|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 1** |
| **FORMULARZ OFERTY** |

**OFERTA**

# na dostawę sprzętu oraz wyposażenia medycznego na potrzeby realizacji projektu pn.: „Utworzenie Centrum Opieki Geriatrycznej w Pomorskim Centrum Reumatologicznym im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Sp. z o.o. w podziale na 33 Pakiety – oferty częściowe” Postępowanie prowadzone w trybie przetargu nieograniczonego – Znak: 8-PN-22

Nawiązując do ogłoszenia o przetargu nieograniczonym oraz po zapoznaniu się z:

- Specyfikacją Warunków Zamówienia,

- wzorem umowy, my niżej podpisani, reprezentujący:

....................................................................................................................................................................

**/ nazwa Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie/**

....................................................................................................................................................................

**/ siedziba Wykonawcy/ Wykonawców występujących wspólnie/**

**nr telefonu**............................. **adres internetowy**................................... **e-mail:** ........................................

**REGON**: ................................. **NIP:** .............................................**województwo**: ...................................

**KRS (jeśli dotyczy): wpisany do** .................. **prowadzonego przez** ....................... **pod nr KRS** ….……

**I.** oświadczamy, że:

1/ uzyskaliśmy konieczne informacje do przygotowania oferty,

2/ zobowiązujemy się do wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z treścią SWZ oraz wyjaśnień do SWZ, w szczególności ze szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia (zawartym w Załącznikach nr 3.1 – 3.33 i 2.1 -2.33 do SWZ),

3/ zobowiązujemy się do wykonania przedmiotu zamówienia za ceny zgodnie z załączonym Formularzem ofertowo-cenowym,

4/ oświadczamy, że wszystkie załączniki stanowią integralną część oferty,

5/ oświadczamy, że jesteśmy związani ofertą przez okres 90 dni począwszy od upływu terminu składania ofert, tj. do dnia określonego w rozdz. XI ust. 2 pkt 2.1 SWZ,

6/ oświadczamy, iż wszystkie informacje zamieszczone w ofercie są prawdziwe (za składanie nieprawdziwych informacji Wykonawca odpowiada na zasadach określonych w Kodeksie Karnym),

7/ potwierdzamy, iż nie uczestniczymy w jakiejkolwiek innej ofercie dotyczącej tego samego postępowania,

8/ oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami przetargu określonymi w SWZ i załącznikach (w tym z Szczegółowym opisem przedmiotu zamówienia) przyjmujemy je bez zastrzeżeń, a w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy według wzoru przedstawionego przez Zamawiającego (stanowiącego integralną część SWZ),

9/ zobowiązujemy się, w przypadku przyznania nam zamówienia, do podpisania umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego,

10/ oświadczamy także, że wszystkie produkty oferowane w niniejszym postępowaniu posiadają wymagane certyfikaty i atesty, które dopuszczają użytkowanie przedmiotu zamówienia lub inne równoważne dokumenty, potwierdzające bezpieczeństwo w użytkowaniu oraz zgodność z wymaganiami polskich i europejskich norm, o ile są wymagane przez przepisy prawne,

11/ oświadczamy, że nie podlegamy wykluczeniu z powodu jednej z okoliczności wskazanych w art. 7 ust 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

12/ oświadczamy, że nasza firma spełniła obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio firma uzyskała w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

*1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.*

***UWAGA! W przypadku gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do treści art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO - Wykonawca nie składa oświadczenia (usuwa treść oświadczenia przez jego wykreślenie).***

**13/ Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za łączną cenę wynoszącą:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr  pakietu | Cena netto  (zł) | Stawka VAT (%) | Cena brutto  (zł) |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |
| **7** |  |  |  |
| **8** |  |  |  |
| **9** |  |  |  |
| **10** |  |  |  |
| **11** |  |  |  |
| **12** |  |  |  |
| **13** |  |  |  |
| **14** |  |  |  |
| **15** |  |  |  |
| **16** |  |  |  |
| **17** |  |  |  |
| **18** |  |  |  |
| **19** |  |  |  |
| **20** |  |  |  |
| **21** |  |  |  |
| **22** |  |  |  |
| **23** |  |  |  |
| **24** |  |  |  |
| **25** |  |  |  |
| **26** |  |  |  |
| **27** |  |  |  |
| **28** |  |  |  |
| **29** |  |  |  |
| **30** |  |  |  |
| **31** |  |  |  |
| **32** |  |  |  |
| **33** |  |  |  |

**Uwaga!** ceny – zaokrąglone do dwóch miejsc po przecinku

14/ Jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadzi do powstania obowiązku podatkowego Zamawiającego zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług w zakresie dotyczącym wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów i usług, Zamawiający w celu oceny takiej oferty dolicza do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek wpłacić zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Oświadczamy, że:

**a) wybór oferty nie będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego** \*:

**b) wybór oferty będzie prowadzić do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego \***

\*) niepotrzebne skreślić

15/ oświadczamy, że cena oferty zawiera wszystkie koszty, jakie poniesie Zamawiający w przypadku wyboru niniejszej oferty.

**16/ oświadczamy, że udzielamy gwarancji dla Pakietu nr …… na okres ............... miesięcy od daty odbioru przedmiotu umowy** *(powielić w liczbie odpowiadającej liczbie Pakietów, do których składana jest oferta*) **(UWAGA! Należy wpisać odpowiednią wartość w przedziale wskazanym dla danego Pakietu zgodnie z zapisami w Rozdziale IX. pkt 2.2 SWZ)**

**II. TERMIN PŁATNOŚCI – oznaczony w dniach** (liczony od dnia doręczenia Zamawiającemu faktury) – do 30 dni (słownie: trzydziestu)

**NUMER RACHUNKU BANKOWEGO WYKONAWCY…………………………………………….**

**III. WADIUM:**

- do Pakietu nr …… w kwocie ……………………………………………………………. zł *(powielić w liczbie odpowiadającej liczbie Pakietów, do których składana jest oferta*)

Łączna wartość wadium: ………………..… zostało wniesione w formie ....................................................

- numer konta Wykonawcy, na które Zamawiający dokona zwrotu wadium wniesionego w pieniądzu lub adres/-y e-mail gwaranta/poręczyciela na które należy przesłać informację o zwrocie wadium wniesionego w innej formie niż w pieniądzu:

...................................................................................................................................................................

**IV. INFORMACJE STANOWIĄCE TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORSTWA** w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (t.j. Dz.U.2022.1233) zawarte są w Załączniku ….. i nie mogą być udostępniane. Na okoliczność tego wykazuję skuteczność takiego zastrzeżenia w oparciu o przepisy art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (t.j. Dz.U.2022.1233) w oparciu o następujące uzasadnienie (Wykonawca zobowiązany jest do uzasadnienia okoliczności zastrzeżenie części oferty jako tajemnicy przedsiębiorstwa w sposób obiektywny i wyczerpujący w oparciu o przesłanki wskazane w art. 11 ust. 4 ustawy wskazanej powyżej):

………………………………………………………………………………………………………………

**V. PODWYKONAWCY:**

Zamierzam / nie zamierzam\* powierzyć podwykonawcom następującą część zamówienia:

....................................................................................................................................................................

Podaję nazwy (firm) podwykonawców:

....................................................................................................................................................................

**VI**. **PODMIOTY UDOSTĘPNIAJĄCE ZASOBY:**

Podaję nazwy (firm), na których zasoby powołuję się w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu:

....................................................................................................................................................................

w następującym zakresie: …………………………………………………………….………………………………………………

**VII. DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO KONTAKTU ZE STRONY WYKONAWCY:**

a/ imię i nazwisko : ………………………………………………………………….

b/ stanowisko : ………………………………………………………………….

c/ dni pracy : ………………………………………………………………….

d/ godziny pracy : ………………………………………………………………….

e/ numer telefonu : …………………………………………………………………

f/ adres e-mail : ……………………………………………………………...……..

**VIII. DANE OSOBY/OSÓB, KTÓRE BĘDĄ PODPISYWAĆ EWENTUALNĄ UMOWĘ ZE STRONY WYKONAWCY:**

a/ imię i nazwisko : ………………………………………………………………….

b/ stanowisko : …………………………………………………………………...

c/ imię i nazwisko : ………………………………………………………………….

d/ stanowisko : …………………………………………………………………...

**IX. DANE OSOBY ODPOWIEDZIALNEJ ZA REALIZACJĘ UMOWY ZE STRONY WYKONAWCY:**

a/ imię i nazwisko : ………………………………………………………………….

b/ stanowisko : ………………………………………………………………….

c/ dni pracy : ………………………………………………………………….

d/ godziny pracy : ………………………………………………………………….

e/ numer telefonu : …………………………………………………………………

f/ adres e-mail : ……………………………………………………………...……..

**X. OKREŚLENIE STATUSU PRZEDSIĘBIORSTWA WYKONAWCÓW (do celów statystycznych)**

Oświadczam, że **jesteśmy** mikro/ małym/ średnim/ dużym przedsiębiorstwem/ jednoosobową działalnością gospodarczą/ os. fiz. nieprowadzącą działalności gospodarczej/ inne…………. (wpisać status przedsiębiorstwa), jeśli Wykonawcy występują wspólnie proszę powielić zapis)1 \*

*Oferta ma być podpisana kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

\*) niepotrzebne skreślić

1 Zgodnie z zaleceniem Komisji Wspólnot Europejskich z dnia 06.05.2003 r. dot. definicji przedsiębiorstw mikro, małych i średnich ( 2003/361/WE);

mniej niż 250 osób, i których obroty roczne nie przekraczają 50 mln EUR, i/lub których roczna suma bilansowa nie przekracza 43 mln EUR.

b) W kategorii MŚP, małe przedsiębiorstwo jest zdefiniowane jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 osób, i którego obroty roczne i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 mln EUR.

c) W kategorii MŚP, przedsiębiorstwo mikro jest zdefiniowane jako przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 osób, i którego obroty roczne i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 mln EURO

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.1** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 1 (CPV: 33157400-9 Medyczna aparatura oddechowa)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Spirometr z biofeedbackiem | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.2** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 2 (CPV: 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Wanna do kąpieli wirowej wraz z osprzętem | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.3** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 3 (CPV: 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt./zest.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Stół rehabilitacyjny z elektryczną regulacją wraz z osprzętem | 5 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.4** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 4 ((CPV: 37441100-2Bieżnie mechaniczne)**)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Bieżnia | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.5** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 5 *(CPV: 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Platforma wibracyjna wraz z osprzętem | 2 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.6** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 6 (CPV:** 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Lampa do światłolecznictwa wraz z osprzętem | 3 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.7** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 7 (CPV: 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Zestaw do sono i elektroterapii wraz z osprzętem | 2 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.8** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 8 (CPV: 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii))**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Aparat do laseroterapii wysokoenergetycznej | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.9** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 9 (CPV: 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Aparat do elektroterapii wraz z osprzętem | 4 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.10** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 10 (CPV: 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Aparat do głębokiej elektrostymulacji elektromagnetycznej | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.11** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 11 (CPV:** 33111400-5 Urządzenia do fluoroskopii rentgenowskiej)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Stół do masażu z elektryczną regulacją wraz z osprzętem | 4 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.12** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 12 ZADANIE NR 1 (CPV: 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Krzesło do masażu wraz z osprzętem | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.13** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 13 (CPV: 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Szyna CPM | 2 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.14** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 14 (CPV: 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Bieżnia antygrawitacyjna wraz z osprzętem | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.15** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 15 (CPV: 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Aparat do magnetoterapii wraz z osprzętem | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.16** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 16 (CPV: 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (szt.)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1 | Aparat do laseroterapii wraz z osprzętem | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | xxx |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.17** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 17 (CPV: 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (kpl)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1. | Platforma wraz z osprzętem | 2 |  |  |  |  |
| **RAZEM :** | | | |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.18** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 18 (CPV:** 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (kpl)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1. | Stoły rehabilitacyjne z elektryczną regulacją wraz z osprzętem | 5 |  |  |  |  |
| **RAZEM :** | | | |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

1. pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);
2. wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;
3. podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;
4. wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;
5. oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

**Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.**

*Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.19** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 19 CPV:** 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (kpl)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1. | Zestaw do ćwiczeń metodą NEURAC z trzema trawersami | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;

e) oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.

Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.20** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 20 (CPV:** 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (kpl)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1. | Ekopompa – zestaw do zasilania aparatu | 2 |  |  |  |  |
| **RAZEM :** | | | |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;

e) oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.

Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.21** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 21 CPV:** 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (kpl)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1. | Kabina UGUL wraz z osprzętem | 3 |  |  |  |  |
| **RAZEM :** | | | |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;

e) oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.

Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.22** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 22 CPV:** 33150000-6 (Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (kpl)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1. | Kolumna do ćwiczeń oporowych z osprzętem. | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM :** | | | |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;

e) oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.

Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.23** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 23 (CPV:** 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (kpl)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1. | Wanna do kąpieli wirowej stóp i podudzi wraz z osprzętem | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM :** | | | |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;

e) oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.

Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.24** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 24 (CPV:** 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (kpl)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1. | Hydromasaż suchy - suchy masaż wodny | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM :** | | | |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;

e) oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.

Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.25** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 25 (CPV:** 33150000-6 Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (kpl)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1. | Aparat do krioterapii miejscowej wraz z osprzętem | 4 |  |  |  |  |
| **RAZEM :** | | | |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;

e) oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.

Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.26** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 26 (CPV:** 37440000-4 Sprzęt do ćwiczeń fizycznych)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (kpl)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1. | Atlas jednostanowiskowy wraz z osprzętem | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;

e) oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.

Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.27** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 27 (CPV:** 37440000-4 Sprzęt do ćwiczeń fizycznych)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (kpl)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1. | Schody treningowe | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;

e) oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.

Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.28** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 28 (CPV: 33195000-3 System monitorowania pacjentów)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (kpl)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1. | Cykloergometr wraz z osprzętem | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;

e) oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.

Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.29** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 29 (CPV: 37441100-2 Bieżnie mechaniczne)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (kpl)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1. | Bieżnia treningowa | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;

e) oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.

Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.30** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 30 (CPV: 37441300-4 Rowery stacjonarne)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (kpl)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1. | Rower hybrydowy do rehabilitacji wraz z osprzętem | 3 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;

e) oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.

Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.31** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 31 (CPV: 33100000-1 Urządzenia medyczne)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (kpl)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1. | Skaner do wykrywania żył wraz z osprzętem | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;

e) oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.

Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.32** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 32 (CPV:** 33100000-1 Urządzenia medyczne)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (kpl)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1. | Kardiomonitor wraz z osprzętem | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;

e) oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.

Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 2.33** |
| **FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY** |

**PAKIET NR 33 (CPV:** 33100000-1 Urządzenia medyczne)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Ilość zamawiana (kpl)** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto za ilość określoną w kolumnie 3** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość brutto za ilość określoną w kol. 3 w zł (obliczona: wartość netto z kolumny 5 + podatek VAT)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1. | Aparat EKG wraz z osprzętem | 1 |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  | **xxx** |  |

Cena musi obejmować:

a) pełny zakres wykonania przedmiotu zamówienia (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA);

b) wartość przedmiotu zamówienia dla danego Pakietu (opisany w Rozdziale II. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA) uwzględniający ewentualne oferowane upusty, rabaty, marże;

c) podatki w tym VAT, cło, opłata graniczna;

d) wszystkie inne koszty jakie poniesie Wykonawca z tytułu wykonania zamówienia do siedziby Zamawiającego w szczególności: koszty gwarancji, koszty transportu, rozładunku, wniesienia do miejsca przeznaczenia, koszty opakowania, ubezpieczenia, itp.;

e) oraz wszelkie inne nie wymienione niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia (np. instalacja, montaż, rozruch, konfiguracja, prace dodatkowe i usługi wynikające z realizacji przedmiotu zamówienia, szkolenie personelu Zamawiającego oraz pozostałe składniki cenotwórcze).

Uwaga! Skutki finansowe jakichkolwiek błędów obciążają Wykonawcę, który musi przewidzieć wszystkie okoliczności mogące mieć wpływ na cenę zamówienia.

Formularz ma być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym), właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.

**Załacznik nr 3.1 do SWZ PAKIET NR 1 – Spirometr z biofeedbackiem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany*** | ***Parametr oferowany*** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2021 lub nowszy |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
| 6 | Wykaz środków eksploatacyjnych | Podać |  |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | |
|  | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany  i wskazany do oceny*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |
| 1 | Prosty w obsłudze spirometr diagnostyczny | TAK |  |
| 2 | Menu w języku polskim | TAK |  |
| 3 | Spirometr wykonujący badania FVC, VC, MVV | TAK |  |
| 4 | Wyposażony w kolorowy ekran dotykowy LCD 7", rozdzielczość 800x480  Zamawiający dopuszcza również spirometr posiadał rozdzielczość 640x480 | TAK |  |
| 5 | Wyświetlanie automatycznej graficznej interpretacji badania | TAK |  |
| 6 | Wyświetlanie testu poprawności badania | TAK |  |
| 7 | Wyświetlanie pełnego raportu spirometrycznego wraz z górną częścią krzywej F/V | TAK |  |
| 8 | Możliwość wyświetlenia min 8 wydmuchów ( wykresów) równocześnie na ekranie | TAK |  |
| 9 | Interfejs USB, Bluetooth, wbudowana drukarka na papier termiczny 110 mm (+/- 5 mm) | TAK |  |
| 10 | Sygnalizacja dźwiękowa wymaganej długości wdechów i wydechów  Zamawiający dopuszcza również spirometr nie posiadający sygnalizacji dźwiękowej wymaganej długości wdechów i wydechów lecz posiadający wizualizację na ekranie | TAK |  |
| 12 | Funkcja pediatryczna - graficzne ( obrazkowe ) wspomaganie oraz sygnalizowanie poprawności wydechu/wdechu | TAK |  |
| 13 | Wyposażony w dwukierunkową turbinę cyfrową (przepływomierz) jednokrotnego użytku z ustnikiem – 60 szt., nie wymagającą kalibracji | TAK |  |
| 14 | Możliwość przeprowadzenia badania bronchodilatacyjnego PRE-POST z porównaniem wyników | TAK |  |
| 15 | Pamięć pozwalająca zapisać min 9 000 badań | TAK |  |
| 16 | Spirometr mierzący min 46 parametry wdechowe i wydechowe | TAK |  |
| 17 | Możliwość pracy z cyfrowymi turbinami dwukierunkowymi (przepływomierzami) wielokrotnego użytku | TAK |  |
| 18 | Zakres przepływu min 16l/s | TAK |  |
| 19 | Zakres objętość min 10l | TAK |  |
| 20 | Dokładność objętości max +/- 3% lub 50 mL | TAK |  |
| 21 | Dokładność przepływu max +/- 5% lub 200 mL/s | TAK |  |
| 22 | Opór dynamiczny max 0,5 cm H2O/L/s | TAK |  |
| 23 | Wymiary max 220 x 210 x 55 mm; | TAK |  |
| 24 | Waga max 1,5 kg | TAK |  |
| 25 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP)" | TAK |  |
| 26 | Zestaw zawierający:   1. pokrowiec/walizka na urządzenie 2. klips na nos 3. turbinę jednokrotnego użytku z ustnikiem 60 szt, 4. płyta CD z dedykowanym oprogramowaniem spirometrycznym na komputer - kabel USB do podłączenia do komputera | TAK |  |
| 27 | Turbiny jednorazowego użytku 60 szt | TAK |  |
| 28 | Szkolenie personelu z obsługi urządzenia | TAK |  |
| 29 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | TAK, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**Załacznik nr 3.2 do SWZ PAKIET NR 2** – **Wanna do kąpieli wirowej wraz z osprzętem**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany  i oceniany*** | ***Opis parametru oferowanego*** | |
| 1 | | Producent | Podać |  | |
| 2 | | Nazwa i typ urządzenia | Podać |  | |
| 3 | | Kraj pochodzenia | Podać |  | |
| 4 | | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2021 lub nowszy |  | |
| 5 | | Zamawiana ilość | 1 szt. |  | |
| 6 | | Wykaz środków eksploatacyjnych | Podać |  | |
|  | **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | |  |
| 1. 1 | | 1. Wanna do masażu wirowego kończyn dolnych, obręczy biodrowej i kręgosłupa | TAK |  | |
| 1. 2 | | 1. Wanna wykonana z tworzywa sztucznego typu TWS 7wzmacnianego włóknem szklanym | TAK |  | |
| 3 | | Urządzenie posiada minimum 12 dysz na ścianach wanny o regulowanym kierunku wypływu strumienia wody | TAK |  | |
| 4 | | Podział dysz na minimum 3 całkowicie niezależne strefy masażu | TAK |  | |
| 5 | | Dotykowy, obrotowy, kolorowy, min. 7-calowy panel sterowania umożliwiający:  - włączenie urządzenia,  - napełnianie wody do żądanego poziomu: min.2 poziomy,  - ustawienie czasu zabiegu,  - automatyczne wyłączenie urządzenia po skończeniu czasu zabiegu  - możliwość wyboru pracy poszczególnych sekcji  - zabezpieczenie przed pracą na sucho  - -elektroniczny termometr | TAK |  | |
| 6 | | Bierny masaż perełkowy z regulacją intensywności | TAK |  | |
| 7 | | System zabezpieczajacy przed przelaniem wanny | TAK |  | |
| 8 | | Możliwość kombinowanej pracy sekcji dysz (7 kombinacji) | TAK |  | |
| 9 | | Prysznic ręczny | TAK |  | |
| 10 | | Możliwość wyboru koloru wanny z palety minimum 100 kolorów | TAK |  | |
| 11 | | Stopień ułatwiający wchodzenie do wanny | TAK |  | |
| 12 | | Pojemność: 210 l +/- 5% | TAK |  | |
| 13 | | Długość: 1440 mm +/- 5% | TAK |  | |
| 14 | | Szerokość: 720 mm +/- 5% | TAK |  | |
| 15 | | Wysokość: 980 mm +/- 5% | TAK |  | |
| 16 | | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP)" | TAK |  | |
| 17 | | Kolor RAL 5012 light blue | TAK |  | |
| 18 | | Parawan teleskopowy mobilny:  Mechanizm jezdny – koła z blokadą  Ramię teleskopu min. 200 cm  Materiał zasłony zmywalny  Wysokość min 165 cm  2 sztuki | TAK |  | |
| 19 | | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  | |
| 20 | | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | TAK, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … | |

