***Załącznik nr 7 do SIWZ***

**Opis przedmiotu zamówienia**

Aparat do elektroterapii, sonoterapii, terapii skojarzeniowej i laseroterapii – 2 sztuki

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETRY OFEROWANE |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 3 | Rok produkcji | podać |  |
| 4 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2019/2020 | TAK |  |
| 5 | Aparat posiadający 3 niezależne kanały terapeutyczne do elektroterapii, terapii ultradźwiękowej, terapii kombinowanej oraz laseroterapii. | TAK |  |
| 6 | Częstotliwość pracy 1 MHz/ 3,5 MHz | TAK |  |
| 7 | 350 programów własnych oraz przejrzysta encyklopedia | TAK |  |
| 8 | Przewód sieciowy | TAK |  |
| 9 | Akumulator | TAK |  |
| 10 | Głowica 1/3,5 MHz, 1 cm² z uchwytem | TAK |  |
| 11 | Sonda IR 400mW/808nm | TAK |  |
| 12 | Kabel pacjenta (2 szt.) | TAK |  |
| 13 | Elektrody do elektroterapii 6 x 6 cm (4 szt.); 7,5 x 9 cm (2 szt.) | TAK |  |
| 14 | Pokrowce wiskozowe do elektroterapii 6 x 6 cm (8 szt.); 7,5 x 9 cm(4 szt.) | TAK |  |
| 15 | Pasy rzepowe 40 x 10 cm (2 szt.); 100 x 10 cm (2 szt.) | TAK |  |
| 16 | Żel do ultradźwięków 500 g (1 szt.) | TAK |  |
| 17 | Bezpieczniki zapas. WTA-T 1 A/250 V (2 szt.) | TAK |  |
| 18 | Łącznik zdalnej blokady DOOR (1 szt.) | TAK |  |
| 19 | Etykiety ostrzegawcze (1 kpl.) | TAK |  |
| 20 | Rysik pojemnościowy do ekranu LCD (1 szt.) | TAK |  |
| 21 | Ścierka do ekranu LCD (1 szt.) | TAK |  |
| 22 | Nakładki maskujące z wycięciem (2 szt.) | TAK |  |
| 23 | Emisja promieniowania w trybie impulsowym i ciągłym | TAK |  |
| 24 | Regulacja mocy promieniowania laserowego | TAK |  |
| 25 | Tryb pracy: programowy/ manualny | TAK |  |
| 26 | Nadawanie własnych nazw programom, sekwencjom | TAK |  |
| 27 | Regulacja częstotliwości i wypełnienia w trybie impulsowym dla sond punktowych i aplikatora prysznicowego. | TAK |  |
| 28 | Praca w trybach CC (stabilizacja prądu) lub CV (stabilizacja napięcia) test elektrod | TAK |  |
| 29 | 10 sekwencji dla elektroterapii do ustawienia dla użytkowników | TAK |  |
| 30 | Tryb przerywany dla prądów jednokierunkowych (unipolarnych) | TAK |  |
| 31 | Automatyczne przeliczanie czasu względem parametrów zabiegowych – dawki, mocy, wypełnienia, pola zabiegowego | TAK |  |
| 32 | Torba mieszcząca aparat wraz z wyposażeniem | TAK |  |
| 33 | Okulary ochronne do laseroterapii – 4 szt. | TAK |  |
| 34 | Worek z piaskiem 21\*14 cm – 3 szt. | TAK |  |
| 35 | Worek z piaskiem 21\*28 cm – 3 szt. | TAK |  |
| 36 | Okres gwarancji minimum 24 m-ce | TAK |  |
| 37 | Przeglądy gwarancyjne zgodnie z dokumentacją producenta dokonywane na koszt Wykonawcy, po uprzednim uzgodnieniu z Zamawiającym | TAK |  |
| 38 | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas przestoju | TAK |  |
| 39 | Do urządzenia Wykonawca obowiązany jest założyć Paszport techniczny | TAK |  |
| 40 | Wraz z urządzeniem Wykonawca dostarczy dokumenty w języku polskim tj. instrukcję obsługi, dokumentację techniczną, instrukcję konserwacji i czyszczenia | TAK |  |
| 41 | Oferowane urządzenie posiada zaświadczenia i certyfikaty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych CE | TAK |  |
| 42 | Wykonawca przy dostawie urządzenia musi przekazać dokumenty potwierdzające fakt autoryzacji przez producenta w zakresie sprzedaży oraz serwisu dostarczonego sprzętu | TAK |  |

