Załącznik nr 1C do SIWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (Część III zamówienia)**

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW TECHNICZNYCH

**Agregat do bicza ręcznego – 3 szt.**

Nazwa urządzenia: ………………………………………..

Typ urządzenia: ………………………………………..

Rok produkcji: ………………………………………..

Kraj pochodzenia: ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr wymagany** | **Wartość parametru** | **Parametr oferowany**TAK/NIE,gdy wymagany parametr należy podać |
| 1. | 3 wymienne dysze | TAK |  |
| 2. | zabezpieczenie przed pracą na sucho pompy | TAK |  |
| 3. | manometr | TAK |  |
| 4. | termometr elektroniczny (na wyświetlaczu pulpitu) | TAK |  |
| 5. | sterowanie elektroniczne | TAK |  |
| 6. | zespół dezynfekcji | TAK |  |
| 7. | zawór regulacji ciśnienia (do 4 bar) | TAK |  |
| 8. | wąż zasysający | TAK |  |
| 9. | wąż ciśnieniowy | TAK |  |
| 10. | wyrób przenośny (na kółkach z hamulcami) | TAK |  |
| 11. | uchwyty transportowe | TAK |  |
| 12. | Armatura np. marki GROHE | TAK |  |
| 13. | Ciśnienie | Min. 0-4 bar, podać |  |
| 14. | Wymiary | Max. 45x65x95 cm, podać |  |
| 15. | Waga | Maks. 55 kg, podać |  |
| 16. | Maksymalny pobór mocy | Max. 1 kW, podać |  |
| 17. | Wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych w Polsce (załączyć do oferty) | TAK |  |

**Komora hiperbaryczna – 1 szt.**

Nazwa urządzenia: ………………………………………..

Typ urządzenia: ………………………………………..

Rok produkcji: ………………………………………..

Kraj pochodzenia: ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr wymagany** | **Wartość parametru** | **Parametr oferowany**TAK/NIE,gdy wymagany parametr należy podać |
| 1. | Ciśnienie w komorze | Min. 200 kPa (2,0 bar, 15 psi), podać |  |
| 2. | Komora miękka, mobilna, zaprojektowana do łatwego przemieszczania | TAK |  |
| 3. | Powłoka komory składa się, co najmniej z trzech samodzielnych warstw | TAK |  |
| 4. | Średnica komory | Min. 85 cm, podać |  |
| 5. | Długość komory | Max. 250 cm, podać |  |
| 6. | Waga komory | Max. 35 kg, podać |  |
| 7. | Komora umożliwia przeprowadzenie terapii dwóch osób jednocześnie, również matki z dzieckiem | TAK |  |
| 8. | Komora wyposażona w 2 koncentratory tlenu. Koncentrator oddziela tlen z powietrza za pomocą technologii oscylacyjnej ciśnieniowej adsorpcji (PSA). Koncentruje tlen do poziomu 93%(+/-3%), pod ciśnieniem 300psi (3,0 bar) | TAK |  |
| 9. | Waga koncentratora | Max. 36 kg, podać |  |
| 10. | Poziom hałasu koncentratora | Max. 65 dB, podać |  |
| 11. | Komora wyposażona w sprężarkę powietrza o maksymalnym ciśnieniu roboczym przynajmniej 230 kPa (2,3 bar) i maksymalnym ciśnieniu bezwzględnym 3,0 bar | TAK |  |
| 12. | Przepływ powietrza sprężarki | Min. 170 l/min, podać |  |
| 13. | Poziom hałasu sprężarki | Max. 65 dB, podać |  |
| 14. | Urządzenie wyprodukowane zgodnie z normą MDD/93/42/EEC dla urządzeń medycznych w klasie bezpieczeństwa IIb lub równoważną | TAK |  |
| 15. | Zestaw zawiera dedykowane dla komory: * przewody tlenowe,
* maseczki oddechowe NRB (10 szt.)
* poręcz ze stali nierdzewnej (1 szt.), poduszkę z poszewką (1 szt.),
* dodatkowa poszewka do poduszki (1 szt.),
* prześcieradło (2 szt.),
* koc podwójny (1 szt.),
* zestaw ubrań w rozmiarze L-M (10 szt.), XS (10 szt.), gramatura 120g,
* stoper,
* element dystansowy,
* środek dezynfekujący,
* chusteczki dezynfekujące,
* pokrowiec na komorę
 | TAK |  |
| 16. | Szkolenie certyfikowane dla operatoramin. 2 osoby wskazane przez Zamawiającego | TAK |  |
| 17. | Wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych w Polsce (załączyć do oferty) | TAK |  |

**Aparat do elektroterapii i ultradźwięków – 2 szt.**

Nazwa urządzenia: ………………………………………..

Typ urządzenia: ………………………………………..

Rok produkcji: ………………………………………..

Kraj pochodzenia: ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr wymagany** | **Wartość parametru** | **Parametr oferowany**TAK/NIE,gdy wymagany parametr należy podać |
| 1. | aparat do terapii kombinowanej, ultradźwiękowej, elektroterapii oraz w opcji: laseroterapia w zintegrowanym module  | TAK |  |
| 2. | Możliwość współpracy z dedykowanym aparatem do vacuum  | TAK |  |
| 3. | Aparat wyposażony w dedykowany wózek z szufladą, szafką i min. Na 4 kółkach | TAK |  |
| 4. | 3 niezależne kanały: 2 elektroterapii i 1 kanał do ultradźwięków | TAK |  |
| 5. | mikroprocesorowa konstrukcja elektroniczna aparatu z autotestem sprawności urządzenia | TAK |  |
| 6. | klawisze bezpośredniego wyboru terapii, cele, lista wskazania wybór obszaru ciała | TAK |  |
| 7. | Ciekłokrystaliczny, kolorwy wyświetlacz dotykowy | Min. 26 cm przekątnej i rozdzielczość min. 800x600 px, podać |  |
| 8. | Elektroterapia prądami min.:1. Prądy jednokierunkowe (jonoforeza prądem stałym i stałym MF, prąd stały (galwaniczny), impuls prostokątny i trójkątny, prąd 2-5 (Traberta))2. Prądy diadynamiczne DF,MF,RS,CP,LP3. Prądy interferencyjne (zmienna interferencja w przedziale od 2 do 10kHz)4. Prądy TENS (konwencjonalny, niskoczęstotliwościowy, uderzeniowy, modulowany)5. Prądy NMES (przebieg prostokątny, przebieg trójkątny, przebieg bifazowy, przebieg przerywany, prądy Kotza (Rosyjska Stymulacja), stymulacja Hana)6. Mikroprądy (0,1 µA – 1mA )7. Prądy wysokonapięciowe (0-500V) | TAK |  |
| 9. | Wbudowane protokoły kliniczne | Min. 800, podać |  |
| 10. | Miejsca w pamięci na programy (protokoły) terapeuty | Min. 500, podać |  |
| 11. | Port USB umożliwiający wykonanie darmowej aktualizacji oprogramowania | TAK |  |
| 12. | Wieloczęstotliwościowa głowica ultradźwiękowa z wizualną i akustyczną kontrolą kontaktu o parametrach pracy 1/3 MHz i średnicy 4 cm2 | TAK |  |
| 13. | Współczynnik wypełnienia fali ciągłej i pulsującej w ultradźwiękach 10%, 20%, 30%, 40%, 50%,100% | TAK |  |
| 14. | W opcji głowicy o parametrach pracy 1/3 MHz i średnicy 1cm2 | TAK |  |
| 15. | Wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych w Polsce (załączyć do oferty) | TAK |  |

**Aparat do terapii polem magnetycznym – 1 szt.**

Nazwa urządzenia: ………………………………………..