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**Załacznik nr 3.3 do SWZ PAKIET NR 3 - Stół rehabilitacyjny z elektryczną regulacją wraz z osprzętem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany*** | ***Parametr oferowany*** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2021 lub nowszy |  |
| 5 | Ilość | 5 szt. |  |
|  | ***Wymagania ogólne*** | ***Parametr wymagany  i wskazany do oceny*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |
| 1 | Stół dwusekcyjny z zagłówkiem z podłokietnikami | TAK |  |
| 2 | Zagłówek wąski z podłokietnikami | TAK |  |
| 3 | Stabilna konstrukcja – wytrzymała rama ze stali wykonana z kwadratowych profili, - malowana proszkowo – odporna na działanie środków dezynfekujących | TAK |  |
| 4 | Elektryczna zmiana wysokości leżyska w zakresie 440-450 do 950-970 mm za pomocą pilota (PODAĆ) | TAK |  |
| 5 | Wymiary leżyska 1950 x 680 mm +/-5% (podać) | TAK |  |
| 6 | Waga max. 55 kg (podać) | TAK |  |
| 7 | Zagłówek z wycięciem na twarz | TAK |  |
| 8 | Regulowany zagłówek za pomocą sprężyny gazowej [o]: -85 / +35 ( +/-5°) | TAK |  |
| 9 | Uchwyt na ręczniki montowany do stołu | TAK |  |
| 10 | Specjalny uchwyt na ręcznik papierowy | TAK |  |
| 11 | Stół wyposażony w układ jezdny(4 kółka) z hamulcem centralnym, uruchamiany za pomocą dźwigni nożnej | TAK |  |
| 12 | Wytrzymałość: udźwig 200 kg ( | TAK |  |
| 13 | Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych | TAK |  |
| 14 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP)" | TAK |  |
| 15 | Mata gimnastyczna   1. rozmiar 190 cm x 60 cm x 2,5 cm (+/- 20 mm) 2. Wyposażona w otwory umożliwiające zawieszenie 3. materiał lekki, elastyczny, 4. antystatyczny, niewchłaniający wilgoci 5. amortyzujący upadki 6. 4 sztuki | TAK |  |
| 16 | Piłka rehabilitacyjna średnica 65 cm zielona | TAK |  |
| 17 | Piłka rehabilitacyjna średnica 55 cm | TAK |  |
| 18 | Piłka rehabilitacyjna średnica 45 cm | TAK |  |
| 19 | Piłki rehabilitacyjne ‘pilates’ średnica 25-27 cm | TAK |  |
| 20 | Skoliometr , Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP)") | TAK |  |
| 21 | Plurimetr (inklinometr), Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP)") | TAK |  |
| 22 | Dyski sensomotoryczne   1. rozmiar 33- 36 cm 2. antypoślizgowa powierzchnia, 3. jedna strona z wypustkami 4. różne kolory 5. 2 sztuki | TAK |  |
| 23 | Taśma elastyczna do ćwicz eń w rolce   1. długość 45 - 50 m 2. szerokość 125-127 mm 3. materiał latex 4. kolor czerwony 5. 1 rolka | TAK |  |
| 24 | Półwałek rehabilitacyjny 60/18/12   1. Materiał zewnętrzny zmywalny 2. możliwy do dezynfekcji 3. skóropodobny 4. wypełniony wysokiej jakości pianką pierwszego gatunku 5. nie deformujący się 6. certyfikat CE (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) 7. ~~granatowy~~ Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych 8. 1 sztuka | TAK |  |
| 25 | Półwałek lędźwiowy 40/25/5 cm   1. Materiał zewnętrzny zmywalny, 2. możliwy do dezynfekcji 3. skóropodobny 4. wypełniony wysokiej jakości pianką pierwszego gatunku 5. nie deformujący się 6. certyfikat CE (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) 7. Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych 8. **1 sztuka** | TAK |  |
| 26 | Klin rehabilitacyjny 20/15/10   1. Materiał zewnętrzny zmywalny, 2. możliwy do dezynfekcji 3. skóropodobny 4. wypełniony wysokiej jakości pianką pierwszego gatunku 5. nie deformujący się 6. certyfikat CE (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) 7. Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych 8. 1 sztuka | TAK |  |
| 27 | Wałek rehabilitacyjny 60/15 cm   1. Materiał zewnętrzny zmywalny, 2. możliwy do dezynfekcji 3. skóropodobny 4. wypełniony wysokiej jakości pianką pierwszego gatunku 5. nie deformujący się 6. certyfikat CE (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) 7. Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych 8. 1 sztuka | TAK |  |
| 28 | Piłeczka do masażu 8 cm  Twardość- wysoka  Materiał: pianka EPP  1 sztuka | TAK |  |
| 29 | Taborety obrotowe z oparciem   * Regulacja wysokości 62-88cm (+/- 2 cm) * Tapicerowany na całej powierzchni siedziska i oparcia * Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych * Podstawa pięcioramienna na kołkach * Dopuszczalne obciążenie 120kg * Średnica siedziska 34 -39 cm * 2 sztuki | TAK |  |
| 30 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 31 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | TAK, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail |

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**Załącznik nr 3.4 do SWZ PAKIET NR 4 - Bieżnia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany i oceniany*** | ***Wartość oferowana*** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2021 lub nowszy |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
| 6 | Wykaz środków eksploatacyjnych | Podać |  |
|  | **WYMAGANIA OGÓLNE** | ***Parametr wymagany i wskazany do oceny*** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE\*\*** |
| 1 | Prędkość chodu w przód 0 i więcej | TAK |  |
| 2 | Długie poręcze dla użytkownika | TAK |  |
| 3 | Kąt nachylenia bieżni do 7 stopni | TAK |  |
| 4 | Max obciążenie do min 150 kg | TAK |  |
| 5 | Wymiary pasa bieżni 51 x 152 cm +/- 3 cm  Zamawiający dopuszcza również bieżnię o wymiarach pasa 48 cm x 140 cm | TAK |  |
| 6 | Wykreślony | | |
| 7 | Monitorowanie parametrów: czas, dystans, prędkość, spalane kalorie | TAK |  |
| 8 | Podświetlany dotykowy wyświetlacz LCD | TAK |  |
| 9 | Baza gotowych programów | TAK |  |
| 10 | Wskaźnik intensywności treningu | TAK |  |
| 11 | Napęd z bezobsługowymi hamulcami magnetycznymi | TAK |  |
| 12 | Zasilanie- generator i wtyczka DC | TAK |  |
| 13 | wyłącznik bezpieczeństwa | TAK |  |
| 14 | Systemem monitorowania pracy serca | TAK |  |
| 15 | Wymiary urządzenia 195x88x150 cm +/- 3 cm  Zamawiający dopuszcza również bieżnię o wymiarach 70x188x142 cm (szerokość/długość/wysokość) | TAK |  |
| 16 | Waga urządzenia brutto 145 kg +/- 3 kg | TAK |  |
| 17 | Wysokość wejścia na bieżnię 17,8 cm i mniej | TAK |  |
| 18 | Możliwość ustawienia własnego programu | TAK |  |
| 19 | Szkolenie personelu z obsługi urządzenia | TAK |  |
| 20 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu |  |
| Zamawiający dopuszcza również bieżnię która informuje na wyświetlaczu o czasie treningu (hh:mm:ss), dystansie (km), czas na (km), kalorii (kcal), prędkości (km/h) i nachyleniu (%’’) jeżeli kąt nachylenia bieżni będzie równy lub mniejszy od 7 stopni i pod warunkiem spełnienia pozostałych wymogów określonych w SWZ | | | |

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**Załacznik nr 3.5 do SWZ PAKIET NR 5 - Platforma wibracyjna wraz z osprzętem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany*** | ***Parametr oferowany*** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2021 lub nowszy |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 2 szt. |  |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | |
|  |  | ***Parametr wymagany  i wskazany do oceny*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |
| 1 | Poziomy prędkości: min 99 poziomów | TAK |  |
| 2 | Zakres częstotliwości: 8-22 Hz | TAK |  |
| 3 | Programy automatyczne 3 i więcej | TAK |  |
| 4 | Pilot zdalnego sterowania | TAK |  |
| 5 | Wymiary 79x48x14,5 +/- 3 cm | TAK |  |
| 6 | Waga 26 kg i mniej | TAK |  |
| 7 | Maksymalne obciążenie 120 kg +/- 3 kg | TAK |  |
| 8 | Moc znamionowa 250 Watt i więcej | TAK |  |
| 9 | Zasilanie 220-240 V | TAK |  |
| 10 | Automatyczny czas pracy 15 min +/- 3 min | TAK |  |
| 11 | Możliwość używania w różnych pozycjach- leżeniu, ,siadzie, podporze | TAK |  |
| 12 | Brak poręczy bocznych | TAK |  |
| 13 | Szkolenie personelu z obsługi urządzenia | TAK |  |
| 14 | Certyfikat CE (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) | TAK |  |
| 14 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**Załacznik nr 3.6 do SWZ PAKIET NR 6 - Lampa do światłolecznictwa wraz z osprzętem**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany*** | ***Parametr oferowany*** |  |
| 1 | Producent | Podać |  |  |
| 2 | Nazwa i typ | Podać |  |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2021 lub nowszy |  |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 3 szt. |  |  |
| 6 | Wykaz środków eksploatacyjnych | Podać |  |  |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | |  |
|  | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany  i wskazany do oceny*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |  |
| 1 | lampa statywowa z regulacją wysokości i i ustawienia tubusa | TAK |  |  |
| 2 | mikroprocesorowe sterowanie pracą lampy | TAK |  |  |
| 3 | wymuszone chłodzenie tubusa | TAK |  |  |
| 4 | siatka zabezpieczająca | TAK |  |  |
| 5 | sterownik elektroniczny z wyświetlaczem cyfrowym do ustawienia czasu zabiegu i regulacji mocy promieniowania | TAK |  |  |
| 6 | maksymalna moc żarówki 375W +/-3% | TAK |  |  |
| 7 | regulacja jasności : 10-100%, krok 10% | TAK |  |  |
| 8 | zegar zabiegowy kontrolujący czas w zakresie min. 1-30min | TAK |  |  |
| 9 | min. 10 programów użytkownika | TAK |  |  |
| 10 | min. 4 sekwencje użytkownika | TAK |  |  |
| 12 | programowanie sekwencji jasność/czas | TAK |  |  |
| 13 | maks. 5 składowych w sekwencji | TAK |  |  |
| 14 | zasilanie, pobór mocy : 230V,50Hz,450W | TAK |  |  |
| 15 | filtr czerwony – min. 1 szt | TAK |  |  |
| 16 | filtr niebieski – min. 1 szt | TAK |  |  |
| 17 | okulary ochronne dla pacjenta – min. 1 szt | TAK |  |  |
| 18 | okulary ochronne dla terapeuty – min. 1 szt. | TAK |  |  |
| 19 | Kozetka medyczna metalowa (razem 3sztuki)   1. Mocna stabilna metalowa konstrukcja 2. Pokryta materiałem łatwo myjącym, odporny na środki do dezynfekcji 3. Regulowany zagłówek 4. Wymiary 52x56x188 cm (wys.,szer.,dł.) +/- 3 cm 5. Wytrzymałość obciążenie min 150 kg 6. Uchwyt na papier   Zamawiający dopuszcza również kozetkę medyczną metalową o wymiarach 62 x 55 x 185 cm i nośności aż do 200 kg | TAK |  |  |
| 20 | Szkolenie z użytkowania aparatu | TAK |  |  |
| 21 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) | TAK |  |  |
| 22 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |  |
| 23 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |  |

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**Załącznik nr 3.7 do SWZ PAKIET NR 7 - Zestaw do sono i elektroterapii wraz z osprzętem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany i oceniany*** | ***Wartość oferowana*** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2021 lub nowszy |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 2 szt. |  |
| 6 | Wykaz środków eksploatacyjnych | Podać |  |
|  | **WYMAGANIA OGÓLNE** | ***Parametr wymagany i wskazany do oceny*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |
| 1 | Dwa całkowicie niezależne kanały zabiegowe | TAK |  |
| 2 | Regulacja natężenia w obwodzie pacjenta jednocześnie dla obu kanałów lub osobno | TAK |  |
| 3 | Tryb pracy: programowy/manualny | TAK |  |
| 4 | Baza wbudowanych programów zabiegowych (min. 200) | TAK |  |
| 5 | Programy ulubione | TAK |  |
| 6 | **ELEKTROTERAPIA:**   1. interferencyjne (izoplanarny, dynamiczny, jednokanałowy AMF) 2. TENS (symetryczny, asymetryczny, naprzemienny, burst) 3. TENS do terapii porażeń spastycznych 4. Kotz’a/rosyjska stymulacja 5. diadynamiczne (MF, DF, CP, CP-ISO, LP) 6. tonoliza 7. impulsowe – prostokątny, trójkątny 8. impulsowe wg Träberta, Leduca, neofaradyczny 9. galwaniczne 10. unipolarne falujące 11. mikroprądy | TAK |  |
| 7 | **TERAPIA ULTRADŹWIĘKOWA:**   1. wodoszczelne głowice 2. emisja ciągła/ impulsowa 3. kontrola przylegania czoła głowicy (mierzony efektywny czas zabiegu) 4. kalibracja czułości głowicy według potrzeb 5. częstotliwość pracy 1 MHz 6. efektywna powierzchnia promieniowania 1 cm2, 4 cm2 7. maksymalne natężenie fali ultradźwiękowej 2/ 3 W/cm2 8. częstotliwość w trybie pulsacyjnym 16 Hz, 48 Hz, 100 Hz 9. wypełnienie w trybie pulsacyjnym 10 %, 25 %, 50 %, 75 % 10. zegar zabiegowy 1 – 30 minut | TAK |  |
| 8 | **TERAPIA SKOJARZONA:**   1. praca w trybach CC (stabilizacja prądu) lub CV (stabilizacja napięcia) 2. PRĄDY W TERAPII SKOJARZONEJ 3. interferencyjne jednokanałowy AMF 4. TENS symetryczny 5. TENS asymetryczny 6. TENS naprzemienny 7. TENS burst 8. Kotz’a /rosyjska stymulacja 9. Możliwość zapisywanie własnych programów (min. 50) | TAK |  |
| 9 | Zegar zabiegowy | TAK |  |
| 10 | Test elektrod | TAK |  |
| 11 | Statystyki przeprowadzanych zabiegów | TAK |  |
| 12 | Autotest – kontrola sprawności aparatu | TAK |  |
| 13 | Praca w trybie stabilizacji prądu lub stabilizacji napięcia | TAK |  |
| 14 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP). | TAK |  |
| 15 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 16 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |
| 17 | **Wyposażenie**: głowica 1 MHz, 1 cm2 z uchwytem, przewód sieciowy, kable pacjenta (2 szt), elektrody 6x6 cm i 7,5x9 cm, | 2 szt. |  |
| 18 | **Wyposażenie**: głowica 1 MHz, 4 cm2 z uchwytem, przewód sieciowy, kable pacjenta (2 szt), elektrody 6x6 cm i 7,5x9 cm, | 2 szt. |  |
|  | **Wymogi wobec głowic**: | TAK |  |
| 19 | Emisja ciągła/impulsowa | TAK |  |
| 20 | Kontrola przylegania czoła głowicy | TAK |  |
| 21 | Kalibracja czułości głowicy | TAK |  |
| 22 | Wodoszczelne | TAK |  |
|  | **Wyposażenie**: Kozetka medyczna metalowa | 2 szt |  |
|  | **Wymogi wobec kozetki:**: |  |  |
| 20 | Mocna stabilna metalowa konstrukcja | TAK |  |
| 21 | Pokryta materiałem łatwo myjącym, odporny na środki do dezynfekcji | TAK |  |
| 22 | Regulowany zagłówek | TAK |  |
| 23 | Wymiary 52x56x188 cm (wys.,szer.,dł.) +/- 3 cm  Zamawiający dopuszcza również kozetkę medyczną metalową o wymiarach 62 x 55 x 185 cm i nośności aż do 200 kg | TAK |  |
| 24 | Wytrzymałość obciążenie min 150 kg | TAK |  |
| 25 | Uchwyt na papier | TAK |  |
| 26 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP). | TAK |  |
| 27 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 28 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |
|  | **Wyposażenie:** Stolik pod aparat do fizykoterapii | 2 szt |  |
|  | **Wymogi wobec stolika:**: |  |  |
| 29 | trzypółkowy | TAK |  |
| 30 | Szuflada na akcesoria | TAK |  |
| 31 | System jezdny – kółka | TAK |  |
| 32 | Trwała konstrukcja | TAK |  |
| 33 | Wymiary 85x54x52 cm +/- 3 cm | TAK |  |
| 34 | Wymiary dolnej półki dl x szer. 54 x 50 cm (+/- 2 cm) | TAK |  |
| 35 | Wymiary górnej półki dł. x szer. 54 x 37 cm (+/- 2 cm) | TAK |  |
| Zamawiający dopuszcza również stolik trzypółkowy pod aparat do fizykoterapii o wymiarach szerokość:  45 cm x wysokość: 82 cm x głębokość 53 cm, wymiary półki górnej: 45 x 45 cm, wymiary półki środkowej 37 x 45 cm, wymiary półki dolnej: 45 x 45 cm Pozostałe parametry wg SWZ | | | |
| 36 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP). | TAK |  |
| 37 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 38 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**Załącznik nr 3.8 do SWZ PAKIET NR 8 –** **Aparat do laseroterapii wysokoenergetycznej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany*** | ***Parametr oferowany*** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2021 lub nowszy |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
| 6 | Wykaz środków eksploatacyjnych | Podać |  |
|  | Wymagania ogólne | Parametr wymagany  i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE |
| 1 | wyświetlacz z panelem dotykowym | TAK |  |
| 2 | tryb manualny | TAK |  |
| 3 | baza wbudowanych programów zabiegowych | TAK |  |
| 4 | encyklopedia z opisem metodyki zabiegu | TAK |  |
| 5 | baza programów użytkownika | TAK |  |
| 6 | baza sekwencji użytkownika | TAK |  |
| 7 | możliwość współpracy z aplikatorami: skanującym, prysznicowym i sondami punktowymi | TAK |  |
| 8 | tryby emisji: ciągły, impulsowy, superpulse | TAK |  |
| 9 | regulacja mocy promieniowania laserowego | TAK |  |
| 10 | regulacja wypełnienia | TAK |  |
| 11 | możliwość automatycznego powtórzenia zabiegu | TAK |  |
| 12 | automatyczny test mocy promieniowania laserowego | TAK |  |
| 13 | automatyczne przeliczanie czasu względem parametrów zabiegowych – dawki, mocy, wypełnienia pola zabiegowego, | TAK |  |
| 14 | długość fal aplikatora laserowego wysokoenergetycznego 808 nm | TAK |  |
| 15 | szczytowa moc wyjściowa maks 8 W | TAK |  |
| 16 | średnia moc wyjściowa maks 8 W | TAK |  |
| 17 | częstotliwość trybu impulsowego 1 – 10 000 Hz | TAK |  |
|  | przewód sieciowy | TAK |  |
|  | sonda HP 808 nm/8 W | TAK |  |
|  | • nakładka aplikacyjna – 1 cm2 | TAK |  |
|  | • nakładka aplikacyjna – 5 cm2 | TAK |  |
|  | • nakładka do pomiarów mocy sondy HP | TAK |  |
|  | • okulary ochronne do laseroterapii 2 szt | TAK |  |
|  | instrukcja użytkowania | TAK |  |
|  | Szkolenie dla użytkownika | TAK |  |
|  | paszport techniczny | TAK |  |
| 18 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 19 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP). | TAK |  |
| 20 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |
| Dopuszczenie  O ile aparat będzie wyposażony w aplikator skanujący współpracujący z laserem wysokoenergetycznym. zamawiający dopuszcza do zaoferowania najwyższej jakości urządzenie do laseroterapii wysokoenergetycznej o wyższych parametrach, zapewniające precyzyjne przekazywanie energii do poszczególnych obszarów poddawanych terapii, umożliwiające wykonywanie zabiegów na dużych powierzchniach (skaner). Aparat posiada 4 długości fal, dzięki czemu uzyskamy dużo lepszy efekt terapeutyczny. Jest przenośny, lekki (1,3 kg), posiada akumulator a jego moc wynosi 20 W, 20 000 Hz częstotliwości. Urządzenie charakteryzuje się poniższymi parametrami i wyposażeniem: Typ źródła: laser diodowy 4 długości fal terapeutycznych: 660 nm, 800 nm, 905 nm i 970 nm zapewniając idealnie zoptymalizowany zakres długości fal stosowanych w konkretnych jednostkach chorobowych przy laseroterapii wysokoenergetycznej plus dodatkowa wiązka prowadząca 650nm , max. 1mW Moc max. CW min. 15.0 W +/-3% Moc maksymalna w trybie impulsowym min. 20 W +/- 3% Moc min. CW 0.1 W +/-3%  Częstotliwość (Intense Super Pulse) pozwalająca redukować efekt termiczny i zwiększać głębokość działania laseroterapii regulowana do 20W +/- 3% Modalność emisji promieniowania: CW (fale ciągłe) lub  modulowane w zakresie minimalnym 1Hz do 20 000Hz, z modulacją co 1Hz Aktywacja lasera – ręczny przełącznik elektryczny na głowicy zabiegowej Zasilanie zewnętrzne, 100-240 V AC, 50/60 Hz (+5%)  Wbudowana bateria umożliwiająca pracę urządzenia Kolorowy ekran dotykowy LCD Oprogramowanie z wbudowanym algorytmem dostosowującym parametry terapii do wybranego typu budowy typologicznej  pacjenta minimum: endomorficzny, mezomorficzny i ektomorficzny (wg. Sheldona) Oprogramowanie z wbudowanym algorytmem dostosowującym parametry terapii do wybranej zawartości melaniny i pigmentacji skóry Oprogramowanie z wbudowanym algorytmem dostosowującym parametry terapii w zależności od wybranej intensywności oraz chroniczności bólu Wbudowana możliwość bezprzewodowej łączności urządzenia z siecią wi - fi Możliwość podglądu historii pracy urządzenia Laser przenośny. Waga max. 1300g (sterowniki z baterią) Dwie pary okularów ochronnych do laseroterapii w zestawie Rękojeść z regulowaną wiązką optyczną w zakresie minimum 1 do 5cm2 i ręcznym przełącznikiem Odkręcana,gwintowana końcówka sondy nadająca się do dezynfekcji i sterylizacji Połączenie typu Interlock Baza jednostek chorobowych Intuicyjny interfejs graficzny Możliwość tworzenia i zapisywania własnych terapii  Deklaracja zgodności/certyfikat CE, zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych Wymiary lasera:  (szerokość, długość, wysokość) 180 x 200 x 190 mm +/- 10% Złącze USB umożliwiające łatwą aktualizację oprogramowania oraz transfer danych użytkowników pomiędzy urządzeniem a pamięcią podręczną Nowoczesny design Jezdna przystawka skanująca z praktycznym ramieniem typu gęsia szyja, odciążająca terapeutę podczas trwania zabiegu. Średnica 100 mm +/- 3% | | | |
|  | **Wyposażenie: Aplikator skanujący do laseroterapii** | szt. 1 |  |
| 21 | współpraca z aparatem do laseroterapii wysokoenergetycznym | TAK |  |
| 22 | Moc: min. 100 mW dla światła czerwonego oraz min. 450 mW dla światła podczerwonego | TAK |  |
| 23 | Podstawa jezdna wyposażona w kółka z hamulcami | TAK |  |
| 24 | Półka na aparat (sterownik) i okulary | TAK |  |
| 25 | Regulacja głowicy skanera w dwóch płaszczyznach oraz regulacja wysokości | TAK |  |
| 26 | Ramię statywu skanera wspomagane siłownikiem pneumatycznym | TAK |  |
| 27 | Tryb naświetlania powierzchni zabiegowej: koło/elipsa, kwadrat/prostokąt, krzywe w granicach prostokąta | TAK |  |
| 28 | Automatyczne przeliczanie czasu pracy w zależności od wielkości naświetlanego pola | TAK |  |
| 29 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP). | TAK |  |
| 30 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 31 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | TAK, podać  dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: ……..  Adres: ………..  Tel.: ………….  e-mail: ………... |

