**TABELA NR 3 SPRZĘT DO REHABILITACJI - WYMAGANIA**

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Opis przedmiotu zamówienia | Parametr wymagany / parametr dodatkowo oceniany | Parametr oferowany wpisać TAK dla parametrów wymaganychwpisać TAK/NIE lub parametr oferowany dla parametrów dodatkowo ocenianych |
| **Rotor do terapii ruchowej kończyn dolnych i górnych (2 szt.)** |
|  | Rotor fabrycznie nowy, wyprodukowany w roku minimum 2021: nazwa, typ, model, producent | **TAK****(podać)** |  |
|  | Urządzenie do rehabilitacji ruchem pasywnym lub aktywnym do kończyn dolnych i górnych | **TAK****podać** |  |
|  | Deklaracja zgodności UE/WE oferowanego sprzętu.Oznakowanie oferowanego sprzętu znakiem CE. | **TAK** |  |
|  | Zgłoszenie oferowanego urządzenia do rejestru wyrobów medycznych. | **TAK** |  |
|  | Zastosowanie w pozycji siedzącej na krześle lub wózku inwalidzkim | **TAK** |  |
|  | Aparat dla dorosłych  | **TAK** |  |
|  | Płaska podstawa, pilot sterujący 2,7'' z kolorowym ekranem | **TAK** |  |
|  | Łatwe beznarzędziowe przełożenie rotora z kończyn dolnych na górne | **TAK** |  |
|  | Silnik min. 100 Watt | **TAK** |  |
|  | Wymiary (dł. x szer. x wys.) [cm]: max. 50 x 46 x 43 | **TAK** |  |
|  | Promień dysku korbowego [mm]: min. 90 | **TAK** |  |
|  | Waga [kg]: max. 13,5 | **TAK** |  |
|  | Prędkość silnika: zakres 0 - 60 obrotów / minuta | **TAK** |  |
|  | Kierunek ruchu: przód / tył | **TAK** |  |
|  | Regulacja oporu: min. 0 – max. 15 | **TAK** |  |
|  | Wyświetlane parametry ćwiczeń: odległość, czas trwania ćw., ilość obrotów / min, wydatek energ. (kcal) | **TAK** |  |
|  | Czas treningu: min. 1 – max. 180 min. | **TAK** |  |
|  | Biurko regulowane elektrycznie | **TAK** |  |
|  | 2 x krzesło | **TAK** |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące | **TAK****podać****parametr dodatkowo oceniany:****24 miesiące – 0 pkt****36 miesięcy – 10 pkt** |  |
|  | Czas realizacji serwisu gwarancyjnego max. 14 dni robocze.*Przez czas realizacji serwisu gwarancyjnego należy rozumieć czas od dnia zgłoszenia usterki/awarii do dnia zrealizowania naprawy* | **Tak****podać****parametr dodatkowo oceniany****14 dni – 0 pkt****10 dni – 5 pkt****7 dni – 10 pkt** |  |
|  | Dostawa, montaż i szkolenie personelu po instalacji | **TAK** |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna trwająca dłużej niż 14 dni roboczych powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji | **TAK** |  |
|  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 14 dni robocze – Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć urządzenie zastępcze na czas naprawy (o parametrach określonych w niniejszym postępowaniu lub wyższych) | **TAK** |  |
|  | Dostarczenie przy odbiorze następujących dokumentów:-karta gwarancyjna stołu do rehabilitacji-paszporty techniczne- instrukcje obsługiw języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej | **TAK** |  |
|  | Przeglądy urządzenia w okresie gwarancji zgodnie z zaleceniami producenta (podać ile). Ostatni przegląd bezpośrednio przed zakończeniem okresu gwarancji. | **TAK** **(podać)** |  |
| **Zestaw do ćwiczeń w podwieszeniu (1 szt.)** |
|  | Urządzenie nowe, wyprodukowane w roku minimum 2021: nazwa, typ, model, producent | **TAK****podać** |  |
|  | Konstrukcja wolnostojąca o wymiarach: 251 cm x 190 cm x 242 - 246 cm, z trzema trawersami | **TAK** |  |
|  | Deklaracja zgodności UE/WE oferowanego sprzętu.Oznakowanie oferowanego sprzętu znakiem CE. | **TAK** |  |
|  | Zgłoszenie oferowanego urządzenia do rejestru wyrobów medycznych. | **TAK** |  |
|  | Aparat Axis 1 szt. | **TAK** |  |
|  | Aparat Trainer 2 szt. | **TAK** |  |
|  | Zestaw podwieszek w kolorze czerwonym: - podwieszka szeroka 2 szt.- podwieszka wąska 2 szt..- podwieszka dzielona 1 szt. | **TAK** |  |
|  | Zestaw linek:- linka 5 m z klamrą 2 szt.- linka 60 cm czerwona 2 szt.- linka czerwona 30 cm 2 szt.- linka elastyczna 30 cm czarna 2 szt.- linka elastyczna 30 cm czerwona 2 szt.- linka elastyczna 60 cm czarna 2 szt | **TAK** |  |
|  | Wałek 15x50 cm | **TAK** |  |
|  | Poduszka sensomotoryczna czerwona 2 szt. | **TAK** |  |
|  | Uchwyty zwykłe 3 szt. | **TAK** |  |
|  | Uchwyt Power grip 1 szt. | **TAK** |  |
|  | Konstrukcja podłogowa nie wymagająca dodatkowych nóżek dystansowych | **TAK** |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesiące | **TAK****podać****parametr dodatkowo oceniany:****24 miesiące – 0 pkt****36 miesięcy – 10 pkt** |  |