Typ urządzenia: ………………………………………..

Rok produkcji: ………………………………………..

Kraj pochodzenia: ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr wymagany** | **Wartość parametru** | **Parametr oferowany**TAK/NIE,gdy wymagany parametr należy podać |
| 1. | Niezależne kanały (po 2 wyjścia do podłączenia aplikatorów na każdy kanał) | TAK |  |
| 2. | Aplikator szpulowym o średnicy min. 80 cm mocowany na leżance, przesuwany automatycznie za pomocą silnika elektrycznego w trakcie zabiegu | Min. 5 sekcji pracy, podać |  |
| 3. | Programy terapeutyczne | Min. 255 programów, podać |  |
| 4. | Płaskie aplikatory z systemem wibracyjnym mocowane rzepami | TAK |  |
| 5. | Sterownik wbudowany w mobilną podstawę | TAK |  |
| 6. | Maksymalna indukcja magnetyczna | Min. 22 mT, podać |  |
| 7. | Czas zabiegu ustawiany | Min. 1-99 minut, podać |  |
| 8. | Częstotliwość ustawiana | Min. 0,5-100 Hz, podać |  |
| 9. | Waga sterownika  | Max. 25 kg, podać |  |
| 10. | Waga leżanki | Max. 50 kg, podać |  |
| 11. | Wymiary leżanki | Min. 188x50x75 cm, podać |  |
| 12. | Wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych w Polsce (załączyć do oferty) | TAK |  |

**Urządzenie do terapii FMS – 1 szt.**

Nazwa urządzenia: ………………………………………..

Typ urządzenia: ………………………………………..

Rok produkcji: ………………………………………..

Kraj pochodzenia: ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr wymagany** | **Wartość parametru** | **Parametr oferowany**TAK/NIE,gdy wymagany parametr należy podać |
| 1. | Kanały | Min. 2, podać |  |
| 2. | W zestawie 2 aplikatory | TAK |  |
| 3. | Indukcja magnetyczna | Min. 3 Tesle dla większego aplikatoraMin. 2,5 Tesli dla mniejszego aplikatora, podać |  |
| 4. | Częstotliwość maksymalna | Min. 100 Hz, podać |  |
| 5. | Protokoły terapeutyczne | Min. 20 protokołów , podać |  |
| 5. | Czas terapii | 1 – 60 minut, TAK |  |
| 6. | Interfejs | Min. 8” ekran dotykowy z pokrętłem, podać |  |
| 7. | Wymiary | Maks. 550× 510×1000 mm, podać |  |
| 8. | Możliwość prowadzenia terapii statycznej i dynamicznej | TAK |  |
| 9. | Aparat zintegrowany z wózkiem jezdnym | TAK |  |
| 10. | Aplikatory mocowane na ramieniu regulowanym z systemem sprężyny wspomagającej regulację | TAK |  |
| 11. | Wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych w Polsce (załączyć do oferty) | TAK |  |

**Aparat typu Ekopompa – 1 szt.**

Nazwa urządzenia: ………………………………………..

Typ urządzenia: ………………………………………..

Rok produkcji: ………………………………………..

Kraj pochodzenia: ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr wymagany** | **Wartość parametru** | **Parametr oferowany**TAK/NIE,gdy wymagany parametr należy podać |
| 1. | Urządzenie do zasilania wodą w obiegu zamkniętym aparatu do masażu Aquavibron  | TAK |  |
| 2. | Specjalna pompa zasilana z sieci utrzymuje stałe ciśnienie wody w obiegu | TAK |  |
| 3. | pojemność zbiornika na wodę to max 10 litrów | TAK, podać |  |
| 4. | Utrzymanie stałej temperatury wody w systemie cyrkulacji dzięki zastosowaniu przepływu powietrza kontrolowanego przez wbudowany wentylator | TAK |  |
| 5. | Urządzenie zabezpieczone przed porażeniem elektrycznym – posiada wyłącznik różnicowo-prądowy, | TAK |  |
| 6. | Regulacja siły masażu | TAK |  |
| 7. | Dwie stabilne stopki i dwa kółka (bez hamulców) | TAK |  |
| 8. | Wymiary (szer. X gł. X wys.)  | 63 cm x 50 cm x 87 cm (+/- 5%), podać |  |
| 9. | Pobór mocy  | max. 0,6 kW, podać |  |
| 10. | Na wyposażeniu urządzenie do masażu membranowego Aquaviborn:- 2 węże,- głowica wibracyjna- tuleja z rozdzielaczem- uszczelniacze (6 sztuk, o różnych średnicach) do zakładania na krany- metalowa kształtka do podłączenia do kranu- gumowa rurka odprowadzająca wodę- sitko mogące służyć jako prysznic- 10 profesjonalnych membran do zabiegów leczniczych | TAK |  |
| 11. | Wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych w Polsce (załączyć do oferty) | TAK |  |

**Łóżko do masażu membranowego – 1 szt.**

Nazwa urządzenia: ………………………………………..

Typ urządzenia: ………………………………………..

Rok produkcji: ………………………………………..

Kraj pochodzenia: ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr wymagany** | **Wartość parametru** | **Parametr oferowany**TAK/NIE,gdy wymagany parametr należy podać |
| 1. | Strefy masujące | Min. 6, podać |  |
| 2. | Niezależne strefy masujące | TAK |  |
| 3. | Liczba programów fabrycznych | Min. 6, podać |  |
| 4. | Liczba dysz | Min. 12, podać |  |
| 5. | Możliwość zapisania programów użytkownika | TAK |  |
| 6. | Masaż na elastycznej membranie | TAK |  |
| 7. | Nie wymaga podłączenia do instalacji wodno-kanalizacyjnej | TAK |  |
| 8. | Grzałka wody utrzymująca stałą temperaturę do min. 40 stopni | TAK |  |
| 9. | Dotykowy panel sterujący | TAK |  |
| 10. | Podświetlenie LED | TAK |  |
| 11. | Pojemność łóżka | Max. 220 l, podać |  |
| 12. | Pobór mocy | Max. 3,6 kW, podać |  |
| 13. | Wymiary | Max. 240x115x70 cm, podać |  |
| 14. | Masa | Max. 200 kg bez wody, podać |  |

**Stół do pionizacji z funkcją kroczenia – 1 szt.**

Nazwa urządzenia: ………………………………………..

Typ urządzenia: ………………………………………..

Rok produkcji: ………………………………………..