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**Załącznik nr 3.9 do SWZ PAKIET NR 9 –Aparat do elektroterapii wraz z osprzętem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany*** | ***Parametr oferowany*** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2021 lub nowszy |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 4 szt. |  |
| 6 | Wykaz środków eksploatacyjnych | Podać |  |
|  | Wymagania ogólne | Parametr wymagany  i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE |
| 1 | prądy: interferencyjne (izoplanarny, dynamiczny, jednokanałowy AMF) | TAK |  |
| 2 | prądy: TENS (symetryczny, asymetryczny, naprzemienny, burst) | TAK |  |
| 3 | prądy: TENS do terapii porażeń spastycznych | TAK |  |
| 4 | prądy: Kotz’a/rosyjska stymulacja | TAK |  |
| 5 | prądy: diadynamiczne (MF, DF, CP, CP-ISO, LP) | TAK |  |
| 6 | tonoliza | TAK |  |
| 7 | prądy: impulsowe – prostokątny, trójkątny | TAK |  |
| 8 | prądy: impulsowe wg Träberta, Leduca, neofaradyczny | TAK |  |
| 9 | prądy: galwaniczne | TAK |  |
| 10 | prądy: unipolarne falujące | TAK |  |
| 11 | prądy: mikroprądy | TAK |  |
| 12 | Dwa całkowicie niezależne kanały zabiegowe | TAK |  |
| 13 | Regulacja natężenia w obwodzie pacjenta jednocześnie dla obu kanałów lub osobno | TAK |  |
| 14 | Elektrodiagnostyka z graficzną prezentacją krzywej I/t | TAK |  |
| 15 | Automatyczne wyliczanie reobazy, chronaksji, współczynnika akomodacji | TAK |  |
| 16 | Tryb pracy: programowy/manualny | TAK |  |
| 17 | Baza wbudowanych programów zabiegowych (min. 50) | TAK |  |
| 18 | Programy ulubione | TAK |  |
| 19 | Możliwość zapisywanie własnych programów | TAK |  |
| 20 | Wbudowane sekwencje do elektroterapii | TAK |  |
| 21 | Zegar zabiegowy | TAK |  |
| 22 | Test elektrod | TAK |  |
| 23 | Autotest – kontrola sprawności aparatu | TAK |  |
| 24 | Praca w trybie stabilizacji prądu lub stabilizacji napięcia | TAK |  |
| 25 | Wyposażenie: przewód sieciowy, kable pacjenta (2 szt), elektrody 6x6 cm i 7,5x9 cm, | TAK |  |
| 26 | Autotest – kontrola sprawności aparatu | TAK |  |
| 27 | Adapter do kabla pacjenta 4 mm | TAK |  |
| 28 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP). | TAK |  |
| 29 | **Kozetka medyczna drewniana**   * Mocna stabilna drewniana konstrukcja, dwuczęściowy -zagłówek, leże * Pokryta materiałem łatwo myjącym, odporny na działanie środków do dezynfekcji * Regulowany zagłówek min trzy ustawienie w zakresie 0-35 stopni * Wymiary 187x66x70 cm (dł.,szer.,wys.) (+/- 3 cm) * Waga do 33 kg * Wytrzymałość. obciążenie 150 kg   Uchwyt na papier | 4 sztuki |  |
| 30 | **Elektrody punktowe o średnicy (**razem po 4 z rozmiaru):   1. 6mm 2. 10mm 3. 15mm 4. 20mm 5. Materiał zgodyny z dyrektywą ROHS 2011/65/UE | TAK |  |
| 31 | **Stolik pod aparat do fizykoterapii :**   1. trzypółkowy 2. Szuflada na akcesoria 3. System jezdny – kółka 4. Trwała konstrukcja 5. Wymiary 85x54x52 cm ( +/- 3 cm) 6. Wymiary dolnej półki dl x szer. 54 x 50 cm ( +/- 2 cm) 7. Wymiary górnej półki dł. x szer. 54 x 37 cm ( +/- 2 cm)   Zamawiający dopuszcza również stolik trzypółkowy pod aparat do fizykoterapii o wymiarach szerokość:  45 cm x wysokość: 82 cm x głębokość 53 cm, wymiary półki górnej: 45 x 45 cm, wymiary półki środkowej 37 x 45 cm, wymiary półki dolnej: 45 x 45 cm Pozostałe parametry wg SWZ | 4 sztuki |  |
| 32 | Elastyczny pas rzepowy do mocowania elektrod 60x10 (+/- 2 cm) 5 sztuk (razem 20 sztuk) | TAK |  |
| 33 | Elastyczny pas rzepowy do mocowania elektrod 40x10 (+/- 2 cm) 5 sztuk (razem 20 sztuk) | TAK |  |
| 34 | Woreczek z piaskiem 21x28 (+/- 2 cm) 5 sztuk (razem 20 sztuk) | TAK |  |
| 35 | Instrukcja obsługi w języku polskim, paszport techniczny | TAK |  |
| 36 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**Załącznik nr 3.10 do SWZ PAKIET NR 10 – Aparat do głębokiej elektrostymulacji elektromagnetycznej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany*** | ***Parametr oferowany*** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2021 lub nowszy |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
| 6 | Wykaz środków eksploatacyjnych | Podać |  |
|  | Wymagania ogólne | Parametr wymagany  i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE |
| 1 | Aparat do głębokiej stymulacji elektromagnetycznej min. 1 kanałowy. | TAK |  |
| 2 | Minimalna moc wyjściowa: 3T | TAK |  |
| 3 | Czas trwania impulsu: 400ns | TAK |  |
| 4 | Kształt impulsu : fala symetryczna dwufazowa | TAK |  |
| 5 | Częstotliwość pracy: 1-100hz | TAK |  |
| 6 | Długi czas emisji i krótki czas ładowania kondensatora. | TAK |  |
| 7 | System chłodzenia urządzenia wodą gwarantujący krótki czas chłodzenia i trwałość urządzenia | TAK |  |
| 8 | Sposób pracy manualny oraz co najmniej 2 ukierunkowane automatyczne systemy programów (estetyka i fizjoterapia) zawierające konkretne obszary ciała | TAK |  |
| 9 | Możliwość kreowania programów użytkownika | TAK |  |
| 10 | Dedykowane programy urologiczne | TAK |  |
| 11 | Zabieg można wykonać w dowolnej pozycji dzięki zastosowania elastycznego metalowego ramienia. | TAK |  |
| 12 | Może być używany do obu estetyki i fizjoterapii | TAK |  |
| Pkt 8 i 12 Zamawiający dopuszcza Aparat do głębokiej stymulacji elektromagnetycznej niewyposażony w programy do medycyny estetycznej natomiast wyposażony w programy do fizjoterapii i urologii | | | |
| 13 | Indywidualny plan leczenia dla każdego pacjenta. | TAK |  |
| 14 | Moc szacunkowa min. 2kVA | TAK |  |
| 15 | Wymiary max. 54x50x118 | TAK |  |
| 16 | Waga 70 kg ( + 5kg/- 10 kg) | TAK |  |
| 17 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP). | TAK |  |
| Dopuszczenie  Zamawiający pod warunkiem spełnienia pozostałych wymogów SWZ dopuszcza najwyższej jakości aparat do głębokiej stymulacji elektromagnetycznej o  częstotliwości pracy od 1 do 160 Hz z rozbudowaną bazą zabiegów terapeutycznych w tym bardzo szeroką bazą zabiegów uroginekologicznych , umożliwiający o rozbudowę o 4 aplikatory oraz dedykowany fotel z wbudowanymi specjalnie zaprojektowanymi 1 lub 2 aplikatorami do zabiegów uroginekologicznych . Aparat charakteryzuje się poniższymi parametrami i wyposażeniem : Urządzenie do terapii polem magnetycznym o indukcyjności min. 3 Tesle. Częstotliwość zabiegowa w zakresie minimum 1-160Hz Aparat czterokanałowy. Możliwość min. podłączenia 4 aplikatorów jednocześnie.Możliwość wykorzystania wszystkich 4 podłączonych aplikatorów w czasie jednego zabiegu Możliwość równoczesnej pracy min. dwóch aplikatorów Graficzna baza jednostek chorobowych. Minimum 100 jednostek. Możliwość zapisania własnych programów zabiegowych – minimum 100 Dotykowy ekran graficzny o przekątnej min. 8 cali Urządzenie do leczenia jednostek chorobowych min. takich jak: -schorzenia kręgosłupa: np. ostry/przewlekły ból, rwa kulszowa, zmiany zwyrodnieniowe – zaburzenia układu nerwowego - zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego: np. zwyrodnienie stawów, zamrożony bark - rehabilitacja sportowa: np. osłabienie i zaniki mięśni - zaburzenia układu moczowo-płciowego: np.nietrzymanie moczu u kobiet, ból prostaty, problemy z erekcją - problemy z mięśniami dna miednicy np.problemy pooperacyjne, poporodowe Impulsowe pole magnetyczne emitowane przez urządzenie powoduje, że mięśnie w polu zabiegowym np. mięśnie dna miednicy kurczą się bez konieczności mocowania elektrod. Stymulacja elektromagnetyczna działająca silnie biostymulacyjnie oraz przywraca prawidłowy tonus mięśni na które oddziałuje. Głębokość funkcjonalnej stymulacji powodującej skurcze mięśni minimum 10cm w głąb organizmu Modulacja kształtu linii pola magnetycznego min: sinusoida, półsinusoida, trapez wstępujący, trapez zstępujący, prostokąt z możliwością regulacji zakresów częstotliwości Modulacja amplitudy linii pola magnetycznego w zakresie min. 10% - 50% Regulowany czas trwania każdego cyklu min. 1 s – 20 min Czas aktywności regulowany w zakresie min. 1 do 20 s Czas pauzy regulowany w zakresie min. 0 do 240 s Wymiary aparatu (szer. x dł. x wys.) 40 x 60 x 27cm+/-5% Możliwość zaprogramowania minimum 99 różnych cykli z różnymi konfiguracjami na jeden program zabiegowy Waga sterownika maksymalnie maks. 12 kg Czas trwania zabiegu regulowany w zakresie minimum 1 do 60 min Aparat bezolejowy. Aparat i aplikatory chłodzone powietrzem Możliwość rozbudowy urządzenia o aplikator fotelowy bez większych elementów metalowych z wmontowanymi (wbudowanymi na stałe i regulowanymi) dwiema cewakami pola magnetycznego. Jedna w siedzisku do stymulacji mięśni dna miednicy, druga w oparciu do stymulacji kręgosłupa. Aparat do pracy ciągłej, nie wymaga przerw na chłodzenie Deklaracja zgodności/certyfikat CE, zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych Sterownik Aplikator manualny do aparatu o rozmiarze 15 cm +/- 3% - 1 szt. Wózek 3 – półkowy na kółkach z uchwytem na aplikator dedykowany do urządzenia – 1 szt. Kozetka leżanka drewniana – 1 szt. | | | |
| Dopuszczenie 2  Zamawiający dopuszcza, pod warunkiem spełnienia pozostałych wymagań w szczególności określonych w p. 1-7, aparat o nie gorszych, poniższych parametrach?  Aparat do wysokoenergetycznej terapii indukcyjnej i stymulacji elektromagnetycznej emField Pro. Zabiegi z wykorzystaniem wysokoenergetycznej terapii indukcyjnej, oprócz efektywnej redukcji bólu, minimalizują napięcie mięśniowe, wspomagają cyrkulację krwi i aktywują procesy regeneracyjne organizmu, cechując się małą ilością przeciwwskazań do terapii.  Wskazania kliniczne:  • ból odcinka szyjnego  • zamrożony bark  • syndrom cieśni nadgarstka  • bóle odcinka lędźwiowego  • rwa kulszowa  • bóle miednicy  • tendinopatia więzadła rzepki  • reumatoidalne zapalenie stawów  • leczenie złamań  • regeneracja nerwów  Dane techniczne:  Moc magnetyczna: 3 tesle (duży aplikator)  2,5 tesli (średni aplikator)  Kanały: 2  Częstotliwość: 1 - 100 Hz  Protokoły zabiegowe: 20 programów,  20 ulubionych,  20 programów w trybie eksperta  Czas zabiegu: 1 - 60 min  Wyświetlacz: 8” dotykowy LCD i centralny przycisk sterujący  Wymiary (dł. x szer. x wys.) [mm]: 542 x 501 x 993  Waga: ok. 60 kg | | | |
| 18 | **Kozetka medyczna drewniana 1 szt. :**   * Mocna stabilna drewniana konstrukcja, dwuczęściowy -zagłówek, leże * Pokryta materiałem łatwo myjącym, odporny na działanie środków do dezynfekcji * Regulowany zagłówek min trzy ustawienie w zakresie 0-35 stopni * Wymiary 187x66x70 cm (dł.,szer.,wys.) +- 3 cm * Waga do 33 kg * Wytrzymałość obciążenie 150 kg * Uchwyt na papier | TAK |  |
| 19 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 20 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**Załącznik nr 3.11 do SWZ PAKIET NR 11, Stół do masażu z elektryczną regulacją wraz z osprzętem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany*** | ***Parametr oferowany*** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2021 lub nowszy |  |
| 5 | Ilość | 4 szt. |  |
|  | ***Wymagania ogólne*** | ***Parametr wymagany  i wskazany do oceny*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |
| 1 | 4-sekcyjny stół do masażu i rehabilitacji, | TAK |  |
| 2 | Łatwa regulacja zagłówka przy pomocy sprężyny gazowej (od -70° do +40°), | TAK |  |
| 3 | Zagłówek z wyprofilowanym otworem na twarz wraz z zaślepką, | TAK |  |
| 4 | Opuszczane boczki zagłówka, | TAK |  |
| 5 | Dwuwarstwowa tapicerka wykonana z atestowanych materiałów. Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych | TAK |  |
| 6 | Łącznik z tapicerki maskujący przerwy między sekcjami, | TAK |  |
| 7 | Śruby mocujące leżysko wkręcane w metalowe wzmocnienia znajdujące się w desce tapicerki, | TAK |  |
| 8 | Malowana proszkowo, stabilna stalowa rama o konstrukcji krzyżakowej, | TAK |  |
| 9 | Relingi do zamocowania pasów oraz otwory na bananki, | TAK |  |
| 10 | System elektrycznej regulacji wysokości za pomocą ramki wokół | TAK |  |
| 11 | Podstawy stołu (od 50 do 101 cm), | TAK |  |
| 12 | Zintegrowany z podstawą stołu system zabezpieczający przed niepożądaną zmianą ustawień stołu wyposażony w 2 stożkowe, magnetyczne klucze dostępu. System musi zapewniać bezpieczeństwo nawet po odłączeniu sterowania zdalnego w postaci pilota bądź pedału nożnego, | TAK |  |
| 13 | Zintegrowany sterownik elektroniczny z możliwością obsługi do 2 siłowników, umiejscowiony w podstawie stołu, | TAK |  |
| 14 | Malowana proszkowo ramka wokół podstawy stołu dostępna z czterech stron, | TAK |  |
| 15 | Antypoślizgowe, gumowe stopki z regulacją wysokości do 1 cm umożliwiające wypoziomowanie stołu | TAK |  |
| 16 | System jezdny, składającym się z 4 kółek antypoślizgowych, gumowych stopek. | TAK |  |
| 17 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP). | TAK |  |
| 18 | Taboret siodło (razem 4 sztuki):   1. Profilowane siedzisko w kształcie siodła, średnica 40 cm (+/- 20 mm) 2. System jezdny 4 kółka 3. Średnica podstawy 46cm (+/- 3 cm) 4. Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych 5. Grubość pianki siedziska 4,5 cm- 5,5 cm 6. Wytrzymałość obciążenie 120 kg 7. Waga 6-7 kg 8. Wysokość regulacji 55-75 cm | Tak |  |
| 19 | **Schodek jednostopniowy** (razem 4 sztuki)**:**   * Wymiary 50x30cm (+/- 2 cm) * Wysokość 22cm * Wytrzymałość waga użytkownika 120 kg * Silna stabilna konstrukcja * Pokryta antypoślizgową wykładziną * Nasadki antypoślizgowe na nóżkach   Zamawiający dopuszcza schodek stopniowy o wymiarach 47 x 33 cm. Pozostałe parametry wg SWZ | Tak |  |
| 20 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 21 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**Załącznik nr 3.12 do SWZ PAKIET NR 12, Krzesło do masażu wraz z osprzętem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany*** | ***Parametr oferowany*** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2021 lub nowszy |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
| 6 | Wykaz środków eksploatacyjnych | Podać |  |
| **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | |
|  | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany  i wskazany do oceny*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |
| 1 | Możliwość składania | TAK |  |
| 2 | Dwuwarstwowa tapicerka wykonana z atestowanych materiałów. Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych | TAK |  |
| 3 | Szerokość: 50-55cm | TAK |  |
| 4 | Dopuszczalne obciążenie: min. 150 kg | TAK |  |
| 5 | Możliwości regulacji wysokości siedziska i poduszki wspierającej klatkę piersiową | TAK |  |
| 6 | Możliwość regulacji kąta nachylenia podgłówka i półki pod ramiona | TAK |  |
| 7 | Taboret siodło:   1. Profilowane siedzisko w kształcie siodła, średnica 40 cm (+/- 20 mm) 2. System jezdny 4 kółka 3. Średnica podstawy 46cm (+/- 3 cm) 4. Grubość pianki siedziska 4,5 cm- 5,5 cm 5. Wytrzymałość obciążenie 120 kg 6. Waga 6-7 kg 7. Wysokość regulacji 55-75 cm | TAK |  |
| 8 | **Schodek jednostopniowy:**   * Wymiary 50x30 (+/- 2 cm) * Wysokość 22cm * Wytrzymałość waga użytkownika 120 kg * Silna stabilna konstrukcja * Pokryta antypoślizgową wykładziną * Nasadki antypoślizgowe na nóżkach | TAK |  |
| 9 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP). | TAK |  |
| 10 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 11 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**Załącznik nr 3.13 do SWZ PAKIET NR 13** – **Szyna CPM**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany  i oceniany*** | ***Opis parametru oferowanego*** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2021 lub nowszy |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 2 szt. |  |
| 6 | Wykaz środków eksploatacyjnych | Podać |  |
|  | **WYMAGANIA OGÓLNE** |  |  |
| 1 | 1. Zakres ruchomości stawu kolanowego wyprost -10 | TAK |  |
| 2 | 1. Zakres ruchomości stawu kolanowego zgięcie 120 | TAK |  |
| 3 | 1. Zakres ruchomości stawu biodrowego wyprost 10 | TAK |  |
| 4 | 1. Zakres ruchomości stawu biodrowego zgięcie min. 75 | TAK |  |
| 5 | Regulacja ustawienia zgięcia grzbietowego i podeszwowego stawu skokowego | TAK |  |
| 6 | Waga pacjenta min. 130 kg | TAK |  |
| 7 | Pilot sterujący z czytelnym wyświetlaczem ciekłokrystalicznym  Zamawiający dopuszcza, ale nie wymaga, aby wyświetlacz ciekłokrystaliczny pilota sterującego ma posiadać regulację kontrastu oraz rejestr wyników ćwiczeń prezentowany w formie graficznej | TAK |  |
| 8 | Łatwe w dezynfekcji, wymienne podkładki pod kończynę | TAK |  |
| 9 | Obciążenie: 1 do 6 | TAK |  |
| 10 | Napięcie zasilania: 90 – 260 V | TAK |  |
| 11 | Pobór mocy: 50VA | TAK |  |
| Pkt 3,4, 9, 10, 11 Zamawiający dopuszcza szynę CPM posiadająca szerszy/lepszy zakres ruchomości stawu biodrowego 0/7/115 oraz szerszą/lepszą regulację obciążenia w 1-25 stopniach o zasilaniu spełniającym wszelkie normy 100-240V o niższym/lepszym poborze mocy 5-40VA | | | |
| 12 | Wymienne podkładki plastikowe do szyny CPM | TAK |  |
| 13 | Regulacja długości podparcia całej kończyny | TAK |  |
| 14 | Regulacja długości podparcia łydki | TAK |  |
| 15 | Regulacja długości podparcia uda | TAK |  |
| Pkt 13,14, 15 chodzi o regulację głębokości/wysokości podparcia łydki i uda oraz o regulację długości kończyny | | | |
| 16 | Waga urządzenia do 12 kg | TAK |  |
| 17 | Szkolenie pracowników | TAK |  |
| 18 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP). | TAK |  |
| 19 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 20 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |
| Zamawiający dopuszcza, ale nie wymaga, aby szyna posiadała programy poszerzające zakres terapii takie jak program oscylacji (powtarzanie końcowego zakresu ruchu), program stretchingu (delikatne rozszerzanie zakresu ruchu), program elektrostymulacji (program synchronizujący ruch bierny z elektrostymulacją), program łączący różne z wymienionych funkcji oraz program przygotowujący do ćwiczeń po dłuższej przerwie  Zamawiający dopuszcza, ale nie wymaga, aby szyna CPM ma być wyposażona w karty chip do zapisu indywidualnych danych terapii pacjenta. | | | |