|  | Czas realizacji serwisu gwarancyjnego max. 14 dni robocze.*Przez czas realizacji serwisu gwarancyjnego należy rozumieć czas od dnia zgłoszenia usterki/awarii do dnia zrealizowania naprawy* | **Tak****podać****parametr dodatkowo oceniany:****14 dni – 0 pkt****10 dni – 5 pkt****7 dni – 10 pkt** |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna trwająca dłużej niż 14 dni roboczych powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji | **TAK** |  |
|  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 14 dni roboczych – Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć urządzenie zastępcze na czas naprawy (o parametrach określonych w niniejszym postępowaniu lub wyższych) | **TAK** |  |
|  | Montaż urządzenia po stronie Wykonawcy | **TAK** |  |
|  | Dostawa, montaż i szkolenie personelu po instalacji | **TAK** |  |
|  | Przeprowadzenie wizji lokalnej przed zamontowaniem urządzenia | **TAK** |  |
|  | Dostarczenie przy odbiorze następujących dokumentów:-karta gwarancyjna stołu do rehabilitacji-paszporty techniczne- instrukcje obsługiw języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej | **TAK** |  |
|  | Przeglądy urządzenia w okresie gwarancji zgodnie z zaleceniami producenta (podać ile). Ostatni przegląd bezpośrednio przed zakończeniem okresu gwarancji. | TAKpodać |  |
| **Podnośnik 2 szt.**  |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wyprodukowany w roku minimum 2021: nazwa, typ, model, producent | **TAK** |  |
|  | Deklaracja zgodności UE/WE oferowanego sprzętu.Oznakowanie oferowanego sprzętu znakiem CE. | **TAK** |  |
|  | Zgłoszenie oferowanego urządzenia do rejestru wyrobów medycznych. | **TAK** |  |
|  | Regulacja wysokości i rozstawu ramion jezdnych  | **TAK** |  |
|  | Maksymalny udźwig do 230 kg | **TAK** |  |
|  | Zakres podnoszenia min. 68-196 cm | **TAK** |  |
|  | Szerokość zewnętrzna podstawy jezdnejw pozycji rozłożonej min. 1180 mm | **TAK** |  |
|  | Sposób podnoszenia/opuszczania - elektryczny | **TAK** |  |
|  | Masa całkowita podnośnika gotowego do pracy max 66 kg | **TAK** |  |
|  | W zestawie nosidło uniwersalne poliestrowe do transportu pacjenta w pozycji siedzącej (z podparciem szyi lub bez), w różnych rozmiarach | **TAK** |  |
|  | Podnośnik wyposażony w ręczne obniżanie awaryjne | **TAK** |  |
|  | Sterowanie elektryczne za pomocą pilota | **TAK** |  |
|  | Zawiesie obracające się 360 o z możliwością blokady w czterech pozycjach (90o) | **TAK** |  |
|  | Zapewnienie bezpłatnych przeglądów w okresie trwania gwarancji | **TAK** |  |
|  | Przeszkolenie personelu w zakresie obsługi urządzenia w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego | **TAK** |  |
|  | Montaż i uruchomienie urządzenia w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego | **TAK** |  |
|  | Okres gwarancji minimum 24 miesiące | **TAK****podać****parametr dodatkowo oceniany:****24 miesiące – 0 pkt****36 miesięcy – 10 pkt** |  |
|  | Czas realizacji serwisu gwarancyjnego max. 14 dni robocze.*Przez czas realizacji serwisu gwarancyjnego należy rozumieć czas od dnia zgłoszenia usterki/awarii do dnia zrealizowania naprawy* | **Tak****podać****parametr dodatkowo oceniany:****14 dni – 0 pkt****10 dni – 5 pkt****7 dni – 10 pkt** |  |
|  | Każda naprawa gwarancyjna trwająca dłużej niż 14 dni roboczych powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji | **TAK** |  |
|  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 14 dni roboczych – Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć urządzenie zastępcze na czas naprawy (o parametrach określonych w niniejszym postępowaniu lub wyższych) | **TAK** |  |
|  | Dostarczenie przy odbiorze następujących dokumentów:-karta gwarancyjna stołu do rehabilitacji-paszporty techniczne- instrukcje obsługiw języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej | **TAK** |  |
|  | Przeglądy sprzętu w okresie gwarancji zgodnie z zaleceniami producenta (podać ile). Ostatni przegląd bezpośrednio przed zakończeniem okresu gwarancji. | **TAK****podać** |  |

\*) W przypadku gdy Zamawiający dopuścił możliwość zaoferowania przez Wykonawców innych parametrów niż wymagane w niniejszym dokumencie – Wykonawca jest zobowiązany w kolumnie „Parametry oferowane” zaznaczyć, że oferuje parametr dopuszczony przez Zamawiającego

i opisać oferowany parametr.

Informacja dla Wykonawcy:

Wypełniona Tabela nr 3 pn.” SPRZĘT DO REHABILITACJI – WYMAGANIA” musi być opatrzona przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanych lub podpisem osobistym i przekazana Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę.