** lub „**nie”**, **zaś w przypadku wyższych wartości niż wymagania Zamawiającego zleca się wpisać oferowane wartości techniczno-użytkowe.** **Wszędzie tam gdzie podano obowiązek podania informacji Wykonawca ma obowiązek wypełnić pole.** W przypadku, gdy Wykonawca w którejkolwiek z pozycji wpisze słowa **„nie”** lub zaoferuje niższe wartości, oferta zostanie odrzucona.

**Minimalne wymagania techniczno-użytkowe**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **WYMAGANIA MINIMALNE ZAMAWIAJĄCEGO** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań.****PROPOZYCJE WYKONAWCY**(wypełnia Wykonawca) |
| 1 | Dane oferowanego urządzenia.Urządzenie fabrycznie nowe. | **Należy podać m.in. nazwę urządzenia,** **dane Producenta,** **rok produkcji.** |
| 2 | Dane techniczne:1. Min.cztery zrobotyzowane dysze wodne.
2. Praca dysz ma naśladować techniki masażu, minimum 7 technik masażu.
3. Łączenie 4, 5 lub więcej wybranych technik masażu w ramach 1 zabiegu, automatycznie - bez konieczności przełączania parametrów przez obsługę̨ lub pacjenta.
4. Minimum 8 gotowych programów terapeutycznych.
5. Minimum 10 programów użytkownika.
6. Program wolny.
7. Automatyczny pomiar wzrostu pacjenta i precyzyjne dostosowanie pracy do wybranych stref bez konieczności dokonywania ustawień przez personel lub pacjenta.
8. Obrotowy panel sterowania umieszczony poza zasięgiem pacjenta.
9. Możliwość indywidualnego programowania rodzaju i ilości zabiegów, w tym minimum: technik masażu, obszaru masażu, prędkości przesuwania dysz, liczby aktywnych dysz. Zmiennociśnieniowe poduszki powietrzne masujące i stabilizujące stopy, trzystopniowa regulacja ciśnienia.
10. Otwierana pokrywa zasłaniająca głowę̨ pacjenta.
11. Automatyczne przygotowywanie urządzenia do pracy na zadaną godzinę̨, programowanie na każdy dzień́ tygodnia.
12. Brak zużycia prądu do podtrzymywania temperatury wody poza godzinami pracy zakładu.
13. Urządzenie napełniane wodą destylowaną.
14. Pojemność́ wody w urządzeniu maks. 230 litrów.
15. Woda w obiegu zamkniętym.
16. Chłodzenie wody w obiegu zamkniętym poprzez zintegrowany układ chłodzący, bez zużycia bieżącej wody do chłodzenia i bez konieczności wykonywania przyłączy hydraulicznych w pomieszczeniu instalacji urządzenia.
17. Siatka pod matą podtrzymująca pacjenta.
18. Pokrowiec maskujący matę gumową.
19. Zasilanie 230 V, 50 Hz.
20. Wyrób medyczny
21. Wymiar ok. (optymalny): dł. 229 cm szer. 82 cm. 1,075 wys.
22. Wysokość łóżka w miejscu dla pacjenta nie więcej niż: 50 cm.
23. Emisja hałasu maksymalnie 54 dB.
24. Regulacja temperatury wody w urządzeniu w zakresie minimum od 25°C do 40°C.
25. Waga około 230 kg, około 450 kg po napełnieniu wodą.
26. Nośność stropu: minimum 350kg/m2 (3.5 kPa)
 |  |
| 3 | Gwarancja minimum 36 miesięcy.  | **Należy podać** |

**Uwaga:**

Wykonawca wypełnia kolumnę „**Propozycje Wykonawcy”**

ZALECA się wypełnić prawą stronę tabeli wpisując oferowane konkretne parametry, wartości techniczno-użytkowe, opisując zastosowaną wersję rozwiązania.

W przypadku, gdy Wykonawca zaproponuje wykonanie zamówienia niezgodne z treścią SWZ lub poświadczy nieprawdę, oferta zostanie odrzucona.

Panel podpisu elektronicznego:

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

 ELEKTRONICZNY PODPIS WYKONAWCY lub osoby

 uprawnionej do składania oświadczeń woli

 w imieniu Wykonawcy, w postaci:

 - kwalifikowanego podpisu elektronicznego,

 - **LUB** podpisu zaufanego,

 - **LUB** podpisu osobistego e-dowód