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**Załącznik nr 3.14 do SWZ PAKIET NR 14, Bieżnia antygrawitacyjna wraz z osprzętem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Opis parametrów wymaganych*** | ***Parametr wymagany*** | ***Parametr oferowany*** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2021 lub nowszy |  |
| 5 | Ilość | 1 szt. |  |
| 6 | Wykaz środków eksploatacyjnych | Podać |  |
|  | ***Wymagania ogólne*** | ***Parametr wymagany  i wskazany do oceny*** | ***Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE*** |
| 1 | Waga pacjenta do min. 180 kg | TAK |  |
| 2 | Wzrost pacjenta 150 – 190 cm | TAK |  |
| 3 | Regulacja masy ciała od 100% do 20 % | TAK |  |
| 4 | Regulacja masy ciała co 1% | TAK |  |
| 5 | Zintegrowana komora powietrzna | TAK |  |
| 6 | Regulowana wysokość ramy komory | TAK |  |
| 7 | Prędkość do przodu 0-18 km/h | TAK |  |
| 8 | Prędkość do tyłu 0-4,5 km/h | TAK |  |
| 9 | Regulacja prędkości co 0,1 km/h | TAK |  |
| 10 | Zakres stopnia nachylenia 0-15% | TAK |  |
| 11 | Ekran dotykowy | TAK |  |
| 12 | Magnes bezpieczeństwa | TAK |  |
| 13 | Szorty standardowe w zestawie 2SxS, 2xM, 2xL, 2XL | TAK |  |
| 14 | Szorty 1x XS i 1x XXL | TAK |  |
| 15 | Możliwość generowania raportów z sesji treningowej | TAK |  |
| 16 | Możliwość podłączenia z siecią Wi-Fi | TAK |  |
| 17 | Możliwość wysyłania raportów drogą e-mail | TAK |  |
| 18 | Możliwość eksportowania danych za pomocą USB | TAK |  |
| 19 | Wbudowany system monitorowania HD | TAK |  |
| 20 | Możliwość nagrywania sesji treningowych | TAK |  |
| 21 | Wbudowany system analizy chodu | TAK |  |
| 22 | Pomiar symetrii obciążania kończyn | TAK |  |
| 23 | Pomiar kadencji | TAK |  |
| 24 | Pomiar symetrii czasu w fazie podporu | TAK |  |
| 25 | Pomiar symetrii długości kroku | TAK |  |
| 26 | Wartość poszczególnych parametrów chodu wyświetlana w czasie rzeczywistym | TAK |  |
| 27 | Tryb chodu nożycowego | TAK |  |
| 28 | Tryb biegu | TAK |  |
| 29 | Ocena stopnia dolegliwości bólowych | TAK |  |
| 30 | Graficzna analiza przebiegu sesji | TAK |  |
| 31 | Możliwość zintegrowania z pulsometrem | TAK |  |
| 32 | Szkolenie pracowników | TAK |  |
| 33 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP). | TAK |  |
| 34 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 35 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

**Uwaga!**

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**Załącznik nr 3.15** PAKIET NR 15 –Aparat do magnetoterapii wraz z osprzętem

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | | | Opis parametrów wymaganych | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| 1 | | | Producent | Podać |  |
| 2 | | | Nazwa i typ | Podać |  |
| 3 | | | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 40 | | | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2021 lub nowszy |  |
| 5 | | | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
| 6 | | | Wykaz środków eksploatacyjnych | Podać |  |
| WYMAGANIA OGÓLNE | | | | | |
|  | | |  | Parametr wymagany  i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE |
| 1 | | | Aparat współpracujący z aplikatorem płaskim i aplikatorem szpulowym o śr. min 75 cm | TAK |  |
| 2 | | | Dwa niezależne kanały zabiegowe | TAK |  |
| 3 | | | parametry trybu przerywanego: impuls 1 s/ przerwa 0,5 – 8 | TAK |  |
| 4 | | | Spektrum częstotliwości: 0 – 50 Hz | TAK |  |
| 5 | | | Zegar zabiegowy: 30 s - 60 minut | TAK |  |
| 6 | | | Okulary ochronne dla pacjenta | TAK |  |
| 7 | | | Kolorowy wyświetlacz z panelem dotykowym | TAK |  |
| 8 | | | Tryb manualny | TAK |  |
| 9 | | | Baza wbudowanych programów zabiegowych | TAK |  |
| 10 | | | Baza programów użytkownika | TAK |  |
| 11 | | | Baza sekwencji użytkownika | TAK |  |
| 12 | | | Programy ulubione | TAK |  |
| 13 | | | Regulacja głośności sygnalizatora dźwiękowego | TAK |  |
| 14 | | | Kształt pola: prostokątny dwupołówkowy, trójkątny dwupołówkowy, prostokątny jednopołówkowy, trójkątny jednopołówkowy, sinusoidalny jednopołówkowy, impulsowy jednopołówkowy | TAK |  |
| 15 | | | Możliwość edycji nazw programów i sekwencji użytkownika | TAK |  |
| 16 | | | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP). | TAK |  |
| 17 | | | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 18 | | | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |
|  | | | Wyposażenie Aplikator płaski ze statywem | szt. 1 |  |
| 19 | | | Producent | Podać |  |
| 20 | | | Nazwa i typ | Podać |  |
| 21 | | | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 22 | | | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2021 lub nowszy |  |
| 23 | | | Wykaz środków eksploatacyjnych | Podać |  |
| WYMAGANIA OGÓLNE | | | | | |
|  | | |  | Parametr wymagany  i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE |
| 24 | | | Współpracuje z aparatem do magnetoterapii | TAK |  |
| 25 | | | Regulacja wysokości statywu | TAK |  |
| 26 | | | Kąt regulacji obrotu aplikatora min. 150⁰ | TAK |  |
| 27 | | | Kółka jezdne statywu | TAK |  |
| 28 | | | Maksymalna indukcja znamionowa w geometrycznym środku aplikatora 3 mT | TAK |  |
| 29 | | | Maksymalna instrukcja znamionowa przy ściance aplikatora 12,5mT | TAK |  |
| 30 | | | Maksymalna wartość zmiany indukcji 25 mT | TAK |  |
| 31 | | | Wskaźnik wizualny aktywności pola magnetycznego. | TAK |  |
| 32 | | | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP). | TAK |  |
| 33 | | | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 34 | | | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |
|  | | Wyposażenie Aplikator szpulowy | | szt. 1 |  |
| 35 | | Producent | | Podać |  |
| 36 | | Nazwa i typ | | Podać |  |
| 37 | | Kraj pochodzenia | | Podać |  |
| 38 | | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | | Min. 2021 lub nowszy |  |
| 39 | | Wykaz środków eksploatacyjnych | | Podać |  |
| WYMAGANIA OGÓLNE | | | | | |
|  |  | | | Parametr wymagany  i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE |
| 40 | Aplikator współpracujący z aparatem do magnetoterapii | | | TAK |  |
| 41 | Średnica aplikatora min. 75 cm | | | TAK |  |
| 42 | Wizualny wskaźnik aktywności pola magnetycznego | | | TAK |  |
| 43 | Maksymalna indukcja znamionowa w geometrycznym środku aplikatora 3mT | | | TAK |  |
| 44 | Maksymalna indukcja znamionowa przy ściance aplikatora 4,5mT | | | TAK |  |
| 45 | Maksymalna wartość zmiany indukcji 9 mT | | | TAK |  |
| 46 | Aplikator współpracuje z leżanką do pola magnetycznego | | | TAK |  |
| 47 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP). | | | TAK |  |
| 48 | Instrukcja obsługi w języku polskim | | | TAK |  |
| 49 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | | | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |
|  | Wyposażenie Leżanka pola magnetycznego | | | szt. 1 |  |
| 50 | Producent | | | Podać |  |
| 51 | Nazwa i typ | | | Podać |  |
| 52 | Kraj pochodzenia | | | Podać |  |
| 53 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | | | Min. 2021 lub nowszy |  |
| 54 | Wykaz środków eksploatacyjnych | | | Podać |  |
| WYMAGANIA OGÓLNE | | | | | |
|  |  | | | Parametr wymagany  i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE |
| 55 | Leżanka pola magnetycznego współpracuje z aplikatorem szpulowym o śr min 75 cm | | | TAK |  |
| 56 | Nośność leżanki min 130 kg | | | TAK |  |
| 57 | Wymiary leżanki wraz z półką max (dł. szer. wys.) 215 x 54 x 120 cm +/- 20 mm | | | TAK |  |
| 58 | Wysokość leżyska 60 - 65cm | | | TAK |  |
| 59 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP). | | | TAK |  |
| 61 | Instrukcja obsługi w języku polskim | | | TAK |  |
| 62 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | | | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

Uwaga!

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**Załącznik nr 3.16** PAKIET NR 16 –Aparat do laseroterapii wraz z osprzętem

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis parametrów wymaganych | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2021 lub nowszy |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
| 6 | Wykaz środków eksploatacyjnych | Podać |  |
| WYMAGANIA OGÓLNE | | | |
|  |  | Parametr wymagany  i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE |
| 1 | współpraca z aplikatorami: skanującym, prysznicowym i sondami punktowymi | TAK |  |
| 2 | Możliwość jednoczesnego podłączenia sond punktowych IR,R oraz aplikatora skanującego/prysznicowego | TAK |  |
| 3 | Licznik czasu pracy aplikatorów | TAK |  |
| 4 | Pomiar mocy aplikatorów | TAK |  |
| 5 | Tryb pracy : programowy i manualny | TAK |  |
| 6 | Możliwość zapisywania własnych programów (min. 40) | TAK |  |
| 7 | Regulacja mocy aplikatorów | TAK |  |
| 8 | Tryb emisji promieniowania : ciągły i impulsowy | TAK |  |
| 9 | Zakres częstotliwości : od 1 do min. 5000Hz | TAK |  |
| 10 | Regulacja wypełnienia impulsu | TAK |  |
| 11 | Zegar zabiegowy | TAK |  |
| 12 | Wbudowane programy zabiegowe – min. 150 | TAK |  |
| 13 | Gotowe programy zabiegowe dla aplikatora skanującego | TAK |  |
| 14 | Gotowe programy zabiegowe dla aplikatora prysznicowego | TAK |  |
| 15 | Gotowe programy zabiegowe dla sond punktowych | TAK |  |
| 16 | Gotowe programy akupunkturowe dla sond punktowych | TAK |  |
| 17 | Wybór programów po nazwach jednostek chorobowych | TAK |  |
| 18 | Możliwość automatycznego powtórzenia zabiegu | TAK |  |
| 19 | Autotest – kontrola sprawności aparatu | TAK |  |
| 20 | Okulary ochronne dla pacjenta (2szt) | TAK |  |
| 21 | Duży, czytelny wyświetlacz z obsługą w trybie graficznym | TAK |  |
| 22 | Wiązka pilotująca wskazująca miejsce aplikacji | TAK |  |
| 23 | Automatyczne przeliczanie czasu względem parametrów zabiegowych - dawki, mocy, wypełnienia, pola zabiegowego | TAK |  |
| 24 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP). | TAK |  |
| 25 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 26 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |
| 27 | Parametry laseroterapii skaner laserowy:  długość fali skanera 808 i 660 nm  maksymalna moc skanera 450 i 100 mW  regulacja mocy 50%  częstotliwość trybu impulsowego 1 - 5000 Hz  wypełnienie przebiegu dla pracy impulsowej skanera 75% |  |  |
|  | Wyposażenie Aplikator skanujący ze statywem |  |  |
| 28 | Producent | Podać |  |
| 29 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 30 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 31 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2021 lub nowszy |  |
| 32 | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
| 33 | Wykaz środków eksploatacyjnych | Podać |  |
| WYMAGANIA OGÓLNE | | | |
|  |  | Parametr wymagany  i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE |
| 34 | Współpraca z aparatem do laseroterapii | TAK |  |
| 35 | Moc: min. 100 mW d;la światła czerwonego oraz min. 450 mW dla światła podczerwonego | TAK |  |
| 36 | Podstawa jezdna wyposażona w kółka z hamulcami | TAK |  |
| 37 | Półka na aparat (sterownik) i okulary | TAK |  |
| 38 | Regulacja głowicy skanera w dwóch płaszczyznach oraz regulacja wysokości | TAK |  |
| 39 | Ramię statywu skanera wspomagane siłownikiem pneumatycznym | TAK |  |
| 40 | Tryb naświetlania powierzchni zabiegowej: koło/elipsa, kwadrat/prostokąt, krzywe w granicach prostokąta | TAK |  |
| 41 | Automatyczne przeliczanie czasu pracy w zależności od wielkości naświetlanego pola | TAK |  |
| 42 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP). | TAK |  |
| 43 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 44 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

Uwaga!

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**Załącznik nr 3.17** PAKIET NR 17 –Platforma wraz z osprzętem, stacja terapeuty

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Lp | | Opis parametrów wymaganych | | | | Parametr wymagany i oceniany | Wartość oferowana |
|  | 1 | | Producent | | | | Podać |  |
|  | 2 | | Nazwa i typ urządzenia | | | | Podać |  |
|  | 3 | | Kraj pochodzenia | | | | Podać |  |
|  | 4 | | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | | | | Min. 2021 lub nowszy |  |
|  | 5 | | Zamawiana ilość | | | | 2 szt. |  |
|  | 6 | | Wykaz środków eksploatacyjnych | | | | Podać |  |
|  |  | | WYMAGANIA OGÓLNE | | | | Parametr wymagany i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE\*\* |
|  | 7 | | Możliwość zarządzania wszystkimi dostępnymi stacjami w oprogramowaniu | | | | TAK |  |
|  | 8 | | Możliwość obsługi 10 różnych urządzeń opartych na oporze elastycznym i platform | | | | TAK |  |
|  | 9 | | Monitor dotykowy min. 21,5’ | | | | TAK |  |
|  | 10 | | Komputer PC spełniający minimalne wymagania:  system operacyjny w języku polskim, współpracujący z oprogramowaniem dostarczanym z zakupionym urządzeniem oraz wspierany przez producenta przez okres gwarancji urządzenia  procesor min. 2GHz  pamięć min. 8 GB RAM  Karta graficzna o min. Parametrach:  -złącze: PCIe 3.0x16  -pamięć: 2-4 GB  -rodzaj pamięci: GDDR5  -szyna pamięci: 128 bit  -efektywne taktowanie pamięci: 7008 MHz  -chłodzenie aktywne  - wyjścia HDMI - 1 szt., DVI - 1 szt., DisplayPort - 1 szt  Karta sieciowa Wi-Fi \* | | | | TAK |  |
|  | 11 | | Klawiatura ze zintegrowaną myszką | | | | TAK |  |
|  | 12 | | Router Wi-Fi łączący stację terapeuty z poszczególnymi stacjami | | | | TAK |  |
|  | 13 | | stabilny stojak na kółkach | | | | TAK |  |
|  | 14 | | Dożywotnia licencja oprogramowania do zbierania, przechowywania i administrowania danymi oraz administrowania połączonymi i kompatybilnymi urządzeniami | | | | TAK |  |
|  | 15 | | Szkolenie personelu | | | | TAK |  |
|  | 16 | |  | | | | | |
|  | 17 | | Instrukcja obsługi w języku polskim | | | | TAK |  |
|  | 18 | | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | | | | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |
|  |  | | Wyposażenie:Urządzenie do ćwiczeń całego ciała oparte na wirtualnej rzeczywistości | | | |  |  |
|  | 19 | | Producent | | | | Podać |  |
|  | 20 | | Nazwa i typ urządzenia | | | | Podać |  |
|  | 21 | | Kraj pochodzenia | | | | Podać |  |
|  | 22 | | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | | | | Min. 2021 lub nowszy |  |
|  | 23 | | Zamawiana ilość | | | | 2 szt. |  |
|  | 24 | | Wykaz środków eksploatacyjnych | | | | Podać |  |
|  |  | | WYMAGANIA OGÓLNE | | | | Parametr wymagany i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE\*\* |
|  | 25 | | Możliwość sterowania działaniem urządzenia ze stacji terapeuty | | | | TAK |  |
|  | 26 | | Biofeedback w czasie rzeczywistym podczas prowadzeni ćwiczeń | | | | TAK |  |
|  | 27 | | Możliwość ćwiczeń w staniu i w siadzie | | | | TAK |  |
|  | 28 | | Możliwość ćwiczeń wybranych segmentów ciała | | | | TAK |  |
|  | 29 | | Możliwość diagnostyki zakresu ruchów, pomiar kątów, prędkości i przyspieszenia w czasie ćwiczeń | | | | TAK |  |
|  | 30 | | Dane uzyskane dane diagnostyczne zapisane w automatycznie w oprogramowaniu sterującym urządzeniem | | | | TAK |  |
|  | 31 | | Możliwość prowadzenia ćwiczeń statycznych i dynamicznych | | | | TAK |  |
|  | 32 | | Możliwość modyfikacji i tworzenia szablonów ćwiczeń, również w trakcie prowadzenia ćwiczeń | | | | TAK |  |
|  | 33 | | Możliwość prowadzenia ćwiczeń samowspomaganych | | | | TAK |  |
|  | 34 | | Możliwość prowadzenia ćwiczeń poznawczych | | | | TAK |  |
|  | 35 | | Możliwość dostosowania poziomu trudności ćwiczeń do aktualnych potrzeb pacjenta | | | | TAK |  |
|  | 36 | | Min. 40 gier terapeutycznych | | | | TAK |  |
|  | 37 | | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP). | | | | TAK |  |
|  | 38 | | Oprogramowanie z możliwością rozbudowy o 9 różnych urządzeń opartych na oporze elastycznym oraz platformach | | | | TAK |  |
|  | 39 | | Telewizor dla pacjenta o przekątnej minimum 42’ | | | | TAK |  |
|  | 40 | | Stabilny stojak na kółkach dla pacjenta | | | | TAK |  |
|  | 41 | | Kamera umożliwiająca pacjentowi interakcję z oprogramowaniem, wykorzystująca gesty, ruchy kończyn i całego ciała | | | | TAK |  |
|  | 42 | | Możliwość regulacji monitora dla pacjenta | | | | TAK |  |
|  | 43 | | Komputer PC spełniający minimalne wymagania:  system operacyjny w języku polskim, współpracujący z oprogramowaniem dostarczanym z zakupionym urządzeniem oraz wspierany przez producenta przez okres gwarancji urządzenia  procesor min. 2GHz  pamięć min. 8 GB RAM  Karta graficzna o min. Parametrach:  -złącze: PCIe 3.0x16  -pamięć: 2-4 GB  -rodzaj pamięci: GDDR5  -szyna pamięci: 128 bit  -efektywne taktowanie pamięci: 7008 MHz  -chłodzenie aktywne  - wyjścia HDMI - 1 szt., DVI - 1 szt., DisplayPort - 1 szt  Karta sieciowa Wi-Fi \* | | | | TAK |  |
|  | 44 | | Klawiatura bezprzewodowa z wbudowaną myszką | | | | TAK |  |
|  | 45 | | Stabilny stojak na kółkach dla terapeuty | | | | TAK |  |
|  | 46 | | Instrukcja obsługi w języku polskim | | | | TAK |  |
|  | 47 | | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | | | | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |
|  |  | | Wyposażenie: Platforma stabilometryczna | | | | Parametr wymagany i oceniany |  |
|  | 48 | | Producent | | | | Podać |  |
|  | 49 | | Nazwa i typ urządzenia | | | | Podać |  |
|  | 50 | | Kraj pochodzenia | | | | Podać |  |
|  | 51 | | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | | | | Min. 2021 lub nowszy |  |
|  | 52 | | Zamawiana ilość | | | | 2 szt. |  |
|  | 53 | | Wykaz środków eksploatacyjnych | | | | Podać |  |
|  |  | | WYMAGANIA OGÓLNE | | | | Parametr wymagany i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE\*\* |
|  | 54 | | Możliwość sterowania działaniem platformy ze stacji terapeuty | | | | TAK |  |
|  | 55 | | Oprogramowanie z możliwością rozbudowy o 9 różnych urządzeń opartych na oporze elastycznym oraz platformach | | | | TAK |  |
|  | 56 | | Wbudowane testy równoważne | | | | TAK |  |
|  | 57 | | Dźwiękowa i wizualna informacja zwrotna | | | | TAK |  |
|  | 58 | | Podest z trójstronną barierką zabezpieczająca | | | | TAK |  |
|  | 59 | | Możliwość przeprowadzenia oraz automatyczne raportowanie wyników testów diagnostycznych:  test Romberga  test dynamiczny  test dystrybucji obciążenia  test Unterberga | | | | TAK |  |
|  | 60 | | Możliwość rejestracji COP i dystrybucji obciążenia kończyn | | | | TAK |  |
|  | 61 | | Rejestracja parametrów związanych z utrzymaniem równowagi:  testy statyczne – wskaźniki stabilności w 2 płaszczyznach, odchylenia COP, długość ścieżki COP, pole powierzchni zaznaczone przez COP  testy dynamiczne – czasy osiągnięcia celów w poszczególnych ćwiartkach płaszczyzny podparcia, odniesienie wygenerowanej przez pacjenta ścieżki do wartości minimalnej obliczanej przez oprogramowanie  test obciążania kończyn – procentowe obciążanie kończyn, procent czasu trwania testu, w którym kończyna była obciążana w sposób dominujący  test Unterberga – ilość wykonanych kroków, zmiana kątowa rotacji ciała | | | | TAK |  |
|  | 62 | | Możliwość modyfikacji i tworzenia własnych programów treningowych | | | | TAK |  |
|  | 63 | | Możliwość podłączenia modułu video do rejestracji podczas treningu i ćwiczeń | | | | TAK |  |
|  | 64 | | Możliwość wykonywania ćwiczeń za pomocą interaktywnych programów terapeutycznych o modyfikowalnym poziomie trudności | | | | TAK |  |
|  | 65 | | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP). | | | |  |  |
|  | 66 | | Komputer PC spełniający minimalne wymagania:  system operacyjny w języku polskim, współpracujący z oprogramowaniem dostarczanym z zakupionym urządzeniem oraz wspierany przez producenta przez okres gwarancji urządzenia  procesor min. 2GHz  pamięć min. 8 GB RAM  Karta graficzna o min. Parametrach:  -złącze: PCIe 3.0x16  -pamięć: 2-4 GB  -rodzaj pamięci: GDDR5  -szyna pamięci: 128 bit  -efektywne taktowanie pamięci: 7008 MHz  -chłodzenie aktywne  - wyjścia HDMI - 1 szt., DVI - 1 szt., DisplayPort - 1 szt  Karta sieciowa Wi-Fi \* | | | | TAK |  |
|  | 67 | | Telewizor dla pacjenta o przekątnej minimum 42’ | | | | TAK |  |
|  | 68 | | Możliwość regulacji monitora dla pacjenta | | | | TAK |  |
|  | 69 | | Klawiatura ze zintegrowaną myszką | | | | TAK |  |
|  | 70 | | Stabilny stojak na kółkach | | | | TAK |  |
|  | 71 | | Instrukcja obsługi w języku polskim | | | | TAK |  |
|  | 72 | | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | | | | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |
|  | | | | Wyposażenie: Platforma dynamograficzna | | |  |  |
| 73 | | | | Producent | | | Podać |  |
| 74 | | | | Nazwa i typ urządzenia | | | Podać |  |
| 75 | | | | Kraj pochodzenia | | | Podać |  |
| 76 | | | | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | | | Min. 2021 lub nowszy |  |
| 77 | | | | Zamawiana ilość | | | 2 szt. |  |
| 78 | | | | Wykaz środków eksploatacyjnych | | | Podać |  |
|  | | | | WYMAGANIA OGÓLNE | | | Parametr wymagany i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE\*\* |
| 79 | | | | Możliwość sterowania działaniem platformy ze stacji terapeuty | | | TAK |  |
| 80 | | | | Oprogramowanie z możliwością rozbudowy o 9 różnych urządzeń opartych na oporze elastycznym oraz platformach | | | TAK |  |
| 81 | | | | Wbudowane testy dystrybucji obciążania, testy chodu, wstawania i chodu | | | TAK |  |
| 82 | | | | Platforma dwupłytowa | | | TAK |  |
| 83 | | | | Dźwiękowa i wizualna informacja zwrotna | | | TAK |  |
| 84 | | | | Możliwość wykonywania ćwiczeń za pomocą interaktywnych programów terapeutycznych o modyfikowalnym poziomie trudności | | | TAK |  |
| 85 | | | | Możliwość modyfikacji i tworzenia własnych programów treningowych | | | TAK |  |
| 86 | | | | Wszelkie uzyskane dane diagnostyczne zapisywane automatycznie w oprogramowaniu sterującym platformą | | | TAK |  |
| 87 | | | | Możliwość stworzenia testu pozwalającego na ocenę ruchu składającego się z kilku faz | | | TAK |  |
| 88 | | | | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP). | | | TAK |  |
| 89 | | | | Możliwość podłączenia kamer | | | TAK |  |
| 90 | | | | Podest z trójstronną barierką zabezpieczająca | | | TAK |  |
| 91 | | | | Komputer PC spełniający minimalne wymagania:  system operacyjny w języku polskim, współpracujący z oprogramowaniem dostarczanym z zakupionym urządzeniem oraz wspierany przez producenta przez okres gwarancji urządzenia  procesor min. 2GHz  pamięć min. 8 GB RAM  Karta graficzna o min. Parametrach:  -złącze: PCIe 3.0x16  -pamięć: 2-4 GB  -rodzaj pamięci: GDDR5  -szyna pamięci: 128 bit  -efektywne taktowanie pamięci: 7008 MHz  -chłodzenie aktywne  - wyjścia HDMI - 1 szt., DVI - 1 szt., DisplayPort - 1 szt  Karta sieciowa Wi-Fi \* | | | TAK |  |
| 92 | | | | Telewizor dla pacjenta o przekątnej minimum 42’ | | | TAK |  |
| 93 | | | | Możliwość regulacji monitora dla pacjenta | | | TAK |  |
| 94 | | | | Klawiatura ze zintegrowaną myszką | | | TAK |  |
| 95 | | | | Stabilny stojak na kółkach | | | TAK |  |
| 96 | | | | Instrukcja obsługi w języku polskim | | | TAK |  |
| 97 | | | | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | | | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |
|  |  | | | | Wyposażenie: Fotel do ćwiczeń kończyn dolnych opartych na wirtualnej rzeczywistości | |  |  |
|  | 98 | | | | Producent | | Podać |  |
|  | 99 | | | | Nazwa i typ urządzenia | | Podać |  |
|  | 100 | | | | Kraj pochodzenia | | Podać |  |
|  | 101 | | | | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | | Min. 2021 lub nowszy |  |
|  | 102 | | | | Zamawiana ilość | | 1 szt. |  |
|  | 103 | | | | Wykaz środków eksploatacyjnych | | Podać |  |
|  |  | | | | WYMAGANIA OGÓLNE | | Parametr wymagany i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE\*\* |
|  | 104 | | | | Możliwość sterowania działaniem urządzenia ze stacji terapeuty | | TAK |  |
|  | 105 | | | | Oprogramowanie z możliwością rozbudowy o 9 różnych urządzeń opartych na oporze elastycznym oraz platformach | | TAK |  |
|  | 106 | | | | Dźwiękowa i wizualna informacja zwrotna | | TAK |  |
|  | 107 | | | | Możliwość wykonywania ćwiczeń za pomocą interaktywnych programów terapeutycznych o modyfikowalnym poziomie trudności | | TAK |  |
|  | 108 | | | | Możliwość modyfikacji i tworzenia własnych programów treningowych | | TAK |  |
|  | 109 | | | | Wszelkie uzyskane dane diagnostyczne zapisywane automatycznie w oprogramowaniu sterującym urządzeniem | | TAK |  |
|  | 110 | | | | Możliwość dostosowania poziomu trudności ćwiczeń do aktualnych potrzeb pacjenta | | TAK |  |
|  | 111 | | | | Możliwość pomiaru zakresu ruchomości | | TAK |  |
|  | 112 | | | | Możliwość ćwiczeń z wykorzystaniem oporu elastycznego | | TAK |  |
|  | 113 | | | | Zintegrowana dwupłytowa platforma dynamograficzna | | TAK |  |
|  | 114 | | | | Regulowane oparcie fotelu pacjenta | | TAK |  |
|  | 115 | | | | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP). | | TAK |  |
|  | 116 | | | | Komputer PC spełniający minimalne wymagania:  system operacyjny w języku polskim, współpracujący z oprogramowaniem dostarczanym z zakupionym urządzeniem oraz wspierany przez producenta przez okres gwarancji urządzenia  procesor min. 2GHz  pamięć min. 8 GB RAM  Karta graficzna o min. Parametrach:  -złącze: PCIe 3.0x16  -pamięć: 2-4 GB  -rodzaj pamięci: GDDR5  -szyna pamięci: 128 bit  -efektywne taktowanie pamięci: 7008 MHz  -chłodzenie aktywne  - wyjścia HDMI - 1 szt., DVI - 1 szt., DisplayPort - 1 szt  Karta sieciowa Wi-Fi \* | | TAK |  |
|  | 117 | | | | Telewizor dla pacjenta o przekątnej minimum 42’ | | TAK |  |
|  | 118 | | | | Możliwość regulacji monitora dla pacjenta | | TAK |  |
|  | 119 | | | | Klawiatura ze zintegrowaną myszką | | TAK |  |
|  | 120 | | | | Stabilny stojak na kółkach | | TAK |  |
|  | 121 | | | | Instrukcja obsługi w języku polskim | | TAK |  |
|  | 122 | | | | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |
|  |  |  | | | | Wyposażenie: Urządzenie do ćwiczeń kończyn dolnych opartych na wirtualnej rzeczywistości | Parametr wymagany i oceniany |  |
|  |  | 123 | | | | Producent | Podać |  |
|  |  | 124 | | | | Nazwa i typ urządzenia | Podać |  |
|  |  | 125 | | | | Kraj pochodzenia | Podać |  |
|  |  | 126 | | | | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2021 lub nowszy |  |
|  |  | 127 | | | | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
|  |  | 128 | | | | Wykaz środków eksploatacyjnych | Podać |  |
|  |  |  | | | | WYMAGANIA OGÓLNE | Parametr wymagany i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE\*\* |
|  |  | 129 | | | | Możliwość sterowania działaniem urządzenia ze stacji terapeuty | TAK |  |
|  |  | 130 | | | | Oprogramowanie z możliwością rozbudowy o 9 różnych urządzeń opartych na oporze elastycznym oraz platformach | TAK |  |
|  |  | 131 | | | | Dźwiękowa i wizualna informacja zwrotna | TAK |  |
|  |  | 132 | | | | Możliwość wykonywania ćwiczeń za pomocą interaktywnych programów terapeutycznych o modyfikowalnym poziomie trudności | TAK |  |
|  |  | 133 | | | | Możliwość modyfikacji i tworzenia własnych programów treningowych | TAK |  |
|  |  | 134 | | | | Wszelkie uzyskane dane diagnostyczne zapisywane automatycznie w oprogramowaniu sterującym urządzeniem | TAK |  |
|  |  | 135 | | | | Możliwość dostosowania poziomu trudności ćwiczeń do aktualnych potrzeb pacjenta | TAK |  |
|  |  | 136 | | | | Możliwość pomiaru zakresu ruchomości | TAK |  |
|  |  | 137 | | | | Możliwość ćwiczeń z wykorzystaniem oporu elastycznego | TAK |  |
|  |  | 138 | | | | Możliwość pracy izometrycznej i dynamicznej |  |  |
|  |  | 139 | | | | Regulowane oparcie fotelu pacjenta | TAK |  |
|  |  | 140 | | | | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP). | TAK |  |
|  |  | 141 | | | | Komputer PC spełniający minimalne wymagania:  system operacyjny w języku polskim, współpracujący z oprogramowaniem dostarczanym z zakupionym urządzeniem oraz wspierany przez producenta przez okres gwarancji urządzenia  procesor min. 2GHz  pamięć min. 8 GB RAM  Karta graficzna o min. Parametrach:  -złącze: PCIe 3.0x16  -pamięć: 2-4 GB  -rodzaj pamięci: GDDR5  -szyna pamięci: 128 bit  -efektywne taktowanie pamięci: 7008 MHz  -chłodzenie aktywne  - wyjścia HDMI - 1 szt., DVI - 1 szt., DisplayPort - 1 szt  Karta sieciowa Wi-Fi \* | TAK |  |
|  |  | 142 | | | | Telewizor dla pacjenta o przekątnej minimum 42’ | TAK |  |
|  |  | 143 | | | | Możliwość regulacji monitora dla pacjenta | TAK |  |
|  |  | 144 | | | | Klawiatura ze zintegrowaną myszką | TAK |  |
|  |  | 145 | | | | Stabilny stojak na kółkach | TAK |  |
|  |  | 146 | | | | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  |  | 147 | | | | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |
|  |  | Lp | | | | Wyposażenie: Platforma balansowa | Parametr wymagany i oceniany | Wartość oferowana |
|  |  | 148 | | | | Producent | Podać |  |
|  |  | 149 | | | | Nazwa i typ urządzenia | Podać |  |
|  |  | 150 | | | | Kraj pochodzenia | Podać |  |
|  |  | 151 | | | | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2021 lub nowszy |  |
|  |  | 152 | | | | Zamawiana ilość | 1szt. |  |
|  |  | 153 | | | | Wykaz środków eksploatacyjnych | Podać |  |
|  |  |  | | | | WYMAGANIA OGÓLNE | Parametr wymagany i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE\*\* |
|  |  | 154 | | | | Możliwość sterowania działaniem platformy ze stacji terapeuty | TAK |  |
|  |  | 155 | | | | Oprogramowanie z możliwością rozbudowy o 9 różnych urządzeń opartych na oporze elastycznym oraz platformach | TAK |  |
|  |  | 156 | | | | Możliwość wykonywania ćwiczeń w jednej płaszczyźnie ( strzałkowej lub czołowej)lub w obu płaszczyznach | TAK |  |
|  |  | 157 | | | | Możliwość wykonywania ćwiczeń obunóż/jednonóż | TAK |  |
|  |  | 158 | | | | Możliwość wykonywania ćwiczeń w pozycji siedzącej lub stojącej | TAK |  |
|  |  | 159 | | | | Dźwiękowa i wizualna informacja zwrotna | TAK |  |
|  |  | 160 | | | | Możliwość wykonywania ćwiczeń za pomocą interaktywnych programów terapeutycznych o modyfikowalnym poziomie trudności | TAK |  |
|  |  | 161 | | | | Możliwość modyfikacji i tworzenia własnych programów treningowych | TAK |  |
|  |  | 162 | | | | Wszelkie uzyskane dane diagnostyczne zapisywane automatycznie w oprogramowaniu sterującym platformą | TAK |  |
|  |  | 163 | | | | Zakres wychylenia urządzenia  płaszczyzna przednio – tylna min. +12° /-12°  płaszczyzna przyśrodkowo – boczna min. +12° /-12° | TAK |  |
|  |  | 164 | | | | Podest z trójstronną barierką zabezpieczająca | TAK |  |
|  |  | 165 | | | | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) | TAK |  |
|  |  | 166 | | | | Komputer PC spełniający minimalne wymagania:  system operacyjny w języku polskim, współpracujący z oprogramowaniem dostarczanym z zakupionym urządzeniem oraz wspierany przez producenta przez okres gwarancji urządzenia  procesor min. 2GHz  pamięć min. 8 GB RAM  Karta graficzna o min. Parametrach:  -złącze: PCIe 3.0x16  -pamięć: 2-4 GB  -rodzaj pamięci: GDDR5  -szyna pamięci: 128 bit  -efektywne taktowanie pamięci: 7008 MHz  -chłodzenie aktywne  - wyjścia HDMI - 1 szt., DVI - 1 szt., DisplayPort - 1 szt  Karta sieciowa Wi-Fi \* | TAK |  |
|  |  | 167 | | | | Telewizor dla pacjenta o przekątnej minimum 42’ | TAK |  |
|  |  | 168 | | | | Możliwość regulacji monitora dla pacjenta | TAK |  |
|  |  | 169 | | | | Klawiatura ze zintegrowaną myszką | TAK |  |
|  |  | 170 | | | | Stabilny stojak na kółkach | TAK |  |
|  |  | 171 | | | | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  |  | 172 | | | | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

Uwaga!

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

**\*"Oprogramowanie równoważne**

W odniesieniu do opisu przedmiotu zamówienia dokonanego za pomocą norm, aprobat, specyfikacji technicznych i systemów odniesienia oraz znaków towarowych Zamawiający dopuszcza rozwiązania równoważne z opisywanym.

Za rozwiązanie równoważne uważa się takie rozwiązanie, które pod względem technologii, wydajności i funkcjonalności przez to rozwiązanie oferowane nie odbiega znacząco od technologii funkcjonalności i wydajności wyszczególnionych w rozwiązaniu wyspecyfikowanym, przy czym nie podlegają porównaniu cechy rozwiązania właściwe wyłącznie dla rozwiązania wyspecyfikowanego, takie jak: zastrzeżone patenty, własnościowe rozwiązania technologiczne, własnościowe protokoły itp., a jedynie te, które stanowią o istocie całości zakładanych rozwiązań technologicznych i posiadają odniesienie w rozwiązaniu równoważnym. W związku z tym, Wykonawca może zaproponować rozwiązania, które realizują takie same funkcjonalności wyspecyfikowane przez Zamawiającego w inny, niż podany sposób. Za rozwiązanie równoważne nie można uznać rozwiązania identycznego (tożsamego), a jedynie takie, które w porównywanych cechach wykazuje dokładnie tą samą lub nie mniejszą zbliżoną wartość użytkową. Przez nie mniejszą zbliżoną wartość użytkową rozumie się podobne, z dopuszczeniem nieznacznych różnic niewpływających w żadnym stopniu na całokształt systemu, zachowanie oraz realizowanie podobnych funkcjonalności w danych warunkach, identycznych dla obu rozwiązań, dla których to warunków rozwiązania te są dedykowane.

Oprogramowanie równoważne dostarczone w ramach zamówienia musi spełniać warunki wskazane w minimalnych wymaganiach technicznych.

Rozwiązanie równoważne musi zawierać dokumentację potwierdzającą, iż spełnia wymagania funkcjonalne, wydajnościowe, środowiskowe Zamawiającego (możliwość funkcjonowania w tym samym środowisku – np. prawidłowe funkcjonowanie na wskazanym systemie operacyjnym, lub praca z nie gorszą wydajnością na wskazanym serwerze), w tym wyniki porównań, testów, czy możliwości oferowanych przez to rozwiązanie w odniesieniu do rozwiązania wyspecyfikowanego.W przypadku zastosowania rozwiązania równoważnego Wykonawca zobowiązany jest załączyć dokumentację tego rozwiązania."

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**Załącznik nr 3.18** PAKIET NR 18 –- Stoły rehabilitacyjne z elektryczną regulacją wraz z osprzętem

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Opis parametrów wymaganych | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2021 lub nowszy |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 5 szt. |  |
| 6 | Wykaz środków eksploatacyjnych | Podać |  |
|  | WYMAGANIA OGÓLNE | Parametr wymagany | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE |
|  | Wymagania podstawowe | | |
| 1 | 2-sekcyjny stół do masażu i rehabilitacji, | TAK |  |
| 2 | Regulacja zagłówka przy pomocy sprężyny gazowej (od -70° do +40°), | TAK |  |
| 3 | Zagłówek z wyprofilowanym otworem na twarz wraz z zaślepką, | TAK |  |
| 4 | Dwuwarstwowa tapicerka wykonana z atestowanych materiałów. Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych | TAK |  |
| 5 | Łącznik z tapicerki maskujący przerwy między sekcjami, | TAK |  |
| 6 | Stabilna stalowa rama o konstrukcji krzyżakowej, | TAK |  |
| 7 | Relingi do zamocowania pasów oraz otwory na bananki, | TAK |  |
| 8 | System elektrycznej regulacji wysokości za pomocą ramki wokół podstawy stołu (od 50 do 101 cm) | TAK |  |
| 9 | Zintegrowany z podstawą stołu system zabezpieczający przed niepożądaną zmianą ustawień stołu | TAK |  |
| 10 | System musi zapewniać bezpieczeństwo nawet po odłączeniu sterowania zdalnego w postaci pilota bądź pedału nożnego, | TAK |  |
| 11 | Zintegrowany sterownik elektroniczny z możliwością obsługi do 2 siłowników, umiejscowiony w podstawie stołu, | TAK |  |
| 12 | Malowana proszkowo ramka wokół podstawy stołu dostępna z czterech stron, | TAK |  |
| 13 | Antypoślizgowe, gumowe stopki z regulacją wysokości do 1 cm umożliwiające wypoziomowanie stołu | TAK |  |
| 14 | Wymiary max. Dł. 202 x Wys.50-101 x Szer.64 mm tolerancja +-3 cm ) | TAK |  |
| 15 | Wytrzymałość obciążenie:200 kg | TAK |  |
| 16 | System jezdny, składającym się z 4 małych kółek ( na każdym rogu stołu 1 ) i 4 antypoślizgowych, gumowych stopek | TAK |  |
| 17 | Możliwość łatwego przestawiania stołu bez podnoszenia go | TAK |  |
| 18 | Zagłowek krótki maksimu 46 cm (tolerancja +-3 cm ) | TAK |  |
| 19 | Materiał pokrycia gładki, łatwy do mycia i odporny na działanie środków dezynfekcyjnych. | TAK |  |
| 20 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) | TAK |  |
| 21 | Półwałek 40x5x25 (+/- 2cm) – 1 sztuka, ( razem 5 sztuk)  Materiał pokrycia gładki, łatwy do mycia i odporny na działanie środków dezynfekcyjnych. Kolorystyka do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych | TAK |  |
| 22 | Półwałek 60x18x12 (+/- 2cm) -1 sztuka( razem 5 sztuk)  Materiał pokrycia gładki, łatwy do mycia i odporny na działanie środków dezynfekcyjnych.  Kolorystyka do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych | TAK |  |
| 23 | Półwałek 50x10x7 (+/- 2cm) – 1 sztuka ( razem 5 sztuk)  Materiał pokrycia gładki, łatwy do mycia i odporny na działanie środków dezynfekcyjnych.  Kolorystyka do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych | TAK |  |
| 24 | Klin 10x20x25 (+/- 2cm) – 4 sztuki ( razem 20 sztuk)  Materiał pokrycia gładki, łatwy do mycia i odporny na działanie środków dezynfekcyjnych.  Kolorystyka do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych | TAK |  |
| 25 | Klin 30x40x12 (+/- 2cm) – 2 sztuki ( razem 10 sztuk)  Materiał pokrycia gładki, łatwy do mycia i odporny na działanie środków dezynfekcyjnych.  Kolorystyka do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych | TAK |  |
| 26 | Półwałek 50x 15 (+/- 2cm) – 1 sztuka ( razem 5 sztuk)  Materiał pokrycia gładki, łatwy do mycia i odporny na działanie środków dezynfekcyjnych.  Kolorystyka do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych | TAK |  |
| 27 | Urządzenie działające w oparciu o zmiany ciśnienia w mankiecie napełnionym powietrzem , do oceny pracy mięśnia poprzecznego brzucha, umożliwiające trening z biofeedbackiem. **(** razem 5 sztuk) | TAK |  |
| 28 | Piłka fitness śr. 55 cm z ABS, obciążenie piłki min. 300 kg ( razem 5 sztuk) | TAK |  |
| 29 | Miękka piłka lekarska , 0.5 kg, śr. 10-12 cm ( razem 5 sztuk) | TAK |  |
| 30 | Miękka piłka lekarska , 1 kg, śr. 10-12 cm ( razem 5 sztuk) | TAK |  |
| 31 | Miękka piłka lekarska , 1.5 kg, śr. 10-12 cm ( razem 5 sztuk) | TAK |  |
| 32 | Min. 4 silikonowe bańki w różnych rozmiarach: 1,5/5cm ,4/8cm , 5,5/5,5cm, 7/8cm (+/- 1cm) ( razem 5 sztuk) | TAK |  |
| 33 | Dynanometr pneumatyczny ( razem 5 sztuk) | TAK |  |
| 34 | Goniometr ( razem 5 sztuk) | TAK |  |
| 35 | Elektroniczny sportowy stoper cyfrowy ( razem 5 sztuk) | TAK |  |
| 36 | Mata gimnastyczna ( razem 10 sztuk)  rozmiar 190 cm x 60 cm x 2,5 cm (+/- 20 mm)  Wyposażona w otwory umożliwiające zawieszenie  materiał lekki, elastyczny,  antystatyczny, nie wchłaniający wilgoci  amortyzujący upadki  2 sztuki | TAK |  |
| 37 | Taborety obrotowe z oparciem ( razem 10 sztuk)  Regulacja wysokości 62-88cm (+/- 2 cm)  Tapicerowany na całej powierzchni siedziska i oparcia  Kolorystyka tapicerki do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych  Podstawa pięcioramienna na kołkach  Wytrzymałość dopuszczalne obciążenie 120kg  Średnica siedziska 34 -39 cm  2 sztuki | tak |  |
| 38 | Parawan teleskopowy mobilny: ( razem 10 sztuk)  Mechanizm jezdny – koła z blokadą  Ramię teleskopu min. 200 cm  Materiał zasłony zmywalny  Możliwość wyboru koloru materiału  Wysokość min 165 cm  2 sztuki | TAK |  |
| 39 | Materac rehabilitacyjny( razem 20 sztuk):  3 – częściowe składany z uchwytem  Wymiar 195x85x5 cm +/- 20 mm  Materiał pokrycia gładki, łatwy do mycia i odporny na działanie środków dezynfekcyjnych.  Kolorystyka do wyboru przez zamawiającego w różnych gamach kolorystycznych  4 sztuki | TAK |  |
| 40 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 41 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

Uwaga!

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**Załącznik nr 3.19** PAKIET NR 19– **Zestaw do ćwiczeń metodą NEURAC z trzema trawersami**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Lp | | | Opis parametrów wymaganych | Parametr wymagany | Wartość oferowana |
|  |  | 1 | | | Producent | Podać |  |
|  |  | 2 | | | Nazwa i typ | Podać |  |
|  |  | 3 | | | Kraj pochodzenia | Podać |  |
|  |  | 4 | | | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2021 lub nowszy |  |
|  |  | 5 | | | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
|  |  | 6 | | | Wykaz środków eksploatacyjnych | Podać |  |
|  |  |  | | |  | Parametr wymagany | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE\*\* |
|  |  | Wymagania podstawowe | | | | | |
|  |  | 2 | | | Aparat dający możliwość odciążenia pacjenta x3 | TAK |  |
|  |  | 3 | | | Konstrukcja sufitowa z trzema trawersami | TAK |  |
|  |  | 4 | | | Podwieszka pod miednicę - x2 | TAK |  |
|  |  | 5 | | | Uchwyt do rąk – 3 pary | TAK |  |
|  |  | 6 | | | Wzmocniony uchwyt do rąk – 1 para | TAK |  |
|  |  | 7 | | | Podwieszka kkg i kkd – 2x | TAK |  |
|  |  | 8 | | | Podwieszka pod głowę - 1x | TAK |  |
|  |  | 9 | | | Wałek 15x50 cm +/- 20 mm – 1x | TAK |  |
|  |  | 10 | | | Poduszka sensomotoryczna - 2szt. | TAK |  |
|  |  | 11 | | | Linka 5m z klamrą – 1 szt. | TAK |  |
|  |  | 12 | | | Linka 60 cm – 2 szt. | TAK |  |
|  |  | 13 | | | Linka 30 cm – 2 szt. | TAK |  |
|  |  | 14 | | | Linka elastyczna 30 cm czarna – 2 szt. | TAK |  |
|  |  | 15 | | | Linka elastyczna 30 cm czerwona – 2 szt. | TAK |  |
|  |  | 16 | | | Linka elastyczna 60 cm czarna – 2 szt. | TAK |  |
|  |  | 17 | | | Linka elastyczna 60 cm czerwona – 2szt. | TAK |  |
|  |  | 18 | | | Zwalniacz linki x1 | TAK |  |
|  |  | 19 | | | Klipsy – 3 szt. | TAK |  |
|  |  | 20 | | | Wieszak na podwieszki – 1 szt. | TAK |  |
|  |  | 21 | | | Instrukcja obsług w języku polskim - papierowa | TAK |  |
|  |  | 22 | | | Instrukcja obsługi w języku polskim – płyta CD | TAK |  |
|  |  | 23 | | | Stalowe wsporniki x1 | TAK |  |
|  |  | 24 | | | Plakat ćwiczeń | TAK |  |
|  |  | 25 | | | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) | TAK |  |
|  |  | 26 | | | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |
|  |  | | | **Wyposażenie*:*Zestaw do ćwiczeń metodą NEURAC** | |  | Wartość oferowana |
|  | 27 | | | Producent | | Podać |  |
|  | 28 | | | Nazwa i typ | | Podać |  |
|  | 29 | | | Kraj pochodzenia | | Podać |  |
|  | 30 | | | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | | Min. 2021 lub nowszy |  |
|  | 31 | | | Zamawiana ilość | | 1 szt. |  |
|  | 32 | | | Wykaz środków eksploatacyjnych | | Podać |  |
|  |  | | |  | | Parametr wymagany | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE\*\* |
|  | 33 | | | Aparat z linkami x1 | | TAK |  |
|  | 34 | | | Aparat do ćwiczeń z elementami rotacji x2 | | TAK |  |
|  | 35 | | | Uchwyt do rąk – 2 pary | | TAK |  |
|  | 36 | | | Podwieszka pod miednicę - x1 | | TAK |  |
|  | 37 | | | Wzmocniony uchwyt do rąk – 1 para | | TAK |  |
|  | 38 | | | Podwieszka kkg i kkd – 2x | | TAK |  |
|  | 39 | | | Podwieszka pod głowę - 1x | | TAK |  |
|  | 40 | | | Poduszka sensomotoryczna - 2szt. | | TAK |  |
|  | 41 | | | Linka 60 cm – 2 szt. | | TAK |  |
|  | 42 | | | Linka elastyczna 60 cm czerwona – 2 szt. | | TAK |  |
|  | 43 | | | Linka elastyczna 60 cm czarna – 2 szt. | | TAK |  |
|  | 44 | | | Zwalniacz linki – 1 szt. | | TAK |  |
|  | 45 | | | Zestaw montażowy | | TAK |  |
|  | 46 | | | Instrukcja obsług w języku polskim | | TAK |  |
|  | 47 | | | Plakat ćwiczeń | | TAK |  |
|  | 48 | | | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) | | TAK |  |
|  | 49 | | | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |
| Lp | | | ***Wyposażenie:* Zestaw do ćwiczeń metodą NEURAC** | | | Parametr wymagany | Wartość oferowana |
| 50 | | | Producent | | | Podać |  |
| 51 | | | Nazwa i typ | | | Podać |  |
| 52 | | | Kraj pochodzenia | | | Podać |  |
| 53 | | | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | | | Min. 2021 lub nowszy |  |
| 54 | | | Zamawiana ilość | | | 1 szt. |  |
|  | | |  | | | Parametr wymagany | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE\*\* |
| Wymagania podstawowe | | | | | | | |
| 55 | | | Współpracuja z systemem **do ćwiczeń metodą NEURAC** | | | TAK |  |
| 56 | | | Uchwyt do rąk – 2 pary | | | TAK |  |
| 57 | | | Podwieszka pod miednicę - x1 | | | TAK |  |
| 58 | | | Wzmocniony uchwyt do rąk – 1 para | | | TAK |  |
| 59 | | | Podwieszka kkg i kkd – 2x | | | TAK |  |
| 60 | | | Podwieszka pod głowę - 1x | | | TAK |  |
| 61 | | | Linka 60 cm – 2 szt. | | | TAK |  |
| 62 | | | Linka 30 cm – 2 szt. | | | TAK |  |
| 63 | | | Linka elastyczna 30 cm czerwona – 2 szt. | | | TAK |  |
| 64 | | | Linka elastyczna 30 cm czarna – 2 szt. | | | TAK |  |
| 65 | | | Linka elastyczna 60 cm czerwona – 2 szt. | | | TAK |  |
| 66 | | | Linka elastyczna 60 cm czarna – 2 szt. | | | TAK |  |
| 67 | | | Zwalniacz linki – 3 szt. | | | TAK |  |
| 68 | | | Narzędzie do odpinania Linek / Karabińczyk– 2 szt | | | TAK |  |
| 69 | | | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) | | | TAK |  |
| 70 | | | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | | | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

Uwaga!

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**Załącznik nr 3.20** PAKIET NR 20 - Ekopompa – zestaw do zasilania aparatu

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| lp. | Opis parametrów wymaganych | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2021 lub nowszy |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 2 szt. |  |
| 6 | Wykaz środków eksploatacyjnych | Podać |  |
|  | Wymagania ogólne | Parametr wymagany  i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE |
| 1 | Współpracuje z urządzeniem aquavibron | TAK |  |
| 2 | Pojemność robocza zbiornika 7 - 10 l | TAK |  |
| 3 | Pobór prądu 4 A | TAK |  |
| 4 | Zasilanie 230 V/ 50 Hz | TAK |  |
| 5 | Wymiary (dł. x szer. x wys.) [cm +/- 20 mm]:61 x 50 x 88 | TAK |  |
| 6 | Mechanizm jezdny | TAK |  |
| 7 | Aquavibron – aparat do masażu leczniczego |  |  |
| 8 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) | TAK |  |
| 9 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 10 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

Uwaga!

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**Załącznik nr 3.21** PAKIET NR 21 – Kabina UGUL wraz z osprzętem

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis parametrów wymaganych | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2021 lub nowszy |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 3 szt. |  |
| WYMAGANIA OGÓLNE | | | |
|  |  | Parametr wymagany  i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE |
| 1 | Krata( 8 elementów) o rozmiarze 200x200x200cm (+/- 5%) | TAK |  |
| 2 | Waga 114 kg (+/- 5%) | TAK |  |
| 3 | Zestaw osprzętu do Ugula: | TAK |  |
| 4 | Linka do zawieszeń 1,6m – 6 szt ( razem 18 sztuk) | TAK |  |
| 5 | Linka do zawieszeń 1,2m – 6 szt ( razem 18 sztuk) | TAK |  |
| 6 | Linka do zawieszeń 0,75m- 4 szt ( razem 12 sztuk) | TAK |  |
| 7 | Linka do ćwiczeń samowspomaganych 2,25m-2 szt ( razem 6 sztuk) | TAK |  |
| 8 | Linka do ćwiczeń samowspomaganych 5,5m-2 szt ( razem 6 sztuk) | TAK |  |
| 9 | Linka z bloczkami do ćwiczeń z odciążeniem 3,5m- 4szt ( razem 12 sztuk) | TAK |  |
| 10 | Podwieszka przedramion i podudzi 0,11 x 0,47m-6 szt ( razem 18 sztuk) | TAK |  |
| 11 | Podwieszka ramion i ud 0,57 x 0,15m-6 szt ( razem 18 sztuk) | TAK |  |
| 12 | Podwieszka pod miednicę 0,9 x 0,22m-1 szt | TAK |  |
| 13 | Podwieszka pod klatkę piersiową 0,78x 0,24x 0,11-1 szt | TAK |  |
| 14 | Podwieszka pod głowę 0,62 x 0,17m-1 szt | TAK |  |
| 15 | Podwieszka wąska pod stopę 0,6 x 0,54m-4 szt ( razem 12 sztuk) | TAK |  |
| 16 | Podwieszka dwustawowa- 6 szt ( razem 18 sztuk) | TAK |  |
| 17 | Uniwersalny pas do wyciągu za miednicę-1 szt ( razem 18 sztuk) | TAK |  |
| 18 | Kamaszek do ćwiczeń i wyciągów-2 szt | TAK |  |
| 19 | Obciążnik 0,5 kg-2 szt | TAK |  |
| 20 | Obciążnik 1,0 kg-2 szt | TAK |  |
| 21 | Obciążnik 1,5 kg- 2szt | TAK |  |
| 22 | Obciążnik 2,0 kg-2 szt | TAK |  |
| 23 | Obciążnik 2,5 kg-2 szt | TAK |  |
| 24 | Obciążnik 3,0 kg-2 szt | TAK |  |
| 25 | Mankiet nadgarstkowy 0,25 x 0,08 m-2 szt ( razem 6 sztuk) | TAK |  |
| 26 | Mankiet nadgarstkowy 0,33 x 0,1 m-2 szt ( razem 6 sztuk) | TAK |  |
| 27 | Mankiet udowy 0,48 x 0,11 m-2 szt ( razem 6 sztuk) | TAK |  |
| 28 | Esik- hak do zawieszeń-30 szt | TAK |  |
|  | * Wyposażenie: Kozetka medyczna drewniana * Mocna stabilna drewniana konstrukcja, dwuczęściowy -zagłówek, leże * Pokryta materiałem łatwo myjącym, odporny na działanie środków do dezynfekcji * Regulowany zagłówek min trzy ustawienie w zakresie 0-35 stopni * Wymiary 187x66x70 cm (dł.,szer.,wys.) (+/- 3 cm) * Waga do 33 kg * Wytrzymałość obciążenie 150 kg   Uchwyt na papier | Szt. 3 |  |
| 29 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) | TAK |  |
| 30 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

Uwaga!

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**Załącznik nr 3.22** PAKIET NR 22 – Kolumna do ćwiczeń oporowych z osprzętem

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis parametrów wymaganych | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2021 lub nowszy |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
| WYMAGANIA OGÓLNE | | | |
|  |  | Parametr wymagany  i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE |
| 1 | wymiary urządzenia: 180 x 40 x 1,4 cm +/- 20 mm; | TAK |  |
| 2 | - waga: max 20 kg; | TAK |  |
| 3 | - 9 rowków na uchwyty; | TAK |  |
| 4 | - 2 uchwyty do mocowania obręczy i gum | TAK |  |
| 5 | z możliwością przesuwu i blokady w każdym rowku; | TAK |  |
| 6 | - wieszak na akcesoria jako integralny element konstrukcji; | TAK |  |
| 7 | - możliwość bezpośredniego mocowania kolumny do ściany bądź drabinki; | TAK |  |
| 8 | - 4 pary  rzemienie o długości 1m z uchwytem do mocowania oraz z rączką do ćwiczenia (każda para o innym oporze) | TAK |  |
| 9 | -4 obręcze gumowe z uchwytem do mocowania (każda o innej wartości oporu). | TAK |  |
| 10 | Piłka lekarska zółta 1 kg (6 szt) | TAK |  |
| 11 | Piłka lekarska beżowa 0,5 kg (8 szt.) | TAK |  |
| 12 | Wielofunkcyjne urządzenie sensomotoryczne półkule do ćwiczeń równowagi (stabilizacji równowagi) średnica 62 cm – 2 sztuki | TAK |  |
| 13 | Półwałek pod głowę do leżanki 50x20x12 cm +/- 20 mm | TAK |  |
| 14 | Deska równoważna duża do SI 50x80 cm, wys.13 cm +/- 20 mm, wysokość płozy 10cm, max obciążenie 120kg | TAK |  |
| 15 | Trener równowagi - Aero-Step (rodzaj ćwiczeń) 46cmx32cmx8cm +/- 20 mm, wytrzymałość: Obciążenie 150 kg | TAK |  |
| 16 | Trener dłoni, 2 obręcze średnica 26cm, 6 siatek lateksowych z różnym oporem, | TAK |  |
| 17 | Piłka rehabilitacyjna ABS, 65cm -zielona, na wzrost 166-180cm, wytrzymałość: obciążenie 150 kg | TAK |  |
| 18 | Piłka rehabilitacyjna ABS, 55cm -czerwona, na wzrost 151-165cm, wytrzymałość: obciążenie 150 kg | TAK |  |
| 19 | Taśma oporowa – zielona- średni opór dł. 250 cm | TAK |  |
| 20 | Taśma oporowa – pomarańczowa- lekki opór dł. 250 cm | TAK |  |
| 21 | Taśma oporowa – niebieski- mocny opór dł. 250 cm | TAK |  |
| 22 | Mankiet udowy do ćw. w odciązeniu 13x77cm (+/- 2 cm) | TAK |  |
| 23 | Tablica do ćwiczeń manualnych:  Ćwiczenia czynne i wspomagane k.górnych  Przyrządy do ćwiczeń umocowane na blacie z możliwością mycia i dezynfekcji  Obciążniki 5x 25 dkg  Blat 75x55 (+/- 2 cm)  Regulacja wysokości 55-80 cm  2 sztuki | TAK |  |
| 24 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) | TAK |  |
| 25 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 26 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

Uwaga!

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**Załącznik nr 3.23** PAKIET NR 23, Wanna do kąpieli wirowej stóp i podudzi wraz z osprzętem

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Opis parametrów wymaganych | Parametr wymagany i oceniany | Wartość oferowana |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2021 lub nowszy |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
| 6 | Wykaz środków eksploatacyjnych | Podać |  |
|  | WYMAGANIA OGÓLNE | Parametr wymagany i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE\*\* |
| 1 | masażu wirowego okolic stóp, stawów skokowych i podudzi | TAK |  |
| 2 | 4 dysz z regulacją kierunku wypływu strumienia wody montowanych na ścianie wanny | TAK |  |
| 3 | pojemność 40-45 litrów | TAK |  |
| 4 | Elektroniczny panel sterowania | TAK |  |
| 5 | Półautomatyczny spust wody z misy | TAK |  |
| 6 | Regulacja napowietrzania – „bierny masaż perełkowy | TAK |  |
| 7 | Prysznic ręczny | TAK |  |
| 8 | System napełniania automatyczny | TAK |  |
| 9 | Zabezpieczenie pompy przed pracą "na sucho" | TAK |  |
| 10 | Timer | TAK |  |
| 11 | Automatyczne wyłączanie urządzenia po upływie zadanego czasu | TAK |  |
| 12 | Elektroniczny termometr | TAK |  |
| 13 | Termomieszalnik | TAK |  |
| 14 | Nóżki regulowne do nierówności podłogi | TAK |  |
|  | Krzesło do wanien z regulacją wysokości:  Szerokość/średnica siedziska 460 [mm] (+/- 10 mm)  Wysokość maksymalna siedziska 800 [mm] (+/- 10 mm)  Wysokość minimalna siedziska 580 [mm] (+/- 10 mm)  Regulację wysokości siedziska umożliwia chromowany podnośnik pneumatyczny o skoku 230mm.  Mechanizm CPT który łączy siedzisko z oparciem, umożliwia regulację kąta nachylenia oparcia do siedziska, pozwala podnosić oparcie, oraz dopasować odległość w jakiej znajduje się oparcie od siedziska.  Wytrzymałość : obciążenie: 150kg. | TAK |  |
| 15 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych. (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) | TAK |  |
| 16 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 17 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

Uwaga!

