**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - PARAMETRY TECHNICZNE**

**- łóżko pionizacyjne z funkcją kroczenia dla pacjentów pediatrycznych**

**Uwaga:**

1. **W przypadku posiadania parametrów identycznych jak określa kolumna B, proszę wpisać   
   w kolumnie C,,TAK”.**
2. W przypadku posiadania parametrów wyższych / lepszych niż określa kolumna B, proszę wpisać   
   w kolumnie C wartość parametrów oferowanych.
3. W przypadku gdy kolumna B określa wartości przedziałowe proszę w kolumnie C wpisać jakie konkretne wartości posiada oferowany przez Wykonawcę sprzęt medyczny.
4. Parametry określone w kolumnie C są warunkami granicznymi.
5. Brak potwierdzenia przez Wykonawcę spełnienia warunku granicznego skutkował będzie odrzuceniem oferty przetargowej.
6. Zamawiający zastrzega sobie również możliwość zwrócenia się do producenta oferowanego sprzętu medycznego, w celu potwierdzenia oferowanych parametrów technicznych.
7. Oferty, które nie spełniają wymagań Zamawiającego zostaną odrzucone jako niezgodne ze Specyfikacją Warunków Zamówienia.

Producent/Kraj\*: ………………………………………………

Model/Typ\*: ………………………………………………

Rok produkcji: ……………………………………………..

\*wypełnia Wykonawca

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp | Wymagane parametry techniczne/opis | Parametr oferowany\* |
| **A** | **B** | **C** |
| 1. **Parametry ogólne** | | |
| 1. | Łóżko pionizacyjne dedykowane dla pacjentów pediatrycznych | Potwierdzić: |
| 2. | Regulowana progrogresywna pionizacja w zakresie co najmniej od 0o do 80o | Potwierdzić i podać zakres: |
| 3. | Cykliczny ruch kończyn dolnych z kadencją w zakresie od min 5 do 75 kroków na minutę. | Potwierdzić i podać zakres: |
| 4. | Możliwość ustawienia zakresu ruchomości w zakresie minimalnym od 0 do 20% | Potwierdzić i podać zakres: |
| 5. | Możliwość kroczenia obunóż jednocześnie lub jednostronnie | Potwierdzić: |
| 6. | Możliwość ustawienia wysokości stołu elektrycznie dla pacjentów o wzroście w przedziale co najmniej 95-145 cm. | Potwierdzić i podać zakres: |
| 7. | Urządzenie wyposażone jest w trzystopniowy system wykrywania spazmów spastycznych. | Potwierdzić: |
| 8. | Wymiary urządzenia: maks. długość: 150 cm, maks. szerokość: 70 cm, maks. wysokość: 65 cm | Potwierdzić i podać wymiary: |
| 9. | Maksymalna waga pacjenta do 60 kg. | Potwierdzić i podać zakres:: |
| 10. | Urządzenie musi posiadać przycisk awaryjnego zatrzymania. | Potwierdzić: |
| 11. | Urządzenie musi umożliwiać prowadzenie archiwizacji wyników pacjenta z poszczególnych sesji terapeutycznych. | Potwierdzić: |
| 12. | Urządzenie musi być wyposażone w pasy stabilizujące pacjenta. | Potwierdzić: |
| 13. | Urządzenie posiada 4 kółka z możliwością blokady. | Potwierdzić: |
| 14. | Zasilanie 220V/50Hz | Potwierdzić: |