Kraj pochodzenia: ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr wymagany** | **Wartość parametru** | **Parametr oferowany**TAK/NIE,gdy wymagany parametr należy podać |
| 1. | Regulowana progresywana pionizacja w zakresie | Min. 0-90°, podać |  |
| 2. | Cykliczny ruch nóg z kadencją | Min. 8-80 kroków/min, podać |  |
| 3. | Mechaniczne obciążenie nóg | Do min. 50 kg, podać |  |
| 4. | Ruch nóg zsynchronizowany z modułem FES (funkcjonalnej elektrostymulacji) | TAK |  |
| 5. | Graficzny interfejs sterowany za pomocą dotykowego ekranu o przekątnej min. 15” | TAK, podać |  |
| 6. | Możliwość dostosowania siły wodzącej kończyny dolne w zakresie 0-100% (praca symetryczna i asymetryczna) | TAK |  |
| 7. | Możliwość ustawienia zakresu ruchomości od 0-45° (symetrycznie i asymetrycznie) | TAK |  |
| 8. | Możliwość ustawienia zakresu zgięcia w stawie biodrowym | Min. 0-10°, podać |  |
| 9. | Różne wzorce kroczenia | Min. 3, podać |  |
| 10. | FES zsynchronizowany z ruchem kończyn i obsługiwany z interfejsu oprogramowania | TAK |  |
| 11. | Możliwość ustawienia intensywności FES dla każdego kanału niezależnie, a także częstotliwości, rampy, długości impulsu | TAK |  |
| 12. | Możliwość ustawienia wysokości stołu elektrycznie | Min. 56-84 cm, podać |  |
| 13. | Stół wyposażony w uprzęże o regulowanym rozmiarze | Min. 2 szt. , podać |  |
| 14. | Możliwość ustawienia podnóżków pod różnym kątem (zgięcie grzbietowe/podeszwowe, pronacja/supinacja) | TAK |  |
| 15. | Zdejmowane leżysko o grubości min. 70 mm wykonane z wysokiej jakości pianki odpornej na płyny i biokompatybilnej zgodnie z normą ISO 10993 lub równoważną | TAK, podać |  |
| 16. | Wbudowane poręcze boczne do mocowania zewnętrznych monitorów EKG | TAK |  |
| 17. | Na wyposażeniu podłokietniki | TAK |  |
| 18. | Stół wyposażony w 4 kółka z centralnym mechanizmem blokowania oraz możliwością blokowania kierunku w 2 kołach | TAK |  |
| 19. | Mechaniczny system bezpieczeństwa do opuszczenia pacjenta w przypadku zaniku zasilania | TAK |  |
| 20. | Zasilanie 230V/50Hz | TAK |  |
| 21. | Waga | 300 kg (+/-10%) |  |
| 22. | Wymiary | Maks. 230x90x250 cm, podać |  |
| 23. | Maksymalna waga pacjenta | Min. 135 kg, podać |  |
| 24. | Regulacja długości leżyska dla pacjentów o długości kończyn dolnych w zakresie | min. 75-100 cm, podać |  |
| 25. | Szkolenie z obsługi zakończone certyfikatem dla min. 6 osób | TAK |  |
| 26. | Wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych w Polsce (załączyć do oferty) | TAK |  |

**Lampa zabiegowa przejezdna – 2 szt.**

Nazwa urządzenia: ………………………………………..

Typ urządzenia: ………………………………………..

Rok produkcji: ………………………………………..

Kraj pochodzenia: ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr wymagany** | **Wartość parametru** | **Parametr oferowany**TAK/NIE,gdy wymagany parametr należy podać |
| 1. | Lampa zabiegowa mobilna na statywie jezdnym. | TAK |  |
| 2. | Lampa ze źródłem światła w technologii LED emitująca białe światło. | TAK |  |
| 3. | Lampa przeznaczona do oświetlenia pola operacyjnego podczas zabiegów. | TAK |  |
| 4. | Lampa posiadająca min. 3 stopniową regulację natężenia światła.  | TAK, podać |  |
| 5. | Włączenie i wyłączenie lampy oraz stopniowa regulacja natężenia regulowana przez przełącznik umieszczony na kopule lampy. | TAK |  |
| 6. | Natężenie światła w odległości 1m od czoła lampy nie mniejsze niż 70 000 lux. | TAK, podać |  |
| 7. | Na kopule lampy umieszczony wygodny pozycjoner służący do ustawiania położenia kopuły lampy. | TAK |  |
| 8. | Kopuła lampy umieszczona na ruchomym i obrotowym dwuczęściowym ramieniu o długości min.100cm. | TAK, podać |  |
| 9. | Stała temperatura barwowa lampy wynoszącą 4800 K. | TAK |  |
| 10. | Stała średnica plamy świetlnej wynosząca min. 16cm. | TAK, podać |  |
| 11. | Współczynnik odwzorowywania kolorów Ra – 95. | TAK |  |
| 12. | Współczynnik odwzorowywania koloru czerwonego R9 – 96. | TAK |  |
| 13. | Wysoka wgłębność oświetlenia lampy (L1 + L2) na poziomie 140cm | TAK |  |
| 14. | Kopuła lampy łatwa do utrzymania w czystości.  | TAK |  |
| 15. | Średnica kopuły min. 24 cm | TAK, podać |  |
| 16. | Żywotność źródła światła co najmniej 40 000 godzin. | TAK, podać |  |
| 17. | Wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych w Polsce (załączyć do oferty) | TAK |  |

**Laser wysokoenergetyczny ze skanerem – 2 szt.**

Nazwa urządzenia: ………………………………………..

Typ urządzenia: ………………………………………..

Rok produkcji: ………………………………………..

Kraj pochodzenia: ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr wymagany** | **Wartość parametru** | **Parametr oferowany**TAK/NIE,gdy wymagany parametr należy podać |
| 1. | Skaner 6 diodowy generujący zsynchronizowane z sobą fale:- ciągłą o długości min. 808 nm- impulsową o długości min. 905 nmza pomocą jednego aplikatora w tej samej jednostce czasu | TAK |  |
| 2. | Maksymalna moc aparatu z głowicy skanera min. 3300 mW, szerokość wiązki o średnicy min. 5cm, maksymalny obszar zabiegowy min. 900 cm² | TAK |  |
| 3. | Zakres częstotliwość modulacji  | min. 1 max.2000 Hz z krokiem co 1Hz, TAK |  |
| 4. | Aparat z automatycznie poruszającą się głowicą zabiegową sterowany poprzez ciekłokrystaliczny kolorowy wyświetlacz dotykowy | TAK |  |
| 5. | Elektromechaniczna regulacja wysokości kolumny lasera oraz kąta nachylenia ramienia, | TAK |  |
| 6. | Dwa niezależne kanały | TAK |  |
| 7. | Sonda ręczna 2 diodowa generująca zsynchronizowane z sobą fale:- ciągłą o długości min. 808 nm- impulsową o długości min. 905 nmZa pomocą jednego aplikatora w tej samej jednostce czasu | TAK |  |
| 8. | Aplikator ręczny  | o mocy min. 1100 mW, powierzchni min. 3,14 cm2, podać |  |
| 9. | Możliwość modyfikacji parametrów takich jak tryb pracy (praca ciągła oraz modulowana), częstotliwość | TAK |  |
| 10. | modulacji, czas, poziom mocy, cykl pracy | TAK |  |
| 11. | Automatyczna kalkulacja wyemitowanej energii zgodnie z ustawionymi parametrami | TAK |  |
| 12. | Energia dawkowana w poziomach 25% 50% 75% i 100% lub 50 i 100% | TAK |  |
| 13. | Zegar zabiegowy  | Min. Od 1 do 99:59 minut |  |
| 14. | Przycisk bezpieczeństwa | TAK |  |
| 15. | Wbudowany atlas anatomiczny | TAK |  |
| 16. | Laser na podstawie jezdnej | TAK |  |
| 17. | Wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych w Polsce (załączyć do oferty) | TAK |  |

**System do zrobotyzowanego treningu chodu – 1 szt**.

Nazwa urządzenia: ………………………………………..