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**Załącznik nr 3.24** PAKIET NR 24 Hydromasaż suchy - suchy masaż wodny

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Opis parametrów wymaganych | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2021 lub nowszy |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
|  | WYMAGANIA OGÓLNE | Parametr wymagany | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE |
|  | Wymagania podstawowe | | |
| 1 | urządzenie napełniane tylko raz zimną wodą bieżącą | TAK |  |
| 2 | pojemność wody w urządzeniu maks. 320- 340 litrów | TAK |  |
| 3 | woda w obiegu zamkniętym nie wymaga konieczności wymiany ani dolewania wody destylowanej w ramach eksploatacji. | TAK |  |
| 4 | chłodzenie wody w obiegu zamkniętym poprzez przyłącze tzw. wężownicę do bieżącej zimnej wody | TAK |  |
| 5 | sterowanie urządzenia za pomocą przycisków, wyklucza się panele dotykowe – elektroniczne | TAK |  |
| 6 | odliczanie czasu trwania masażu | TAK |  |
| 7 | możliwość indywidualnego programowania rodzaju i ilości zabiegów | TAK |  |
| 8 | jedna pompa wodna zasilająca dwie niezależnie pracujące od siebie dysze wodne | TAK |  |
| 9 | falownik pompy schładzany przy pomocy powietrza, wody, wentylatora | TAK |  |
| 10 | dysze wodne umiejscowione na wózku, który w trakcie masażu przesuwa się góra-dół | TAK |  |
| 11 | wysokość urządzenia umożliwiająca korzystanie z zabiegów dla osób mniej sprawnych ruchowo oraz starszych – maksymalnie 60 cm | TAK |  |
| 12 | emisja hałasu maksymalnie 55 dB | TAK |  |
| 13 | uchwyt dla pacjentów | TAK |  |
| 14 | możliwość regulacji prędkości poruszania się dysz w trakcie masażu | TAK |  |
| 15 | możliwość programowania poszczególnych faz masażu | TAK |  |
| 16 | wbudowane programy terapeutyczne | TAK |  |
| 17 | dostosowanie pracy dysz do wzrostu pacjenta | TAK |  |
| 18 | regulacja czasu trwania zabiegu maksymalnie 45 minut | TAK |  |
| 19 | regulacja temperatury wody w urządzeniu od 25 do 40°C | TAK |  |
| 20 | regulacja siły ciśnienia wody od 0,5 do 4,0 barów | TAK |  |
| 21 | możliwość przeprowadzenia masażu na następujących obszarach :całe ciało, plecy, nogi, obręcz barkowa, odcinek lędźwiowy, brzuch | TAK |  |
| 22 | możliwość wykonywania masażu sekcyjnego – wybór dowolnego miejsca w trakcie trwania masażu | TAK |  |
| 23 | możliwość wykonywania masażu punktowego | TAK |  |
| 24 | możliwość wybrania następujących rodzajów masażu :przeciwbieżny, równoległy, okrężny, wyciskający wzdłuż kręgosłupa | TAK |  |
| 25 | Wózek sterowany mechanicznie, wyklucza się łóżka, w których we wnętrzu wózka znajduje się elektronika | TAK |  |
| 26 | Pobór mocy : maksymalnie 3 000 Watt | TAK |  |
| 27 | Waga pełnego urządzenia z wodą do 480 kg | TAK |  |
| 28 | Maksymalne wymiary urządzenia: długość 215 cm, szerokość 110 cm, wysokość 60 cm | TAK |  |
| 29 | Szkolenie dla użytkownika | TAK |  |
| 30 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych. (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) | TAK |  |
| 31 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |
| Zamawiający dopuszcza, pod warunkiem spełnienia pozostałych wymagań w szczególności określonych w p. 12, 19, 20aparat o nie gorszych, poniższych parametrach  MEDY E1 Medical to urządzenie do „suchego masażu wodnego” – suchego bowiem klient oddzielony jest od masującej go wody znajdującej się w wannie, specjalną izolującą membraną.  Urządzenie uległo głębokim modyfikacjom - teraz działa w nowy, innowacyjny sposób - masaż odbywa się wieloma wbudowanymi dyszami.  Silne, ciepłe strumienie wody masując ciało, oddziałują na organizm w sposób właściwy dla podwodnych automatycznych natrysków biczowych, zachowując przy tym wysoki komfort zabiegu.  Przebieg zabiegu jest w pełni automatyczny z możliwością programowania różnych stref masażu: całkowitego, na plecy lub obejmujący część górną pleców, część dolną pleców, biodra/uda, biodra/kończyny dolne, masaż miejscowy - w obszarze ok.15 cm i masaż punktowy.  Wyjątkowo prosta obsługa i łatwość wykonania masażu umożliwia prowadzenie zabiegu w każdej chwili bez konieczności specjalnego przygotowania pacjenta.  Duża powierzchnia leżenia pozwala na wygodną pozycję podczas masażu a wysokość ułatwia, zarówno zajęcie miejsca na leżance, jak i zejście z urządzenia.  System ciśnieniowych dyszy natryskowych, ukrytych pod membraną, zasilany jest poprzez elektronicznie sterowany system rozdzielczy.  W celu regulacji temperatury wody zostały w urządzenie wbudowane systemy podgrzewania lub chłodzenia.  Sterowanie urządzeniem odbywa się za pomocą sterownika z ekranem dotykowym. Medy E1 Medical posiada możliwość stosowania gotowych lub indywidualnie regulowanych programów zabiegowych.  Pełne odprężenie, zwiększenie ukrwienia, pobudzenie krążenia, regulacja napięcia mięśniowego, uśmierzenie bólu to efekty porównywalne ze skutkami osiąganymi podczas masażu klasycznego.  Ciepła „sucha kąpiel” zapewni każdemu doskonały relaks i obudzi na nowo radość życia.  Wspaniale wycisza i uspokaja przed kolejnymi zabiegami wellness.  - powierzchnia leżenia - membrana gumowa  - wnętrze wanienki wypełnione wodą  - dysze systemu wodnego wbudowane na stałe, bez ruchomych elementów mogących ulec uszkodzeniu podczas niewłaściwego wykonywania zabiegu(system nie posiada ruchomego wózka z dyszami)  - natrysk dyszami wodnymi oparty na systemie rozdzielaczowym  - możliwość dowolnego konfigurowania przebiegu zabiegu – tj. zmiana stref masażu kolejno następujących po sobie np. masaż całkowity, masaż barków, masaż nóg, masaż barków, masaż całkowity.  - możliwość dopasowania zakresu działania do wzrostu pacjenta ( trzy zakresy)  - możliwość zmiany ciśnienia masażu  - regulacja czasu zabiegu  - regulacja temperatury zabiegu (system podgrzewania lub chłodzenia)  - rodzaje zabiegów: gotowe programy zabiegowy (masaż relaksacyjny, masaż klasyczny itd.), możliwość programowania własnych przebiegów zabiegowych  Dane techniczne:  wymiary ( dł. x szer. x wys.) ok. 2120 x 1040 x 640 mm  waga pełnego urządzenia z wodą 450 kg  zasilanie elektryczne ok. 230 V; 50 Hz; 2,5 kW  przyłącze wody zimnej DN 15  przyłącze kanalizacyjne DN 32 | | | |

Uwaga!

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**Załącznik nr 3.25** PAKIET NR 25 – Aparat do krioterapii miejscowej wraz z osprzętem

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Lp | | | Opis parametrów wymaganych | Parametr wymagany | | | | Wartość oferowana | | |
|  | 1 | | | Producent | Podać | | | |  | | |
|  | 2 | | | Nazwa i typ | Podać | | | |  | | |
|  | 3 | | | Kraj pochodzenia | Podać | | | |  | | |
|  | 4 | | | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2021 lub nowszy | | | |  | | |
|  | 5 | | | Zamawiana ilość | 4 szt. | | | |  | | |
|  |  | | |  | Parametr wymagany | | | | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE\*\* | | |
|  | Wymagania podstawowe | | | | | | | | | | |
|  | 1 | | | Czynnik roboczy: Ciekły azot (LN2) | TAK | | | |  | | |
|  | 2 | | | Objętość zbiornika 30 litrów, wymienny  Zamawiający dopuszcza zbiornik o objętości 35 litrów | TAK | | | |  | | |
|  | 3 | | | Max temperatura strumienia gazu: -160◦C | TAK | | | |  | | |
|  | 4 | | | Liczba stopni regulacji intensywności nadmuchu: min 5 | TAK | | | |  | | |
|  | 5 | | | Zużycie ciekłego azotu: od 3 do 10 kg/h (praca ciągła) | TAK | | | |  | | |
|  | 6 | | | Liczba zabiegów przy zużyciu 1 zbiornika ciekłego azotu: ok.45 (średni czas zabiegów 3 min.) | TAK | | | |  | | |
|  | 7 | | | Wymiary 90x50x110 cm +/- 20 mm  Zamawiający dopuszcza również urządzenie o wymiarach 98 x 64 x 47 cm  Zamawiający dopuszcza aparat do krioterapii miejscowej o wymiarach szer. 47 cm x dł. 60 cm x 86 cm | TAK | | | |  | | |
|  | 8 | | | Czynnik roboczy: Ciekły azot (LN2) | TAK | | | |  | | |
|  | 9 | | | Objętość zbiornika 30 litrów, wymienny  Zamawiający dopuszcza zbiornik o objętości 35 litrów | TAK | | | |  | | |
|  | 10 | | | Max temperatura strumienia gazu: -160◦C | TAK | | | |  | | |
|  | 11 | | | Liczba stopni regulacji intensywności nadmuchu: min 5 | TAK | | | |  | | |
|  | 12 | | | Zużycie ciekłego azotu: od 3 do 10 kg/h (praca ciągła) | TAK | | | |  | | |
|  | 13 | | | Liczba zabiegów przy zużyciu 1 zbiornika ciekłego azotu: ok.45 (średni czas zabiegów 3 min.) | TAK | | | |  | | |
|  | 14 | | | System jezdny 4 kółka | TAK | | | |  | | |
|  | 15 | | | Zbiornik na ciekły azot ( razem 4 sztuki)  Objętość zbiornika 30 litrów, wymienny  Na Ciekły azot (LN2)  Współpraca z aparatem do krioterapii miejscowej  Zamawiający dopuszcza zbiornik o objętości 35 litrów | TAK | | | |  | | |
|  | 16 | | | Schodek jednostopniowy ( razem 4 sztuki):  Wymiary 50x30 cm (+/- 2 cm)  Wysokość 22cm  Wytrzymałość: waga użytkownika 120 kg  Silna stabilna konstrukcja  Pokryta antypoślizgową wykładziną  Nasadki antypoślizgowe na nóżkach | TAK | | | |  | | |
|  | 17 | | | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych. (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) | TAK | | | |  | | |
|  | 18 | | | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK | | | |  | | |
|  | 19 | | | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | | | | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … | | |
|  | | | Wyposażenie kozetka | | |  | |  | | |  |
| 20 | | | Producent | | | Podać | |  | | |  |
| 21 | | | Nazwa i typ | | | Podać | |  | | |  |
| 22 | | | Kraj pochodzenia | | | Podać | |  | | |  |
| 23 | | | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | | | Min. 2021 lub nowszy | |  | | |  |
| 24 | | | Zamawiana ilość | | | 2 szt. | |  | | |  |
| WYMAGANIA OGÓLNE | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | Parametr wymagany  i wskazany do oceny | | | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE |  |
| 25 | | Mocna stabilna metalowa konstrukcja | | | | | TAK | | |  |  |
| 26 | | Pokryta materiałem łatwo myjącym, odporny na środki do dezynfekcji | | | | | TAK | | |  |  |
| 27 | | Regulowany zagłówek | | | | | TAK | | |  |  |
| 28 | | Wymiary 52x56x188 cm +/- 20 mm  Zamawiający również dopuszcza 55x62x185 cm | | | | | TAK | | |  |  |

Uwaga!

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**Załącznik nr 3.26** PAKIET NR 26 – Atlas jednostanowiskowy wraz z osprzętem

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis parametrów wymaganych | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2021 lub nowszy |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
|  | Wymagania ogólne | Parametr wymagany  i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE |
| 1 | stabilna stalowa konstrukcja i łożyskowane rolki | TAK |  |
| 2 | Regulacja oparcia w pionie  Zamawiający dopuszcza atlas jednostanowiskowy z regulacją wysokości siedziska | TAK |  |
| 3 | Posiada 1 stanowisko, ewentualnie 2 stanowiska (2 stanowiska pod warunkiem zachowania wymiaru atlasu: 165 x 166 x 215 cm (+/- 20 cm) oraz zgodności z pozostałymi parametrami określonymi dla atlasu jednostanowiskowego) | TAK |  |
| 4 | Posiada wyciąg górny i dolny | TAK |  |
| 5 | Stacja nożna regulowana | TAK |  |
| 6 | Osłona stosu | TAK |  |
| 7 | Waga stosu: 80 kg (16 sztabek po 5 kg)  Zamawiający dopuszcza atlas jednostanowiskowy, w którym waga stosu wynosi 73 kg | TAK |  |
| 8 | Możliwość rozbudowy stosu : 100 kg (opcja)  Zamawiający dopuszcza atlas jednostanowiskowy, z możliwością rozbudowy stosu do 95 kg | TAK |  |
| 9 | Wytrzymałość: waga użytkownika: 120 kg | TAK |  |
| 10 | Kolor: czarny lub srebrny | TAK |  |
| 11 | Wymiary atlasu: 165 x 166 x 215 cm (+/- 20 cm) | TAK |  |
| 12 | Powierzchnia potrzebna do ćwiczeń: 200 x 225 x 215 cm ( +/- 20 mm)  Zamawiający dopuszcza również atlas jednostanowiskowy, gdzie powierzchnia potrzebna do ćwiczeń to 208,5 x 180,5 x 211 cm | TAK |  |
| 13 | Waga atlasu do 220 kg | TAK |  |
| 14 | wiosłowanie, | TAK |  |
| 15 | biceps, | TAK |  |
| 16 | triceps, | TAK |  |
| 1718 | klatka piersiowa, | TAK |  |
| 19 | najszerszy grzbietu, | TAK |  |
| 20 | ćwiczenia nóg w pozycji siedzącej i stojącej, | TAK |  |
| 21 | brzuch | TAK |  |
| 22 | Maty pod sprzęt rehabilitacyjny ( razem 2 sztuki)  Kolor czarny  Wymiary 190-200 x 100-110 x 0,5 cm (Podać)  Amortyzująca  Antypoślizgowa  2 sztuki | TAK |  |
| 23 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 24 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

Uwaga!

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**Załącznik nr 3.27** PAKIET NR 27, Schody treningowe

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Wymagania ogólne | Parametr wymagany i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE |
| 1 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2021 lub nowszy |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
|  | Wymagania ogólne | Parametr wymagany i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE |
| 1. | duży wyświetlacz LED jako centrum informacji o parametrach treningowych | TAK |  |
| 2 | informacje na wyświetlaczu: czas treningu, czas pozostały do końca treningu, całkowity czas treningów, zegar, liczba kroków, liczba kroków/min., poziom obciążenia, dystans, tętno, METs,, kalorie, Watt | TAK |  |
| 3. | programy treningowe: Go-szybki start, manualny, trening interwałowy, trening na spalania tkanki tłuszczowej, pagórki, trening kontroli tętna | TAK |  |
| 4. | języki: min polski, angielski, niemiecki (wpisać też dodatkowe jeśli są) | TAK |  |
| 5. | port USB do ładowania urządzeń, aktualizacji oprogramowania | TAK |  |
| 6 | półka na książkę lub tablet | TAK |  |
| 7. | poręcz i uchwyty z możliwością sterowania obciążeniem | TAK |  |
| 8. | pojemnik na bidon/klucze/akcesoria | TAK |  |
| 9. | telemetryczny i dotykowy pomiar tętna | TAK |  |
| 10. | wymiary schodków: 25 x 46 x 20cm +/- 2cm  Zamawiający dopuszcza również schody treningowe, w których wymiary schodków wynoszą 25,1 x 52,7 x 19 cm | TAK |  |
| 11. | wysokość schodków 36 cm (+/- 1 cm)  Zamawiający dopuszcza również schody treningowe, w których wysokość schodków wynosi 25,4 cm | TAK |  |
| 12 . | minimalna moc 1 W przy zasilaniu z sieci lub 4 W przy samozasilaniu | TAK |  |
| 13. | max. waga użytkownika: 180 kg (+/- 2 kg) | TAK |  |
| 14. | Waga urządzenia – do 178 kg | TAK |  |
| 15 | Maty pod sprzęt rehabilitacyjny ( razem 2 sztuki)  Kolor czarny  Wymiary 200x100x0,5 cm +/- 20 mm  Amortyzująca  Antypoślizgowa  2 sztuki | TAK |  |
| 16 | wymiary po zmontowaniu: 161 x 102 x 218 cm +/-2 cm | TAK |  |
| 17 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 18 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

Uwaga!

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**Załącznik nr 3.28** PAKIET NR 28 Cykloergometr wraz z osprzętem

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis parametrów wymaganych | Parametr wymagany i oceniany | Wartość oferowana |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2021 lub nowszy |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
| 6 | Wykaz środków eksploatacyjnych | Podać |  |
|  | WYMAGANIA OGÓLNE | Parametr wymagany i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE |
| 1 | - duży wyświetlacz LED jako centrum informacji o parametrach treningowych | TAK |  |
| 2 | - informacje na wyświetlaczu: czas treningu, czas pozostały do końca treningu, całkowity czas treningów, zegar, poziom obciążenia, dystans, tętno, METs, prędkość liniowa i obrotowa, kalorie, Watt | TAK |  |
| 3 | - programy treningowe: Go-szybki start, manualny, trening interwałowy, trening na spalania tkanki tłuszczowej, pagórki, trening kontroli tętna | TAK |  |
| 4 | - języki: min polski, angielski, niemiecki (wpisać też dodatkowe jeśli są) | TAK |  |
| 5 | - port USB do ładowania urządzeń, aktualizacji oprogramowania | TAK |  |
| 6 | - półka na książkę lub tablet | TAK |  |
| 7 | - opcjonalnie: możliwość dołączenie dodatkowego monitora tv bezprzewodowe logowanie | TAK |  |
| 8 | - wielopozycyjna kierownica | TAK |  |
| 9 | - sterowanie obciążeniem z poziomu uchwytów min 25 poziomów obciążenia | TAK |  |
| 10 | - regulacja położenia siedziska | TAK |  |
| 11 | - pojemnik na bidon/klucze/akcesoria | TAK |  |
| 12 | - telemetryczny i dotykowy pomiar tętna | TAK |  |
| 13 | - bezszczotkowy generator (urządzenie nie wymaga zasilania z sieci) - minimalna moc 1 W przy zasilaniu z sieci lub 4 W przy samozasilaniu | TAK |  |
| 14 | Wytrzymałość: waga użytkownika: 180 kg | TAK |  |
| 15 | - wymiary urządzenia po zmontowaniu: 129 x 62 x 147 cm +/- 2cm  Zamawiający dopuszcza również cykloergometr, o wymiarach po zmontowaniu 112 x 59 x 137,5 cm | TAK |  |
| 16 | - waga urządzenia: do 70 kg | TAK |  |
| 17 | Maty pod sprzęt rehabilitacyjny ( razem 2 sztuki)  Kolor czarny  Wymiary 200x100x0,5 cm +/- 20 mm  Amortyzująca  Antypoślizgowa  2 sztuki | TAK |  |
| 18 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 19 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

Uwaga!

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**Załącznik nr 3.29** PAKIET NR 29 Bieżnia treningowa

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Opis parametrów wymaganych | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2021 lub nowszy |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
|  | WYMAGANIA OGÓLNE | Parametr wymagany | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE |
|  | Wymagania podstawowe | | |
| 1 | Do użytku profesjonalnego | TAK |  |
| 2 | duży wyświetlacz LED | TAK |  |
| 3 | Informacje na wyświetlaczu: czas treningu, czas pozostały do końca treningu, całkowity czas treningów, zegar, prędkość́, kąt pochylenia, dystans, tempo, tętno, METs, kalorie, Watt | TAK |  |
| 4 | Programy treningowe: Go-szybki start, manualny, trening interwałowy, trening na spalania tkanki tłuszczowej, pagórki, trening kontroli tętna. | TAK |  |
| 5 | Języki: polski, angielski, niemiecki | TAK |  |
| 6 | zakres prędkości: 0.3 - 20km/h  Zamawiający dopuszcza bieżnie treningową, w której zakres prędkości wynosi 0,8 – 20 km/h | TAK |  |
| 7 | zakres wzniosu: 0-15% | TAK |  |
| 8 | wymiary powierzchni biegowej: 152x56 cm +/- 20 mm | TAK |  |
| 9 | wysokość położenia blatu: 17,8 cm +/- 20 mm od podłoża  Zamawiający dopuszcza bieżnie treningową, w której wysokość położenia blatu od podłoża wynosi 20 cm | TAK |  |
| 10 | poręcz wielopozycyjna z uchwytami  Zamawiający rozumie przez to: poręcz którą można chwycić w wielu pozycjach tj z boku, przodu i pomiędzy. | TAK |  |
| 11 | możliwość sterowania prędkością i pochyleniem z poziomu uchwytów | TAK |  |
| 12 | pojemnik na bidon/klucze/akcesoria | TAK |  |
| 13 | telemetryczny i dotykowy pomiar tętna | TAK |  |
| 14 | Wytrzymałość: waga użytkownika: 180 kg | TAK |  |
| 15 | wymiary urządzenia po zmontowaniu: 205x95x165 cm +/- 20 mm  Zamawiający dopuszcza również bieżnię o wymiarach po zmontowaniu 70x188x142 cm (szerokość/długość/wysokość) | TAK |  |
| 16 | waga urządzenia: do150 kg | TAK |  |
| 17 | port USB | TAK |  |
| 18 | Maty pod sprzęt rehabilitacyjny ( razem 1 sztuka)  Kolor czarny  Wymiary 200x100x0,5 cm +/- 20 mm  Amortyzująca  Antypoślizgowa  1 sztuka | TAK |  |
| 18 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

Uwaga!

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**Załącznik nr 3.30** PAKIET NR 30 Rower hybrydowy do rehabilitacji wraz z osprzętem

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Opis parametrów wymaganych | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2021 lub nowszy |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 3 szt. |  |
|  | Wymagania ogólne | Parametr wymagany  i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE |
| 1 | Duża czylelna konsola w języku polskim | TAK |  |
| 2 | Wygodne i ergonomiczne siedzisko, z oparciem na kręgosłup i podnoszonymi podłokietnikami | TAK |  |
| 3 | Min 25 poziomów ustawień siodełka | TAK |  |
| 4 | Min 30 poziomów oporu | TAK |  |
| 5 | Maksymalna waga użytkownika: 182 kg ( +/- 2 kg) | TAK |  |
| 6 | Wymiary maksymalne 160 x 74 x 140 cm | TAK |  |
| 7 | Waga urządzenia do 85 kg | TAK |  |
| 8 | Maty pod sprzęt rehabilitacyjny ( razem 3 sztuki)  Kolor czarny  Wymiary 200x100x0,5 cm +/- 20 mm  Amortyzująca  Antypoślizgowa | TAK |  |
| 9 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 10 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

Uwaga!