Dwukanałowy aparat do elektroterapii i ultradźwięków – 1 sztuka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETRY OFEROWANE |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 3 | Rok produkcji | podać |  |
| 4 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2019/2020 | TAK |  |
| 5 | Sterownik – maksymalne natężenie prądu w obwodzie pacjenta (tryb CC) | TAK |  |
| 6 | Interferencyjne, Kotz’a, unipolarne falujące: 100mA | TAK |  |
| 7 | TENS: 140mA | TAK |  |
| 8 | Diadynamiczne, impulsowe: 60mA | TAK |  |
| 9 | Galwaniczne: 40mA | TAK |  |
| 10 | Tonoliza: 100mA | TAK |  |
| 11 | Mikroprądy: 1000µA | TAK |  |
| 12 | Maksymalna amplituda napięcia w obwodzie pacjenta (tryb CV): 140V | TAK |  |
| 13 | Natężenie maksymalnej fali ultradźwiękowej: 3W/cm2 | TAK |  |
| 14 | Częstotliwość w trybie pulsacyjnym: 16Hz, 48Hz, 100Hz | TAK |  |
| 15 | Wypełnienie w trybie pulsacyjnym: 10%, 25%, 50%, 75% | TAK |  |
| 16 | Zasilanie, pobór mocy: 230 V, 50 Hz, 70 W, 100VA | TAK |  |
| 17 | Masa: maks. 6kg | TAK |  |
| 18 | Przewód sieciowy | TAK |  |
| 19 | Kable pacjenta (2 szt.) | TAK |  |
| 20 | Elektrody do elektroterapii 6x6cm (4 szt.); 7,5x9cm (2 szt.) | TAK |  |
| 21 | Pokrowce wiskozowe do elektrod 6x6cm (8 szt.); 7,5x9cm (4szt.) | TAK |  |
| 22 | Pasy rzepowe 40x10cm (2 szt); 100x10cm (2 szt.) | TAK |  |
| 23 | Bezpieczniki zapas. WTA-T 1 A/250 V (2 szt.) | TAK |  |
| 24 | Elektrodiagnostyka z graficzną prezentacją krzywej I/t; automatyczne wyliczanie reobazy, chronaksji, współczynnika akomodacji | TAK |  |
| 25 | Głowica 1 MHz, 4 cm² z uchwytem | TAK |  |
| 26 | Głowica 1 MHz, 1 cm² z uchwytem | TAK |  |
| 27 | 207 wbudowanych programów zabiegowych | TAK |  |
| 28 | 110 programów do ustawienia dla użytkownika | TAK |  |
| 29 | 80 programów ulubionych | TAK |  |
| 30 | Nadawanie własnych nazw programom | TAK |  |
| 31 | 30 wbudowanych sekwencji zabiegowych | TAK |  |
| 32 | Stolik pod aparaturę z min. dwoma półkami i jedną szufladą na akcesoria, kółka z hamulcami zapewniające mobilność stolika | TAK |  |
| 33 | Okres gwarancji minimum 24 m-ce | TAK |  |
| 34 | Przeglądy gwarancyjne zgodnie z dokumentacją producenta dokonywane na koszt Wykonawcy, po uprzednim uzgodnieniu z Zamawiającym | TAK |  |
| 35 | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas przestoju | TAK |  |
| 36 | Do urządzenia Wykonawca obowiązany jest założyć Paszport techniczny | TAK |  |
| 37 | Wraz z urządzeniem Wykonawca dostarczy dokumenty w języku polskim tj. instrukcję obsługi, dokumentację techniczną, instrukcję konserwacji i czyszczenia | TAK |  |
| 38 | Oferowane urządzenie posiada zaświadczenia i certyfikaty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych CE | TAK |  |
| 39 | Wykonawca przy dostawie urządzenia musi przekazać dokumenty potwierdzające fakt autoryzacji przez producenta w zakresie sprzedaży oraz serwisu dostarczonego sprzętu | TAK |  |