Typ urządzenia: ………………………………………..

Rok produkcji: ………………………………………..

Kraj pochodzenia: ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr wymagany** | **Wartość parametru** | **Parametr oferowany**TAK/NIE,gdy wymagany parametr należy podać |
| 1. | System posiada zrobotyzowane ortezy kończyn dolnych (obejmujące kończynę od stawu biodrowego do stawu skokowego), współpracujące z bieżnią i system dynamicznego odciążenia pacjenta podczas terapii, kontrolowanymi przez komputer PC | TAK |  |
| 2. | System aktywujący fizjologiczny wzorzec chodu u pacjenta | TAK |  |
| 3. | System wyposażony w oprogramowanie pozwalające na trening z wykorzystaniem biofeedbacku | TAK |  |
| 4. | Biofeedback umożliwiający trening ukierunkowany na konkretne elementy cyklu chodu tj. długość kroku, wysokość kroku | TAK |  |
| 5. | System pozwala na dostosowanie wspomagania przez robota w zależności od zdolności pacjenta i poziomu zaawansowania treningu | TAK |  |
| 6. | System wyposażony w narzędzia do oceny postępu rehabilitacji tj. ocena zakresu ruchomości, siły izometrycznej, poziomu spastyczności | TAK |  |
| 7. | System wyposażony w dedykowane ortezy dla osób niskich i wysokich | Min. 2 pary |  |
| 8. | Ortezy sterowane są poprzez silniki elektryczne odpowiadające stawom: biodrowym i kolanowym | TAK |  |
| 9. | Możliwość dostosowania ortez dla osób wysokich | Długość uda: min. 35-47 cmTAK |  |
| 10. | Możliwość dostosowania ortez dla osób niskich  | Długość uda: min. 21-35 cmTAK |  |
| 11. | Możliwość dostosowania ortez do budowy anatomicznej pacjenta poprzez regulowaną długość ortezy w części udowej i części podudzia | TAK |  |
| 12. | Możliwość dostosowania szerokości ortezy do szerokości miednicy pacjenta za pomocą precyzyjnego porkętła | TAK |  |
| 13. | Możliwość prowadzenia treningu z ortezami | Do min. 3.2 km/hTAK |  |
| 14. | Możliwość prowadzenia treningu na bieżni bez ortez  | do min. 10 km/hTAK |  |
| 15. | Możliwość dostosowania prędkości bieżnia do prędkości ruchu ortez | TAK |  |
| 16. | System umożliwia trening pacjentom jeżdżącym na wózkach inwalidzkich | TAK |  |
| 17. | Możliwość w pełni dynamicznego i statycznego odciążenia pacjenta podczas treningu  | do poziomu min. 80 kg, podać |  |
| 18. | Stała informacja o poziomie odciążenia na ekranie terapeuty oraz na kolumnie odciążającej | TAK |  |
| 19. | Odciążenie pacjenta za pomocą siłownika elektrycznego sterowane za pomocą pilota lub oprogramowania i kolumny z zawieszeniem uprzęży | TAK |  |
| 20. | Maksymalna waga użytkownika | Min. 135 kg, podać |  |
| 21. | System rozbudowany o mechaniczny moduł do w pełni kontrolowanej symulacji ruchów rotacji i transwersji miednicy (amplituda min. 4 cm i 4 stopnie, regulowana). Moduł pozwalający na zablokowanie jego w przypadku pacjentów ze stwierdzonymi niestabilnościami w obrębie stawów biodrowych i miednicy. Praca modułu zsynchronizowana z przemieszczeniem liny odciążenia w płaszczyźnie czołowej dla zachowania bezpieczeństwa i fizjologii ruchu. | TAK |  |
| 22. | System wyposażony w regulowane poręcze oraz przesuwane siedziska dla terapeuty | TAK |  |
| 23. | Dostęp do nóg pacjenta podczas terapii ze wszystkich 4 stron | TAK |  |
| 24. | System wyposażony w dotykowy panel obsługi dla terapeuty | Min. 15”, podać |  |
| 25. | Oprogramowanie umożliwia kontrolę ruchu w stawach (ustawienie zakresów kątowych) w sposób symetryczny i asymetryczny | TAK |  |
| 26. | Pomiar wzorca chodu w czasie rzeczywistym (kąty, siły) | TAK |  |
| 27. | Wizualizacja w czasie rzeczywistym jakości chodu | TAK |  |
| 28. | Kontrola siły wspomagającej ruch pacjenta oraz rejestracja w czasie rzeczywistym i prezentacja poziomu aktywności pacjenta podczas chodu | TAK |  |
| 29. | Możliwość dostosowania trudności ćwiczeń w zależności od możliwości ruchowych pacjenta (ustawienia siły prowadzącej ruch kończyny w sposób symetryczny i asymetryczny) | TAK |  |
| 30. | System umożliwia wyświetlanie podsumowania z treningu i generowanie raportów | TAK |  |
| 31. | Oprogramowanie w języku polskim | TAK |  |
| 32. | System zabezpieczony podczas pracy pilotem zdalnie pozwalającym na jego awaryjne zatrzymanie podczas treningu | TAK |  |
| 33. | System automatycznie zatrzymuje się kiedy wykryty zostanie ruch niezgodny z wzorcem lub spastycznością pacjenta | TAK |  |
| 34. | System zasilany napięciem 220-240 VAC 50/60 Hz | TAK |  |
| 35. | System wyposażony w uprzęże o różnych rozmiarach | Min. 5 rozmiarów |  |
| 36. | Uprząż i zaopatrzenie ortopedyczne może być prane w temperaturze 60 stopni C | TAK |  |
| 37. | Wymiary systemu: | max. 350x214x254 cm, podać |  |
| 38. | System posiada ekran pacjenta | Min. 32”, podać |  |
| 39. | Szkolenie certyfikowane z obsługi prowadzone w min. 2 modułachMin. 6 terapeutów (wyznaczonych przez zamawiającego) | TAK |  |
| 40. | W okresie trwania gwarancji bezpłatne aktualizacje oprogramowania oraz przeglądy urządzenia co 1500 h pracy | TAK |  |
| 41. | Wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych w Polsce (załączyć do oferty) | TAK |  |

**Rotor w pozycji leżącej przy łóżku pacjenta – 5 szt.**

Nazwa urządzenia: ………………………………………..

Typ urządzenia: ………………………………………..

Rok produkcji: ………………………………………..

