**\* niewłaściwe skreślić lub usunąć**

**\*\* podać parametry oferowanego sprzętu/urządzenia**

[Zamawiający informuje, że tam, gdzie w SIWZ opisał przedmiot zamówienia przez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia, źródła lub szczególnego procesu, który charakteryzuje produkty lub usługi dostarczane przez konkretnego Wykonawcę, co mogłoby doprowadzić do uprzywilejowania lub wyeliminowania niektórych Wykonawców lub produktów, Zamawiający dopuszcza rozwiązanie równoważne opisywanym pod warunkiem, że będą one o nie gorszych właściwościach i jakości. Tam, gdzie Zamawiający opisał przedmiot zamówienia przez odniesienie do norm, europejskich ocen technicznych, aprobat, specyfikacji technicznych i systemów referencji technicznych, Zamawiający wskazuje, że dopuszcza rozwiązania równoważne opisywanym. Wykonawca, który powołuje się na rozwiązania równoważne opisywanym przez Zamawiającego, jest obowiązany wykazać w złożonej ofercie, że oferowane przez niego dostawy, usługi spełniają wymagania określone przez Zamawiającego.]

# Aparat do tekaroterapii – 1 szt.

Nazwa oferowanego urządzenia/sprzętu: ………………………………………..\*\*

Typ/model urządzenia/sprzętu: ………………………………………..\*\*

Rok produkcji: ………………………………………..\*\*

Kraj pochodzenia: ………………………………………..\*\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr wymagany** | **Wartość parametru** | **Parametr oferowany** |
|  | Częstotliwość pracy | Min. 300 kHz i 500kHz | …………….\*\* |
|  | Automatyczna i cykliczna zmiana pomiędzy częstotliwościami pracy | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Funkcja umożliwiająca pracę impulsową, redukująca powstawanie ciepła w tkance  | Skok min. 0,5s on, 0,5s off | …………….\*\* |
|  | Funkcja umożliwiająca skuteczniejszą pracę ze zwłóknieniami (zmiana intensywności na min. 0,3s, podniesiona o min. 30% - cyklicznie) | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość modyfikacji intensywności zabiegu w stopniach co max. 10% przez delikatne uderzanie elektrodą czynną ciała pacjenta | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wyposażenie minimalne:* min. trzy wkręcane elektrody pojemnościowe (średnica min. 40,60 i 70mm)
* min. trzy wkręcane elektrody rezystywne (średnica min. 40,60 i 70mm)
* 2 głowice: pojemnościowa i rezystywna
* elektroda neutralna
* kabel umożliwiający wykorzystanie elektrod neutralnych samoprzylepnych
* min. 10 elektrod neutralnych samoprzylepnych
* krem przewodzący w opakowaniu o pojemności min. 1000ml
 | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Waga wyposażenia | Max. 4,5 kg | …………….\*\* |
|  | Aparat w zestawie z wózkiem | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Gwarancja | Min. 24 miesiące | Zgodnie z oświadczeniem w Formularzu ofertowym |

# Stół do masażu – 5 szt.

Nazwa oferowanego urządzenia/sprzętu: ………………………………………..\*\*

Typ/model urządzenia/sprzętu: ………………………………………..\*\*

Rok produkcji: ………………………………………..\*\*

Kraj pochodzenia: ………………………………………..\*\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr wymagany** | **Wartość parametru** | **Parametr oferowany** |
|  | 3-sekcyjny stół do masażu i rehabilitacji | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Maksymalne obciążenie dynamiczne | Min. 220 kg | …………….\*\* |
|  | Maksymalne obciążenie statyczne | Min. 350 kg | …………….\*\* |
|  | Kąt pochylenia zagłówka: | Min. - 70 / + 40° | …………….\*\* |
|  | Kąt pochylenia podnóżka (sekcja tylna): | Min. 0 / + 85° | …………….\*\* |
|  | Wymiary [dł. x szer.] | Min. 205x69 cm | …………….\*\* |
|  | System jezdny składający się z 4 unoszonych kółek i 4 antypoślizgowych gumowych stopek za pomocą dźwigni nożnej | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Dwuwarstwowa atestowana tapicerka | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Elektryczna regulacja wysokości za pomocą ramy wokół całej podstawy stołu | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Relingi do mocowania pasów  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Zintegrowany z podstawą stołu system zabezpieczający przed niepożądaną zmianą ustawień stołu | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Regulacja wysokości | Min. 47-95 cm | …………….\*\* |
|  | Maksymalny udźwig | Min. 200 kg | …………….\*\* |
|  | Waga | Maks. 115 kg | …………….\*\* |
|  | Kolorystyka tapicerki do ustalenia z zamawiającym | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Gwarancja | Min. 24 miesiące | Zgodnie z oświadczeniem w Formularzu ofertowym |

