|  |
| --- |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** |
| **Producent / Firma** | **Podać** |  |
| **Nazwa / typ urządzenia** | **Podać** |  |
| **Kraj pochodzenia** | **Podać** |  |
| **Rok produkcji 2023 r** | **Podać** |  |
| **Urządzenia fabrycznie nowe**  | **Podać** |  |
| **lp.** | **Parametr wymagany** | **Ilość** | **Warunek granicznyTAK** | **Parametr oferowany** |
|  | **Rotor rehabilitacyjny do ćwiczeń kończyn górnych** | **1 szt.** |  |
|  | Możliwość regulacji oporu |  | Tak |   |
|  | Wyświetlacz LCD |  | Tak |   |
|  | Odczyt: liczba obrotów, prędkość, czas, ilość spalonych kalorii |  | Tak |  |
|  | Regulacja wysokości przy pomocy pokrętła |  | Tak |  |
|  | Zestaw montażowy w zestawie  |  | Tak |  |
|  | Ruch w obu kierunkach |  | Tak |  |
|  | System ścienny |  | Tak |  |