Kraj pochodzenia: ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr wymagany** | **Wartość parametru** | **Parametr oferowany**TAK/NIE,gdy wymagany parametr należy podać |
| 1. | Rotor do treningu pasywnego w pozycji leżącej przy łóżku pacjenta | TAK |  |
| 2. | Rotor do treningu wspomaganego w pozycji leżącej przy łóżku pacjenta | TAK |  |
| 3. | Rotor do treningu aktywnego w pozycji leżącej przy łóżku pacjenta | TAK |  |
| 4. | Możliwość prowadzenia treningu symetrycznego | TAK |  |
| 5. | trening koordynacji (4 segmenty) | TAK |  |
| 6. | promień zamachu pedałów | Min. 7 cm, podać |  |
| 7. | wyściełane plastikiem (możliwość dezynfekcji) zabezpieczające podstawki pod stopy | TAK |  |
| 8. | duży uchwyt umożliwiający przesuwanie i ustawianie | TAK |  |
| 9. | podwozie o regulowanej szerokości z dużymi rolkami do transportu i mocowaniem do podłogi  | TAK |  |
| 10. | stabilny, bez potrzeby mechanicznego  przyłączania do łóżka | TAK |  |
| 11. | gazowa sprężyna ułatwiająca regulację wysokości | TAK |  |
| 12. | regulacja odległości do pacjenta za pomocą wysuwanego ramienia | TAK |  |
| 13. | obrotowa stacja obsługi na ramieniu | TAK |  |
| 14. | pomoc przy wsiadaniu z możliwością zatrzymania | TAK |  |
| 15. | napęd rozluźniający, łagodny rozruch i zakończenie | TAK |  |
| 16. | ochrona ruchu i rozluźnianie spastyczności | TAK |  |
| 17. | regulacja prędkości (pasywnie) | Min. Od 0 do 60 obr./min. |  |
| 18. | regulacja mocy silnika | Min. 10 poziomów |  |
| 19. | ustawienie czasu terapii | Min. 0-120 minut |  |
| 20. | automatyczny autotest urządzenia | TAK |  |
| 21. | duża, łatwa w obsłudze stacja obsługi z systemem obsługi wg kolorów i dużymi wyczuwalnymi przyciskami | TAK |  |
| 22. | program koordynacji / 4-segmenty | TAK |  |
| 23. | program sekwencji terapeutycznych | TAK |  |
| 24. | dokładny feedback na żywo | TAK |  |
| 25. | analiza treningu po zakończeniu ćwiczenia | TAK |  |
| 26. | szerokość podwozia | wewn.: max 50 – 70 cm / zewn.: max 62 – 82 cm, podać |  |
| 27. | długość podwozia | Max. 120 cm, podać |  |
| 28. | Minimalna wysokość łóżka | Max. 14 cm, podać |  |
| 29. | regulacja wysokości  | Min. Od 72 – 102 cm, podać |  |
| 30. | System wyposażony w dodatkowe prowadnice do nóg dla bardziej komfortowego treningu pacjentów leżących | TAK |  |
| 31. | Możliwość prowadzenia terapii kończyn górnych i dolnych | TAK |  |
| 32. | Wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych w Polsce (załączyć do oferty) | TAK |  |

**Rotor** **w pozycji siedzącej – 2 szt.**

Nazwa urządzenia: ………………………………………..

Typ urządzenia: ………………………………………..

Rok produkcji: ………………………………………..

Kraj pochodzenia: ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr wymagany** | **Wartość parametru** | **Parametr oferowany**TAK/NIE,gdy wymagany parametr należy podać |
| 1. | Rotor do pracy czynnej i biernej kończyn dolnych i górnych | TAK |  |
| 2. | Ekran dotykowy, kolorowy | Min. 12”, podać |  |
| 3. | Regulacja uchwytów w pionie i poziomie | TAK |  |
| 4. | Regulacja prędkości w treningu pasywnym | Min. 1-60 rpm |  |
| 5. | Czas terapii | Min. 1-120 minut, podać |  |
| 6. | Regulacja zakresu ruchu pedałów 7 i 12,5 cm | TAK |  |
| 7. | Duża koła transportowe | Min. 15 cm średnicy, podać |  |
| 8. | Wbudowane programy treningowe | TAK |  |
| 9. | Mechanizm pozwalający na łatwe wkładanie nóg do rotora | TAK |  |
| 10. | Automatyczne wykrywanie spastyczności | TAK |  |
| 11. | Analiza treningu | TAK |  |
| 12. | Wymiary | Maks. 95-108 x 60 x 124-135 cm, podać |  |
| 13. | Konstrukcja metalowa | TAK |  |
| 14. | Waga maks. 50 kg | TAK, podać |  |
| 15. | Maks. Waga użytkownika | Min. 135 kg, podać |  |
| 16. | Możliwość jednoczesnego treningu rąk i nóg | TAK |  |
| 17. | Wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych w Polsce (załączyć do oferty) | TAK |  |

**Saturator CO2 – 1 szt**.

Nazwa urządzenia: ………………………………………..

Typ urządzenia: ………………………………………..

Rok produkcji: ………………………………………..

Kraj pochodzenia: ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr wymagany** | **Wartość parametru** | **Parametr oferowany**TAK/NIE,gdy wymagany parametr należy podać |
| 1. | saturator kolumnowy absorpcyjny | TAK |  |
| 2. | pracuje w trybie ciągłym – użytkownik może pobierać na bieżąco wodę nasyconą CO2 z niesyfonowanej butli | TAK |  |
| 3. | możliwość prowadzenia 5 kąpieli kwasowęglowych jednocześnie | TAK |  |
| 4. | zbiornik o pojemności min. 160 l z atestem UDT | TAK, podać |  |
| 5. | wydajność | Min. 50 l/min, podać |  |
| 6. | wysycenie wody CO2 | Min. 2 g/l, podać |  |
| 7. | wymiary | Maks. 187x33 cm, podać |  |
| 8. | Masa | Max. 120 kg, podać |  |
| 9. | zasilanie 230V/50 Hz | TAK |  |
| 10. | Pobór mocy | Max. 60 W, podać |  |

**Stół pionizacyjny z regulacją wysokości – 1 szt.**

Nazwa urządzenia: ………………………………………..

Typ urządzenia: ………………………………………..

Rok produkcji: ………………………………………..