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**Załącznik nr 3.31** PAKIET NR 31 – Skaner do wykrywania żył

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Wymagania ogólne | Parametr wymagany i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE |
| 1 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | 2022 |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
|  | Wymagania ogólne | Parametr wymagany i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE |
| 1. | Bezkontaktowy iluminator naczyniowy do iluminacji naczyniowej, umożliwiający zlokalizowanie żył powierzchniowych. | TAK |  |
| 2 | Urządzenie bezpieczne, przenośne i podręczne – możliwość trzymania w ręce lub na statywie | TAK |  |
| 3. | Światło podczerwone (niewidzialne) emitowane w technologii dual LED do lokalizacji żył podskórnych oraz światło widzialne do ich obrazowania na powierzchni skóry | TAK PODAĆ |  |
| 4. | Mobilny statyw jezdny z podwójnym, składanym ramieniem pozwalającym zachować niezmienne w poziomie położenie aparatu przy regulacji góra-dół, z głowicą zatrzaskową, z koszykiem na akcesoria i blokadą kół | TAK |  |
| 5. | Możliwość ładowania skanera podczas pracy w statywie i pracy na zasilaczu sieciowym | TAK |  |
| 6 | Wymiary skanera: (dł. x szer. x gł.): 235 x 55 x 55 mm (+/- 15 mm)  Zamawiający dopuszcza również wysokiej klasy skaner naczyń krwionośnych o wymiarach 212 x 66 x 65 mm | TAK |  |
| 7. | Waga urządzenia max 500 g | TAK PODAĆ |  |
| 8. | Urządzenie zasilane baterią litowo – jonową o pojemności min. 5000 mAh i wyposażone w kompatybilną ładowarkę do ładowania na statywie  Zamawiający dopuszcza mniejszą pojemność baterii, o ile Ciągły czas pracy przy pełnym naładowaniu z włączonym światłem do podświetlania żył min. 3 h | TAK |  |
| 9. | Czas do pełnego ładowania baterii max. 4h | TAK PODAĆ |  |
| 10. | Ciągły czas pracy przy pełnym naładowaniu z włączonym światłem do podświetlania żył min. 3 h | TAK |  |
| 11. | Urządzenie wyposażone w najnowszego standardu wielofunkcyjne złącze USB typu C (w tym do przenoszenia danych i ładowania oraz z opcją szybkiej, zdalnej aktualizacji i diagnostyki serwisowej)  Zamawiający dopuszcza wysokiej klasy skaner naczyń krwionośnych wyposażony w wielofunkcyjne złącze typu micro USB służące do zasilania , aktualizacji itp.  Zamawiający rezygnuje z wymogu posiadania przez urządzenie portu USB | TAK PODAĆ |  |
| 12 . | Tryb pomiaru głębokości żył i wyświetlenia na skórze wyniku pomiaru, min. trójstopniowo. | TAK |  |
| 13. | Możliwość zapisu zrzutów obrazu (format JPG) i zapis na wewn. karcie SD lub rzutowania zrzutu obrazu (funkcja „zamrożenia” aktualnego widoku)  Zamawiający dopuszcza skaner naczyń krwionośnych, który nie jest wyposażony w funkcję zapisu obrazu i jego zapisu | TAK/NIE |  |
| 14. | Urządzenie sklasyfikowane jako wyrób medyczny | TAK |  |
| 15. | Autoryzacja producenta na sprzedaż i serwis urządzeń w Polsce (załączyć dokument potwierdzający | TAK |  |
| 16. | Wpis (zgłoszenie) do rejestru wyrobów medycznych | TAK |  |
| 17. | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych. (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) | TAK |  |
| 18. | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 19. | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | TAK |  |
| 20 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |
| Zamawiający dopuszcza produkt alternarnatywny do wymienionego w SWZ: Skaner żył: Trzy tryby obrazu: niebieski i biały, czerwony i zielony, czerwony i biały Optymalizacja wydajności obrazu, wysoka dokładność Regulowana na wielu poziomach lekkość, odpowiednia do większej liczby miejsc Medyczne zimne światło, bezpieczne dla oczu Funkcja uśpienia zapewnia szybki start i oszczędność energii Kieszonkowy, wygodny do trzymania i noszenia Unikalny system wzmocnienia obrazu Waga samego urządzenia: 0,28 kg Precyzja: 0,25 mm Natężenie oświetlenia: 300 ÷ 1000 (lux).Możliwość umieszczenia na stojaku - pod warunkiem że będzie wyposażony w technologie Dual Led. Wymogiem jest zestaw wyposażony w stojak opisany w SWZ. To nie jest opcjonalne | | | |

Uwaga!

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**Załącznik nr 3.32** PAKIET NR 32 – Kardiomonitor kompaktowy

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Wymagania ogólne | Parametr wymagany i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE |
| 1 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2020 lub nowszy |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
|  | Wymagania ogólne | Parametr wymagany i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE |
| 1 | Budowa monitora kompaktowa  Zamawiający dopuszcza kardiomonitor modułowo – kompaktowy | TAK |  |
| 2 | Przekątna ekranu min 12 cali  Rozdzielczość min. 1024 x 768 pikseli | TAK |  |
| 3 | Sterowanie pokrętłami oraz przyciski  1)Zamawiający dopuszcza również kardiomonitor sterowany za pomocą ekranu dotykowego oraz pokrętła  2)Zamawiający dopuszcza również kardiomonitor wysokiej klasy z obsługą poprzez ekran dotykowy  3) Zamawiający dopuszcza również kardiomonitor wyposażony w pokrętło, przyciski funkcyjne oraz ekran dotykowy wraz polami funkcyjnymi w języku polskim | TAK (Określić rodzaj sterowania) |  |
| 4 | Ilość odprowadzeń min 3  Zamawiający wymaga. możliwości rozbudowy o funkcjonalność 12-odprowadzeniowego EKG w przyszłości | TAK (Podać ilość) |  |
| 5 | Rodzaj saturacji: podstawowy | TAK |  |
| 6 | Ilość pomiarów temperatury: min 1 | TAK |  |
| 7 | Czas pracy na zasilaniu akumulatorowym min 4 h | TAK |  |
| 8 | Nieinwazyjny, ciągły pomiar ciśnienia tętniczego | TAK |  |
| 9 | Stojak jezdny wyposażony w rolki z możliwością hamowania oraz uchwyt do popychania  1)Zamawiający dopuszcza stojak jezdny ze stali nierdzewnej z koszykiem na akcesoria na podstawie 6 kołowej  2)Zamawiający dopuści stojak jezdny wyposażony w koła z możliwością hamowania oraz uchwytem do popychania | TAK |  |
| 10 | Urządzenie sklasyfikowane jako wyrób medyczny | TAK |  |
| 11 | Autoryzacja producenta na sprzedaż i serwis urządzeń w Polsce (załączyć dokument potwierdzający | TAK |  |
| 12 | Wpis (zgłoszenie) do rejestru wyrobów medycznych | TAK |  |
| 13 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych. (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) | TAK |  |
| 14 | Opisy przycisków i pokręteł w języku polskim  Zamawiający dopuszcza kardiomonitor wyposażony w pokrętło, przyciski funkcyjne oraz ekran dotykowy wraz polami funkcyjnymi w języku polskim | TAK |  |
| 15 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 16 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

Uwaga!

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

**Załącznik nr 3.33** PAKIET NR 33 – Aparat EKG wraz z osprzętem

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Wymagania ogólne | Parametr wymagany i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE |
| 1 | Nazwa i typ | Podać |  |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe) | Min. 2021 lub nowszy |  |
| 5 | Zamawiana ilość | 1 szt. |  |
|  | Wymagania ogólne | Parametr wymagany i wskazany do oceny | Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE |
| 1 | Wyświetlacz kolorowy TFT min. 7”, podświetlanie (LED), o rozmiarach min. 800x480  Zamawiający dopuszcza aparat EKG z kolorowym ekranem dotykowym o przekątnej 8.9” i rozdzielczości 892 x 558 pikseli | TAK |  |
| 2 | Tryb LONG: zapis 1-15 minut  1)Zamawiający dopuszcza aparat EKG bez powyższego trybu | TAK /NIE |  |
| 3 | Zapis wsteczny EKG (1-30 sekund)  1) Zamawiający dopuszcza aparat EKG z podglądem do 5 minut 12 odprowadzeń z możliwością ustawienia 10 sekund zapisu spoczynkowego EKG  2) Zamawiający dopuszcza aparat EKG o zapisie wstecznym EKG od 1 do 10 sekund | TAK |  |
| 4 | Dodatkowe prędkości zapisu (6,25 mm/s, 12,5 mm/s)  Zamawiający dopuszcza aparat EKG z prędkością zapisu 5, 12.5, 25 i 50 mm/s | `TAK |  |
| 5 | Współpraca z sieciami Ethernet i Internet | TAK |  |
| 6 | Możliwe rodzaje badań: AUTO, MANUAL, AUTOMANUAL, LONG  Zamawiający dopuszcza aparat EKG z rodzajem badań Auto i Manual | TAK |  |
| 7 | Sygnał EKG: 12 odprowadzeń standardowych | TAK |  |
| 8 | Wydruk w trybie 1, 3, 6 lub 12 przebiegów EKG  Zamawiający dopuszcza aparat EKG z trybem przebiegów 3,6, 12 przebiegów EKG | TAK |  |
| 9 | Kabel EKG | TAK |  |
| 10 | Elektrody przyssawkowe EPP | TAK |  |
| 11 | Elektrody kończynowe klipsowe EKK | TAK |  |
| 12 | Żel EKG 250g | TAK |  |
| 13 | Papier EKG 1 rolka  Zamawiający dopuści aparat EKG z pojemnikiem na papier formacie A5, 150 arkusz | TAK |  |
| 14 | Stojak jezdny wyposażony w rolki z możliwością hamowania oraz uchwyt do popychania | TAK |  |
| 15 | Urządzenie sklasyfikowane jako wyrób medyczny | TAK |  |
| 16 | Autoryzacja producenta na sprzedaż i serwis urządzeń w Polsce (załączyć dokument potwierdzający | TAK |  |
| 17. | Wpis (zgłoszenie) do rejestru wyrobów medycznych | TAK |  |
| 18 | Deklaracja zgodności wystawiona przez wytwórcę lub certyfikat CE dla wyrobów medycznych. (lub równoważne zgodnie z art. 105 ust. 3 i 4 ustawy PZP) | TAK |  |
| 19 | Opisy przycisków i pokręteł w języku polskim | TAK |  |
| 20 | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 21 | Serwis gwarancyjny na terenie Polski | Tak, podać dane serwisu | Nazwa firmy serwisu: …  Adres: …  Tel.: ….  e-mail: … |

Uwaga!

Parametry określone jako „TAK” i „TAK, podać” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta przedmiotu zamówienia.

/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 4a** |
| **OŚWIADCZENIE**  **dot. art. 5k Rozporządzenia Rady (UE) 833/2014 r. oraz art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r.o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego**  w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na dostawę sprzętu oraz wyposażenia medycznego na potrzeby realizacji projektu pn.: „Utworzenie Centrum Opieki Geriatrycznej w Pomorskim Centrum Reumatologicznym im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Sp. z o.o.” dofinansowanego z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, w podziale na 33 Pakiety – oferty częściowe – Znak: 8-PN-22 |

/oznaczenie Wykonawcy /

**Znak: 8-PN-22**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
   art. 5k rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 229 z 31.7.2014, str. 1), dalej: rozporządzenie 833/2014, w brzmieniu nadanym rozporządzeniem Rady (UE) 2022/576 w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 111 z 8.4.2022, str. 1), dalej: rozporządzenie 2022/576.[[1]](#footnote-1)
2. Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. *o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego* (Dz. U. poz. 835)*.*[[2]](#footnote-2)

*/kwalifikowany podpis elektroniczny Wykonawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/*

**INFORMACJA**

**DOTYCZĄCA POLEGANIA NA ZDOLNOŚCIACH LUB SYTUACJI PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY W ZAKRESIE ODPOWIADAJĄCYM PONAD 10% WARTOŚCI ZAMÓWIENIA:**

[UWAGA*: wypełnić tylko w przypadku podmiotu udostępniającego zasoby, na którego zdolnościach lub sytuacji wykonawca polega w zakresie odpowiadającym ponad 10% wartości zamówienia. W przypadku więcej niż jednego podmiotu udostępniającego zasoby, na którego zdolnościach lub sytuacji wykonawca polega w zakresie odpowiadającym ponad 10% wartości zamówienia, należy zastosować tyle razy, ile jest to konieczne.*]

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w Rozdz IV.1. SWZ polegam na zdolnościach lub sytuacji następującego podmiotu udostępniającego zasoby: …………………………………... *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, w następującym zakresie: ………………………………… *(określić odpowiedni zakres udostępnianych zasobów dla wskazanego podmiotu)*,co odpowiada ponad 10% wartości przedmiotowego zamówienia.

**OŚWIADCZENIE**

**DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY, NA KTÓREGO PRZYPADA PONAD 10% WARTOŚCI ZAMÓWIENIA:**

[UWAGA*: wypełnić tylko w przypadku podwykonawcy (niebędącego podmiotem udostępniającym zasoby), na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia. W przypadku więcej niż jednego podwykonawcy, na którego zdolnościach lub sytuacji wykonawca nie polega, a na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia, należy zastosować tyle razy, ile jest to konieczne.*]

Oświadczam, że w stosunku do następującego podmiotu, będącego podwykonawcą, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia: …………………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia przewidziane w  art.  5k rozporządzenia 833/2014 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem 2022/576.

**OŚWIADCZENIE**

**DOTYCZĄCE DOSTAWCY, NA KTÓREGO PRZYPADA PONAD 10% WARTOŚCI ZAMÓWIENIA:**

[UWAGA*: wypełnić tylko w przypadku dostawcy, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia. W przypadku więcej niż jednego dostawcy, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia, należy zastosować tyle razy, ile jest to konieczne.*]

Oświadczam, że w stosunku do następującego podmiotu, będącego dostawcą, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia:

…………………………………………………………….………..….…… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*,  
nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia przewidziane w  art.  5k rozporządzenia 833/2014 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem 2022/576.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**INFORMACJA DOTYCZĄCA DOSTĘPU DO PODMIOTOWYCH ŚRODKÓW DOWODOWYCH:**

Wskazuję następujące podmiotowe środki dowodowe, które można uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych, oraz dane umożliwiające dostęp do tych środków:  
1) ......................................................................................................................................................

*(wskazać podmiotowy środek dowodowy, adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji)*

2) .......................................................................................................................................................

*(wskazać podmiotowy środek dowodowy, adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji)*

*/kwalifikowany podpis elektroniczny Wykonawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 5** |
| **WYKAZ DOSTAW**  **WYKAZ WYKONANYCH, A W PRZYPADKU ŚWIADCZEŃ POWTARZAJĄCYCH SIĘ LUB CIĄGŁYCH RÓWNIEŻ WYKONYWANYCH CO NAJMNIEJ DWÓCH DOSTAW**:  d.1) dla Pakietu 1, 31, 32, 33 – urządzeń medycznych,  d.2) dla Pakietu 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 – urządzeń rehabilitacyjnych lub medycznych  w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – to w tym okresie, z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania oraz podmiotów na rzecz których dostawy były wykonane lub odpowiednio są wykonywane |

**Znak: 8-PN-22**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa, adres i telefon Odbiorcy** | **Opis przedmiotu zamówienia: należy podać realizowane dostawy oraz wskazać rodzaj** | **Data wykonania dostaw**  **(od – do)**  (należy podać datę wykonanych dostaw,  Dzień/miesiąc/rok rozpoczęcia i zakończenia o ile są zakończone) | **Wartość**  **brutto** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*/kwalifikowany podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 6** |
| **OŚWIADCZENIE O BRAKU PRZYNALEŻNOŚCI WYKONAWCY DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ\*/**  **OŚWIADCZENIE O PRZYNALEŻNOŚCI WYKONAWCY DO TEJ SAMEJ GRUPY KAPITAŁOWEJ\*/** |

/oznaczenie Wykonawcy /

**Znak: 8-PN-22**

**Oświadczenie Wykonawcy**

**w zakresie art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy Pzp**

**o przynależności\*/ lub braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej \***

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę sprzętu oraz wyposażenia medycznego na potrzeby realizacji projektu pn.: „Utworzenie Centrum Opieki Geriatrycznej w Pomorskim Centrum Reumatologicznym im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Sp. z o.o.” dofinansowanego z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, w podziale na 33 Pakiety – oferty częściowe **– Znak: 8-PN-22**

oświadczam, że Wykonawca, którego reprezentuję:

1**. *należy \*/ nie należy*** do tej samej grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 roku o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 275) z innymi Wykonawcami, którzy złożyli odrębne oferty lub oferty częściowe w niniejszym postępowaniu.

2. Wykaz wykonawców należących do tej samej grupy kapitałowej, którzy złożyli oferty:

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

*\* niewłaściwe skreślić*

*/kwalifikowany podpis elektroniczny Wykonawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/*

**Uwaga! Grupa kapitałowa** – według ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U.t.j. z 2021 r. poz. 275) rozumie się przez to wszystkich przedsiębiorców, którzy są kontrolowani w sposób bezpośredni lub pośredni przez jednego przedsiębiorcę, w tym również tego przedsiębiorcę

W sytuacji, gdy w postępowaniu złożyli odrębne oferty wykonawcy należący do tej samej grupy kapitałowej, wraz ze złożeniem niniejszego oświadczenia, Wykonawca może przedstawić dowody, że powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie zamówienia.

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 7** |
| **WZÓR - ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU**  **ODDAJĄCEGO DO DYSPOZYCJI WYKONAWCY NIEZBĘDNE ZASOBY** |

..........................................., dnia .................................

*/ miejscowość/*

/oznaczenie Podmiotu /

**ZOBOWIĄZANIE PODMIOTU**

**ODDAJĄCEGO DO DYSPOZYCJI WYKONAWCY NIEZBĘDNE ZASOBY**

Działając w imieniu: ……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………....................… zobowiązuje się do oddania do dyspozycji Wykonawcy pod nazwą:

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

następujących zasobów:

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

niezbędnych do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego **Znak: 8-PN-22** na dostawę sprzętu oraz wyposażenia medycznego na potrzeby realizacji projektu pn.: „Utworzenie Centrum Opieki Geriatrycznej w Pomorskim Centrum Reumatologicznym im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Sp. z o.o.” dofinansowanego z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, w podziale na 33 Pakiety – oferty częściowe na okres konieczny dla wykonania zamówienia w razie zawarcia umowy o zamówienie publiczne z tym Wykonawcą.

W celu oceny, czy w/w Wykonawca będzie dysponował moimi zasobami w stopniu umożliwiającym należyte wykonanie zamówienia oraz oceny, czy stosunek nas łączący gwarantuje rzeczywisty dostęp do moich zasobów wskazuję:

1) zakres moich zasobów dostępnych Wykonawcy:

**……………………………………………………………………………………………………………**

2) sposób udostępnienia i wykorzystania moich zasobów przez Wykonawcę przy wykonywaniu w/w zamówienia;

**……………………………………………………………………………………………………………**

3) okres udostępnienia przy wykonywaniu w/w zamówienia:

**……………………………………………………………………………………………………………**

*/kwalifikowany podpis elektroniczny* *Wykonawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/*

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NUMER 8** |
| **Oświadczenie wykonawcy o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp w postępowaniu** **na „Dostawę sprzętu oraz wyposażenia medycznego na potrzeby realizacji projektu pn.: „Utworzenie Centrum Opieki Geriatrycznej w Pomorskim Centrum Reumatologicznym im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Sp. z o.o.” dofinansowanego z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, w podziale na 33 Pakiety – oferty częściowe – Znak: 8-PN-22”** |

....................................................

*Wykonawca*

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę sprzętu oraz wyposażenia medycznego na potrzeby realizacji projektu pn.: „Utworzenie Centrum Opieki Geriatrycznej w Pomorskim Centrum Reumatologicznym im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Sp. z o.o.” dofinansowanego z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, w podziale na 33 Pakiety – oferty częściowe **– Znak: 8-PN-22**

Oświadczam, że informacje zawarte w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust.1 PZP, w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania, o których mowa w:

1) Art. 108 ust. 1 pkt 3 ustawy; dotyczących wydania prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczeniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne,

2) Ast. 108 ust. 1 pkt 4 ustawy, dotyczących orzeczenia zakazu ubiegania się o zamówienie publiczne tytułem środka zapobiegawczego;

3) Art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy, dotyczących zawarcia z innymi wykonawcami porozumienia mającego na celu zakłócenie konkurencji;

4) Art. 108 ust. 1 pkt 6 ustawy;

oraz w zakresie podstaw wykluczenia wskazanych w art. 109 ust. 1 pkt 1,5,7 ustawy PZP, są aktualne.

kwalifikowany podpis elektroniczny *Wykonawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

1. Zgodnie z treścią art. 5k ust. 1 rozporządzenia 833/2014 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem 2022/576 zakazuje się udzielania lub dalszego wykonywania wszelkich zamówień publicznych lub koncesji objętych zakresem dyrektyw w sprawie zamówień publicznych, a także zakresem art. 10 ust. 1, 3, ust. 6 lit. a)–e), ust. 8, 9 i 10, art. 11, 12, 13 i 14 dyrektywy 2014/23/UE, art. 7 i 8, art. 10 lit. b)–f) i lit. h)–j) dyrektywy 2014/24/UE, art. 18, art. 21 lit. b)–e) i lit. g)–i), art. 29 i 30 dyrektywy 2014/25/UE oraz art. 13 lit. a)–d), lit. f)–h) i lit. j) dyrektywy 2009/81/WE na rzecz lub z udziałem:

   obywateli rosyjskich lub osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji;

   osób prawnych, podmiotów lub organów, do których prawa własności bezpośrednio lub pośrednio w ponad 50 % należą do podmiotu, o którym mowa w lit. a) niniejszego ustępu; lub

   osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów działających w imieniu lub pod kierunkiem podmiotu, o którym mowa w lit. a) lub b) niniejszego ustępu,

   w tym podwykonawców, dostawców lub podmiotów, na których zdolności polega się w rozumieniu dyrektyw w sprawie zamówień publicznych, w przypadku gdy przypada na nich ponad 10 % wartości zamówienia. [↑](#footnote-ref-1)
2. Zgodnie z treścią art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. *o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego,* z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursu prowadzonego na podstawie ustawy Pzp wyklucza się:

   1) wykonawcę oraz uczestnika konkursu wymienionego w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanego na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

   2) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

   3) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy. [↑](#footnote-ref-2)