# System do treningu funkcjonalnego FES – 1 szt.

Nazwa oferowanego urządzenia/sprzętu: ………………………………………..\*\*

Typ/model urządzenia/sprzętu: ………………………………………..\*\*

Rok produkcji: ………………………………………..\*\*

Kraj pochodzenia: ………………………………………..\*\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr wymagany** | **Wartość parametru** | **Parametr oferowany** |
|  | Nowoczesny elektrostymulator do prowadzenia rehabilitacji pacjentów neurologicznych | Min. 12 kanałów | …………….\*\* |
|  | Sterowanie przez kolorowy ekran dotykowy LCD | Min. 10” | …………….\*\* |
|  | System oparty o środowisko Windows 10 | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wbudowana baza danych pacjentów | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wbudowany akumulator do niezależnej pracy przy łóżku pacjenta | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość podłączenia systemu do internetu i pracy z dedykowanym portalem terapeutycznym dla terapii FES | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wbudowane programy terapeutyczne dla wzorców ruchu | Min. 40 | …………….\*\* |
|  | Możliwość niezależnego ustawienia poziomu stymulacji dla każdego kanału  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość ustawienia dowolnej synchronizacji pobudzeni z każdego kanału | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Praca z elektrodami samoprzylepnymi | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Maksymalny poziom napięcia wyjściowego | Min. 200V | …………….\*\* |
|  | Poziom natężenia/kanał | Min. 0-140 mA | …………….\*\* |
|  | Czas trwania impulsu | 10-100 ms | …………….\*\* |
|  | Czas przerwy | Min. 50-3000 us | …………….\*\* |
|  | Wymiary | Maks. 85x50x100 cm | …………….\*\* |
|  | Waga | Maks. 20 kg | …………….\*\* |
|  | Dedykowany wózek w zestawie | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Gwarancja | Min. 24 miesiące | Zgodnie z oświadczeniem w Formularzu ofertowym |

# System ergometryczny z modułem FES – 1 szt.

Nazwa oferowanego urządzenia/sprzętu: ………………………………………..\*\*

Typ/model urządzenia/sprzętu: ………………………………………..\*\*

Rok produkcji: ………………………………………..\*\*

Kraj pochodzenia: ………………………………………..\*\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr wymagany** | **Wartość parametru** | **Parametr oferowany** |
|  | System ergometryczny do treningu kończyn górnych, dolnych i tułowia ze zintegrowanym modułem FES | TAK | TAK/NIE\* |
|  | System przeznaczony dla pacjentów neurologicznych | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Zintegrowany moduł FES | Min. 6-kanałowy | …………….\*\* |
|  | Maksymalny poziom napięcia wyjściowego | Min. 200V | …………….\*\* |
|  | Poziom natężenia/kanał | Min. 0-140 mA | …………….\*\* |
|  | Czas trwania impulsu | 10-100 ms | …………….\*\* |
|  | Czas przerwy | Min. 50-3000 us | …………….\*\* |
|  | Duży kolorowy wyświetlacz dotykowy | Min. 10” | …………….\*\* |
|  | Środowisko pracy Windows 10 | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość pracy czynnej i biernej | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wbudowany moduł rozgrzewki i cool-down | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość regulacji promienia ruchu pedałów i ustawienia platform stóp | Min. 19-28 cm | …………….\*\* |
|  | Możliwość ustawienia pozycji kończyn górnych | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wbudowana baza danych pacjentów | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wykrywanie poziomu zmęczenia pacjenta | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Biofeedback wzrokowy | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wykrywanie spastyczności | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Indywidualne ustawienie poziomu stymulacji dla każdego kanału FES | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wykorzystanie elektrod samoprzylepnych do stymulacji FES | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość ustawienia wszystkich parametrów niezbędnych w terapii w sposób indywidualny tj. poziom stymulacji, czas trwania, czasy ćwiczeń biernych/czynnych | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Kadencja  | Min. 15-55 ob./min | …………….\*\* |
|  | Moment siły | Min. 1-20 Nm | …………….\*\* |
|  | Wymiary | Max. 80x50x105 cm | …………….\*\* |
|  | Waga | Max. 55 kg | …………….\*\* |
|  | Wyrób medyczny | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Gwarancja | Min. 24 miesiące | Zgodnie z oświadczeniem w Formularzu ofertowym |

# System treningu i komunikacji typu „cyber-oko” – 1 szt.

Nazwa oferowanego urządzenia/sprzętu: ………………………………………..\*\*

Typ/model urządzenia/sprzętu: ………………………………………..\*\*

Rok produkcji: ………………………………………..\*\*

Kraj pochodzenia: ………………………………………..\*\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr wymagany** | **Wartość parametru** | **Parametr oferowany** |
|  | Wzrokowo-dotykowy komunikator medyczny przeznaczony do komunikacji z pacjentami z czasowo lub na stałe wyłączonym aparatem mowy, przebywającymi na oddziale intensywnej terapii lub na innych oddziałach szpitalnych. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Ekran dotykowy  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Rozdzielczość ekranu full HD | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Przekątna ekranu 19,5" | Min. 19,5” | …………….\*\* |
|  | Rozdzielczość okulografu 0,5', 30Hz | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Urządzenie gotowe do pracy od momentu włączenia | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Moduł komunikacja:• kontakt ze światem • wyrażanie emocji • decydowanie o sobie | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Moduł rehabilitacja:• nowoczesna forma terapii • atrakcyjne treści multimedialne • rehabilitacja mózgu • monitorowanie wyników | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Moduł diagnoza:• badanie zmysłów wzroku i słuchu • obiektywna ocena stanu pacjenta • test świadomości | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość pracy z dowolną liczba pacjentów | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość tworzenia indywidualnych kont dla każdego pacjenta. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Licencja bezterminowa | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Porównywanie wyników. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Urządzenie typu „włącz i pracuj”  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Łatwa i intuicyjna obsługa  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Ponad 50 gotowych zestawów ćwiczeń  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość tworzenia własnych ćwiczeń  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Weryfikacja odpowiedzi pacjenta i ich historia  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Parametry techniczne statywu:• zakres pracy ramienia w płaszczyźnie góra-dół: min. 440 mm• długość ramienia: min. 665 mm na wprost• konstrukcja żeliwno-aluminiowa• mechanicznie regulowany punkt mocowania ramienia • kółka z funkcją blokady, możliwość ukrycia przewodów zasilających | TAK | …………….\*\* |
|  | Gwarancja | Min. 24 miesiące | Zgodnie z oświadczeniem w Formularzu ofertowym |

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość i data:………………… \_\_ \_\_ 2020 r. | ………………………….Podpis(y) Wykonawcy |