Kraj pochodzenia: ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr wymagany** | **Wartość parametru** | **Parametr oferowany**TAK/NIE,gdy wymagany parametr należy podać |
| 1. | 2-sekcyjny stół do pionizacji z 2 niezależnie regulowanymi podnóżkami i zagłówkiem unoszonym za pomocą sprężyny gazowej | TAK |  |
| 2. | łatwa, elektryczna regulacja kąta nachylenia i wysokości stołu za pomocą pilota ręcznego wyposażonego klucz do autoryzacji dostępu | TAK |  |
| 3. | 2 mocne i wytrzymałe siłowniki elektryczne | TAK |  |
| 4. | funkcjonalne szyny do zamocowania pasów i akcesoriów | TAK |  |
| 5. | zestaw pasów umożliwiających komfortowe zabezpieczenie pacjenta podczas pionizacji | TAK |  |
| 6. | dwuwarstwowa tapicerka wykonana z atestowanych materiałów dostępna w wielu wersjach kolorystycznych | TAK |  |
| 7. | śruby mocujące leżysko wkręcane w metalowe wzmocnienia znajdujące się w desce tapicerki | TAK |  |
| 8. | malowana proszkowo, solidna i stabilna stalowa rama | TAK |  |
| 9. | system jezdny składający się z czterech kół kierunkowych z indywidualnym systemem blokowania | TAK |  |
| 10. | Wymiary [dł. X szer.] | Min. 190x69 cm, podać |  |
| 11. | Regulacja kąta pionizacji | Min. 0-87°, podać |  |
| 12. | Regulacja wysokości | Min. 53-103 cm, podać |  |
| 13. | Maksymalny udźwig | Min. 200 kg, podać |  |
| 14. | Waga | Maks. 115 kg, podać |  |
| 15. | Wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych w Polsce (załączyć do oferty) | TAK |  |

**Stół do terapii wibracyjnej** – 1 szt.

Nazwa urządzenia: ………………………………………..

Typ urządzenia: ………………………………………..

Rok produkcji: ………………………………………..

Kraj pochodzenia: ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr wymagany** | **Wartość parametru** | **Parametr oferowany**TAK/NIE,gdy wymagany parametr należy podać |
| 1. | Stół do pionizacji z funkcją wibracji | TAK |  |
| 2. | Kontrolna zdalna | TAK |  |
| 3. | Funkcja losowej zmienności częstotliwości pracy | TAK |  |
| 4. | Częstotliwość | Min. Od 5-33 Hz, podać |  |
| 5. | Przyspieszenie | Min. 12 g, podać |  |
| 6. | Wymiary podstawy nóg | Min. 540x340 mm, podać |  |
| 7. | Wysokość platformy | Max. 140 mm, podać |  |
| 8. | Wymiary całkowite | Max. 240x70x95 cm, podać |  |
| 9. | Amplituda | Do min. 3,4 mm, podać |  |
| 10. | Pobór mocy | Max 400 VA, podać |  |
| 11. | Wymiary leżyska stołu | Min. 190x60 cm, podać |  |
| 12. | Możliwość pionizacji | Do min. 90 stopni, podać |  |
| 13. | Zintegrowane pasy stabilizacyjne | TAK |  |
| 14. | W zestawie poręczy do pracy z platformą na stojąco | TAK |  |
| 15. | Maksymalne obciążenie | Min. 120 kg, podać |  |
| 16. | Maksymalny wzrost pacjenta | Min. 190 cm, podać |  |
| 17. | Waga całkowita | Maks. 115 kg, podać |  |
| 18. | Wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych w Polsce (załączyć do oferty) | TAK |  |

**Stół zabiegowy – 2 szt.**

Nazwa urządzenia: ………………………………………..

Typ urządzenia: ………………………………………..

Rok produkcji: ………………………………………..

Kraj pochodzenia: ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr wymagany** | **Wartość parametru** | **Parametr oferowany**TAK/NIE,gdy wymagany parametr należy podać |
| 1. | podstawa stołu wykonana ze stali malowanej farbą proszkową w kolorze białym | TAK |  |
| 2. | wysokość regulowana za pomocą bezprzewodowego pilota ręcznego | TAK |  |
| 3. | oparcie regulowane za pomocą sprężyn gazowych | TAK |  |
| 4. | podnóżek regulowany za pomocą sprężyn gazowych  | TAK |  |
| 5. | regulowane podłokietniki (komplet) | TAK |  |
| 6. | wieszak na podkład w rolce na wyposażeniu | TAK |  |
| 7. | stojak kroplówki na wyposażeniu | TAK |  |
| 8. | półka boczna na wyposażeniu | TAK |  |
| 9. | Wysokość | Min. 51 do 70 cm, podać |  |
| 10. | Długość | Min. 185 cm, podać |  |
| 11. | Szerokość | Maks. 70 cm, podać |  |
| 12. | Dopuszczalne obciążenie: 150 kg | Min. 150 kg, podać |  |
| 13. | Waga | Maks. 80 kg, podać |  |
| 14. | Regulacja kąta nachylenia podnóżka | Min. 0° do 25°, podać |  |
| 15. | Regulacją kąta podłokietników (w poziomie) | Min. 180°, podać |  |
| 16. | Regulacja kąta oparcia | Min. 0 ° do 70°, podać  |  |
| 17. | Wymiar podłokietników | Min. 40 x 15 cm , podać |  |
| 18. | Kółka z hamulcem jezdnym | TAK |  |
| 19. | Wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych w Polsce (załączyć do oferty) | TAK |  |

**System do rehabilitacji kończyny górnej – 1 szt.**

Nazwa urządzenia: ………………………………………..

Typ urządzenia: ………………………………………..

Rok produkcji: ………………………………………..

Kraj pochodzenia: ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr wymagany** | **Wartość parametru** | **Parametr oferowany**TAK/NIE,gdy wymagany parametr należy podać |
| 1. | system łączący możliwość odciążenia ramienia podczas treningu oraz biofeedbacku. | TAK |  |
| 2. | System zawiera niezrobotyzowany mechanizm odciążający ramię. | TAK |  |
| 3. | System odciążający bazujący na egzoszkielecie na kończynę górną, zintegrowanym z mechanizmem sprężynowym odciążającym je. System odciążający umożliwia odciążenie niezależne części ramienia i przedramienia niezależnie | 1. odciążenie przedramienia: min. 0,7-2.4 kg,

