|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 graniczny TAK** | **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 |  |