podaćb) odciążenie ramienia: min.0,5- 3.8 kg, podać |  |
| 4. | Egzoszkielet dzięki swojej konstrukcji można dostosować do różnych rozmiarów ramienia dorosłych pacjentów | a) przedramię (od łokcia do nadgarstka): min. 29-39 cmb) ramię (od stawu ramiennego do łokcia): min. 22-31 cm, podać |  |
| 5. | Egzoszkielet posiada możliwość blokowania pronacji/supinacji przedramienia oraz zgięcia/wyprostu nadgarstka. | TAK |  |
| 6. | Egzoszkielet posiadający co najmniej 6 sensorów mierzących ruch we wszystkich dostępnych stopniach swobody min.:a. Przywodzenie ramienia – horyzontalnieb. Zginanie/prostowanie w ramieniuc. Rotacja wewnętrzna/zewnętrzna w ramieniud. Zginanie/prostowanie w stawie łokciowyme. Pronacja/supinacja przedramieniaf. Zginanie/prostowanie w nadgarstku | TAK |  |
| 7. | Egzoszkielet wyposażony w czujnik chwytu (ciśnieniowy). | TAK |  |
| 8. | Egzoszkielet pozwala na pracę tak samo z lewym jak i prawym ramieniem pacjenta. | TAK |  |
| 9. | Egzoszkielet wyposażony w zaopatrzenie ortopedyczne umożliwiające ustabilizowanie i zapięcie ramienia pacjenta w systemie min. 1 opaska mocująca część ramienną, 1 opaska mocująca część przedramienną. | TAK |  |
| 10. | Egzoszkielet posiadający możliwość regulacji wysokości za pomocą siłownika elektrycznego sterowanego za pomocą pilota przewodowego w zakresie min. 40 cm  | TAK |  |
| 11. | System wyposażony w podstawę jezdną z min. 2 blokowanymi kołami, umożliwiającą przemieszczanie systemu. | TAK |  |
| 12. | Maksymalna waga systemu | Ok. 85 kg, podać |  |
| 13. | Oprogramowanie systemu zawierające min. 20 różnych ćwiczeń i zadań ruchowych dla pacjentów. | TAK |  |
| 14. | Oprogramowanie bazujące na biofeedbacku zawiera ćwiczenia funkcjonalne dla przestrzeni 1, 2 lub 3 wymiarowych. | TAK |  |
| 15. | Oprogramowanie zawierające ćwiczenia do treningu sięgania i chwytania (trening ramienia i dłoni w jednym czasie). | TAK |  |
| 16. | Oprogramowanie korzystające z biofeedbacku wyposażone w bazę danych pacjentów umożliwiającą tworzenie indywidualnych planów terapii. | TAK |  |
| 17. | Oprogramowanie korzystające z biofeedbacku umożliwia raportowanie postępów rehabilitacji po każdym ćwiczeniu oraz ich export. | TAK |  |
| 18. | Baza danych pacjentów umożliwiająca zapisanie min. 500 pacjentów  | TAK |  |
| 19. | System posiadający możliwość automatycznego tworzenia kopii zapasowej. | TAK |  |
| 20. | System posiadający narzędzia do odzyskiwania danych z kopii zapasowej. | TAK |  |
| 21. | Oprogramowanie posiadające narzędzia do oceny zdolności ruchowych pacjenta tj. zakres ruchomości, koordynacji, płynności ruchu. | TAK |  |
| 22. | Ćwiczenia z biofeedbackiem w oprogramowaniu z możliwością ustawienia poziomu trudności i dostosowania go do możliwości ruchowych pacjenta. | TAK |  |
| 23. | System z możliwością dostosowania zakresów ruchu ramienia indywidualnie dla każdego pacjenta i jego możliwości ruchowych. | TAK |  |
| 24. | System wyposażony w moduł do wspierania otwierania ręki spastycznej za pomocą mechanizmu sprężynowego. | TAK |  |
| 25. | System wyposażony w komputer klasy PC oraz ekran min. 24”. | TAK |  |
| 26. | Wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych w Polsce (załączyć do oferty) | TAK |  |

**Urządzenie do terapii wibracyjnej kończyny górnej – 1 szt.**

Nazwa urządzenia: ………………………………………..

Typ urządzenia: ………………………………………..

Rok produkcji: ………………………………………..

Kraj pochodzenia: ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr wymagany** | **Wartość parametru** | **Parametr oferowany**TAK/NIE,gdy wymagany parametr należy podać |
| 1. | Urządzenie do terapii wibracyjnej kończyny górnej w postaci hantli | Min. 2 różne hantleTAK |  |
| 2. | Waga lżejszego hantla  | 1.5 kg +/- 0.1 kg, podać |  |
| 3. | Waga cięższego hantla | 2.5 kg +/- 0.1 kg, podać |  |
| 4. | Częstotliwość pracy | Min. 5-40 Hz, podać |  |
| 5. | Amplituda | Min. 2 mm, podać |  |
| 6. | Pobór mocy | Max. 200 VA, podać |  |
| 7. | Wymiary jednostki sterującej | Max. 250x160x80 mm, podać |  |
| 8. | Przyspieszenie | Min. 12 g, podać |  |
| 9. | Losowa zmiana trybu pracy | TAK |  |
| 10. | Wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych w Polsce (załączyć do oferty) | TAK |  |

**Urządzenie do terapii dysfagii – 1 szt.**

Nazwa urządzenia: ………………………………………..

Typ urządzenia: ………………………………………..

Rok produkcji: ………………………………………..

Kraj pochodzenia: ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr wymagany** | **Wartość parametru** | **Parametr oferowany**TAK/NIE,gdy wymagany parametr należy podać |
| 1. | 4 niezależne kanały elektroterapii | TAK |  |
| 2. | 2 kanałowe sEMG | TAK |  |
| 3. | Elektrostymulacja wyzwalana przez sEMG | TAK |  |
| 4. | Tryb VMS umożliwiający modyfikację poszczególnych parametrów elektrostymulacji | TAK |  |
| 5. | Kolorowy ekran dotykowy | TAK |  |
| 6. | Technologia lustrzanego odbicia umożliwiająca wyświetlanie bieżących informacji na tablecie lub ekranie komputera (Bluetooth) | TAK |  |
| 7. | Biblioteka anatomiczna zawierająca zdjęcia dotyczące problematyki dysfagii, różnych patologii i opcji zabiegów terapeutycznych wspomagających edukację pacjenta | TAK |  |
| 8. | Edukacyjne materiały wideo wspomagające demonstrację ważnych ćwiczeń terapeutycznych | TAK |  |
| 9. | Zdjęcia przykładowych umiejscowień elektrod | TAK |  |
| 10. | Weryfikacja skuteczności terapii dzięki obiektywnym danym zapisywanym  podczas każdej sesji terapeutycznej | TAK |  |
| 11. | Możliwość zapisu danych leczenia pacjenta na karcie micro SD - przeglądanie, wysyłanie i drukowanie w programie komputerowym | TAK |  |
| 12. | Wymiary urządzenia | Maks. 5x10x20 cm, podać |  |
| 13. | Waga urządzenia | Maks. 0,4 kg, podać |  |
| 14. | Zasilanie akumulatorowe | TAK |  |
| 15. | Maksymalne napięcie wyjściowe  | Min. 70V, podać |  |
| 16. | Szkolenie z zakresu terapii dysfagii przez doświadczonego terapeutę dla min. 3 osób | TAK |  |

**Wanna do balneoterapii – 1 szt.**

Nazwa urządzenia: ………………………………………..

Typ urządzenia: ………………………………………..

Rok produkcji: ………………………………………..

Kraj pochodzenia: ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr wymagany** | **Wartość parametru** | **Parametr oferowany**TAK/NIE,gdy wymagany parametr należy podać |
| 1. | wanna do hydromasażu i balneoterapii umożliwiająca przeprowadzenie obu zabiegów jednocześnie | TAK |  |
| 2. | Obsługa urządzenia jest uproszczona dzięki dotykowemu panelowi sterowania.  | TAK |  |
| 3. | wanna wykonana z wysokiej jakości, wzmocnionego włóknem szklanym akrylu | TAK |  |
| 4. | niecka i armatura odporne na działanie solanki, | TAK |  |
| 5. | ekonomiczne zużycie wody podczas zabiegu | Maks. 160-280 l, podać |  |
| 6. | Min. 26 dysz kierunkowych do hydromasażu | TAK, podać |  |
| 7. | dotykowy panel sterowania | TAK |  |
| 8. | odliczanie czasu trwania zabiegu | Min. 1-99 minut, TAK |  |
| 9. | system automatycznej dezynfekcji i odkamieniania | TAK |  |
| 10. | system usuwania wody z całej instalacji wanny | TAK |  |
| 11. | 2 czujniki temperatury wody | TAK |  |
| 12. | poręcze na dłonie, profilowane miejsca na kończyny górne i dolne pomagające zachować odpowiednią pozycję podczas zabiegu | TAK |  |
| 13. | regulowane stopki do poziomowania wanny | TAK |  |
| 14. | w zestawie poręcze, zagłówek dla pacjenta i stopień | TAK |  |
| 15. | Pojemność do przelewu: maks. 320 l | TAK, podać |  |
| 16. | Czas napełniania / spustu: ok. 4 minut | TAK, podać |  |
| 17. | Wymiary (dł. x szer. X wys.) | Maks. 214 cm x 85 cm x 85 cm, podać |  |
| 18. | Możliwość podpięcia saturatora do wody nasyconej CO2 | TAK |  |
| 19. | Wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych w Polsce (załączyć do oferty) | TAK |  |

**Wanna z hydromasażem z biczem ręcznym – 1 szt.**

Nazwa urządzenia: ………………………………………..

Typ urządzenia: ………………………………………..

Rok produkcji: ………………………………………..

Kraj pochodzenia: ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr wymagany** | **Wartość parametru** | **Parametr oferowany**TAK/NIE,gdy wymagany parametr należy podać |
| 1. | Wanna do hydroterapii z wykorzystaniem masażu perełkowego, hydromasażu i bicza ręcznego | TAK |  |
| 2. | Wanna wykonana z akrylu wysokiej jakości, ze wzmocnieniem w postaci maty z włókna szklanego | TAK |  |
| 3. | Zużycie wody | 160-280 litrów, podać |  |
| 4. | Min. 26 dysz do hydromasażu podzielonych na 3 niezależne strefy | TAK, podać |  |
| 5. | Min. 126 dysz powietrznych do masażu perełkowego | TAK, podać |  |
| 6. | Pompa powietrzna z ozonatorem | TAK |  |
| 7. | System automatycznego napełniania wodą wanny | TAK |  |
| 8. | Blokada pracy „na sucho” | TAK |  |
| 9. | System automatycznej dezynfekcji i odkamieniania | TAK |  |
| 10. | Dotykowy panel sterowania pracą urządzenia | TAK |  |
| 11. | Czujniki mierzące temperaturę wody podczas napełniania i w trakcie zabiegu | TAK |  |
| 12. | Grzałka podtrzymująca temperaturę wody | TAK |  |
| 13. | Wanna wyposażona w armaturę wysokiej klasy np. GROHE | TAK |  |
| 14. | Bezpieczne stopnie do wanny z pokryciem antypoślizgowym | TAK |  |
| 15. | Czas napełniania. | Max. 4 minuty, podać |  |
| 16. | Wymiary (dł. x szer. x wys.) | Max. 2160 mm x 870 mm x 1080 mm, podać |  |
| 17. | Prysznic ciepły i zimny | TAK |  |
| 18. | Ciśnienie bicza | Min. 4 bar, podać |  |
| 19. | Pobór mocy | Max. 5,7 kW, podać |  |
| 20. | Wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych w Polsce (załączyć do oferty) | TAK |  |

**Wirówka kończyn górnych – 1 szt.**

Nazwa urządzenia: ………………………………………..

Typ urządzenia: ………………………………………..

Rok produkcji: ………………………………………..

Kraj pochodzenia: ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr wymagany** | **Wartość parametru** | **Parametr oferowany**TAK/NIE,gdy wymagany parametr należy podać |
| 1. | Urządzenie do masażu wirowego kończyn górnych przeznaczona do wykonywania zabiegów hydroterapii za pomocą strumienia wody, wzbudzanego przez pompę. | TAK |  |
| 2. | Pojemność robocza niecki maksymalna ( do przelewu)- 45 l | TAK, podać |  |
| 3. | Minimalna( zalane wszystkie dysze)- 30 l | TAK, podać |  |
| 4. | Funkcja ciepłego prysznica | TAK |  |
| 5. | Niecka akrylowa wzmocniona włóknem szklanym | TAK |  |
| 6. | Elektronicznie sterowane odkamienianie | TAK |  |
| 7. | Długość | TAK, podać |  |
| 8. | Szerokość | maks. 950 mm, podać |  |
| 9. | Wysokość | maks. 920 mm, podać |  |
| 10. | Masa ( bez wody)- do 60 kg | TAK, podać |  |
| 11. | Liczba dysz | Min. 44, podać |  |
| 12. | Zabezpieczenie pompy przed „pracą na sucho” | TAK |  |
| 13. | Wskazanie temp. wody w niecce | TAK |  |
| 14. | System powiadamiania o konieczności odkamieniania. | TAK |  |
| 15. | Elektroniczny panel sterowania pracą wirówki | TAK |  |
| 16. | Regulacja intensywności masażu za pomocą pokrętła | Min. 3 stopnie, podać |  |
| 17. | System automatycznego napełniania wirówki | TAK |  |
| 18. | Krzesło obrotowe w standardzie | TAK |  |
| 19. | Wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych w Polsce (załączyć do oferty) | TAK |  |

**Wirówka stóp i podudzi – 1 szt.**

Nazwa urządzenia: ………………………………………..

Typ urządzenia: ………………………………………..

Rok produkcji: ………………………………………..

Kraj pochodzenia: ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr wymagany** | **Wartość parametru** | **Parametr oferowany**TAK/NIE,gdy wymagany parametr należy podać |
| 1. | Urządzenie do masażu wirowego stóp i podudzi przeznaczona do wykonywania zabiegów hydroterapii za pomocą strumienia wody, wzbudzanego przez pompę. | TAK |  |
| 2. | Pojemność robocza niecki maksymalna ( do przelewu)- 62 l | TAK |  |
| 3. | Minimalna( zalane wszystkie dysze)- ok. 40 l | TAK |  |
| 4. | Funkcja ciepłego prysznica | TAK |  |
| 5. | Niecka akrylowa wzmocniona włóknem szklanym | TAK |  |
| 6. | Elektronicznie sterowane odkamienianie | TAK |  |
| 7. | Długość | maks. 980 mm, podać |  |
| 8. | Szerokość | maks. 900 mm, podać |  |
| 9. | Wysokość | maks. 620 mm, podać |  |
| 10. | Masa ( bez wody)- do 50 kg | TAK |  |
| 11. | Liczba dysz | Min. 38, podać |  |
| 12. | Zabezpieczenie pompy przed „pracą na sucho” | TAK |  |
| 13. | Wskazanie temp. Wody w niecce | TAK |  |
| 14. | System powiadamiania o konieczności odkamieniania. | TAK |  |
| 15. | Elektroniczny panel sterowania pracą wirówki | TAK |  |
| 16. | Regulacja intensywności masażu za pomocą pokrętła | Min. 3 stopnie, podać |  |
| 17. | Krzesło obrotowe w standardzie | TAK |  |
| 18. | System automatycznego napełniania wirówki | TAK |  |
| 19. | Wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych w Polsce (załączyć do oferty) | TAK |  |

Oświadczamy, że cechy techniczne i jakościowe oferowanych urządzeń są zgodne z normatywami europejskimi (aprobatami technicznymi) obowiązującymi na terenie Polski.

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

 *Data / podpis wykonawcy*