Aparat do uciskowego masażu sekwencyjnego – 1 sztuka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETRY OFEROWANE |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 3 | Rok produkcji | podać |  |
| 4 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2019/2020 | TAK |  |
| 5 | Posiada wstępnie zaprogramowane algorytmy zabiegowe (aż 21), dla których wystarczy podać jedynie wartość ciśnienia pracy. | TAK |  |
| 6 | Zasilanie: 230V/50Hz (+/- 10%) | TAK |  |
| 7 | Maksymalny pobór mocy: 110 VA | TAK |  |
| 8 | Zakres ciśnienia w masażu: min. – 20 mmHg, maks. – 140 mmHg | TAK |  |
| 9 | Strumień objętościowy pompy: 25 l/min. | TAK |  |
| 10 | Liczba obsługiwanych komór: 12/24. | TAK |  |
| 11 | Panel LCD (kolorowy LCD 5,7″ (320×240)) | TAK |  |
| 12 | 21 zaprogramowanych programów do sekwencyjnego masażu. | TAK |  |
| 13 | Pulpit sterowniczy | TAK |  |
| 14 | Wymiary: 410 x 430 x 150 mm | TAK |  |
| 15 | Waga: 10 kg. | TAK |  |
| 16 | Regulacja ciśnienia (w każdej komorze osobno) | TAK |  |
| 17 | Dowolne i niezależne parametry zabiegu dla każdego pacjenta | TAK |  |
| 18 | Praca jednym lub dwoma mankietami uciskowymi. | TAK |  |
| 19 | Gotowe algorytmy zabiegowe (masaż wstępujący, zstępujący, drenaż limfatyczny, masaż wg E. Voddera). | TAK |  |
| 20 | Stały pomiar ciśnienia w każdej komorze mankietu. | TAK |  |
| 21 | Pomiar czasu pozostałego do zakończenia zabiegu. | TAK |  |
| 22 | Funkcja opróżniania komór mankietu. | TAK |  |
| 23 | 24 komorowe spodnie (z regulacją na 3 zamki) ewentualnie 12 komorowy mankiet na nogę prawą bądź lewą. | TAK |  |
| 24 | 12 komorowy mankiet na rękę prawą bądź lewą. | TAK |  |
| 25 | Łatwa obsługa dzięki czytelnemu, graficznemu wyświetlaczowi LCD. | TAK |  |
| 26 | Wypukłe przyciski ułatwiające obsługę urządzenia terapeutom niedowidzącym. | TAK |  |
| 27 | Okres gwarancji minimum 24 m-ce | TAK |  |
| 28 | Przeglądy gwarancyjne zgodnie z dokumentacją producenta dokonywane na koszt Wykonawcy, po uprzednim uzgodnieniu z Zamawiającym | TAK |  |
| 29 | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas przestoju | TAK |  |
| 30 | Do urządzenia Wykonawca obowiązany jest założyć Paszport techniczny | TAK |  |
| 31 | Wraz z urządzeniem Wykonawca dostarczy dokumenty w języku polskim tj. instrukcję obsługi, dokumentację techniczną, instrukcję konserwacji i czyszczenia | TAK |  |
| 32 | Oferowane urządzenie posiada zaświadczenia i certyfikaty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych CE | TAK |  |
| 33 | Wykonawca przy dostawie urządzenia musi przekazać dokumenty potwierdzające fakt autoryzacji przez producenta w zakresie sprzedaży oraz serwisu dostarczonego sprzętu | TAK |  |

# Ergometr – 1 sztuka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETRY OFEROWANE |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 3 | Rok produkcji | podać |  |
| 4 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2019/2020 | TAK |  |
| 5 | Możliwość jazdy w obu kierunkach | TAK |  |
| 6 | Wygodne, ergonomiczne siodełko zapewniające stabilność i komfort podczas jazdy | TAK |  |
| 7 | Wielopozycyjna kierownica z regulacją wysokości | TAK |  |
| 8 | Regulacja siedziska w poziomie | TAK |  |
| 9 | System łatwego wsiadania/zsiadania z ergometru | TAK |  |
| 10 | Niskie wejście | TAK |  |
| 11 | Szybka regulacja poziomu siedzenia/wyrównanie wysokości | TAK |  |
| 12 | Wyświetlacz LCD + wyświetlacz graficzny(profil obciążenia) | TAK |  |
| 13 | Ręczne sterowanie obciążeniem | TAK |  |
| 14 | Pedały pasowe z punktem ciężkości | TAK |  |
| 15 | Klasa DIN EN 957-1/5, klasa HA | TAK |  |
| 16 | Maksymalne obciążenie: 150 kg (+/- 5%) | TAK |  |
| 17 | Zasilanie sieciowe 230 V | TAK |  |
| 18 | Zakres mocy 25 – 400 watów (w 5-watowych stopniach) | TAK |  |
| 19 | Regulacja mocy niezależnie od liczby obrotów | TAK |  |
| 20 | System hamowania indukcyjny | TAK |  |
| 21 | System napędowy – pas z żebrowaniem wzdłużnym | TAK |  |
| 22 | Wymiary maksymalnie dł./szer./wys. : 115 / 54 / 125 cm (+/- 5%) | TAK |  |
| 23 | BMI | TAK |  |
| 24 | Funkcja Count-Up / Count-Down | TAK |  |
| 25 | Pomiar tętna, czasu, ilości obrotów, dystansu | TAK |  |
| 26 | Wartości średnie na koniec treningu | TAK |  |
| 27 | Programy z różną prędkością i obciążeniem | TAK |  |
| 28 | IPN-test zintegrowany | TAK |  |
| 29 | Pamięć dla 4 osób + 1 osoba dodatkowa + pamięć USB | TAK |  |
| 30 | Liczba programów treningowych min. 45 | TAK |  |
| 31 | Kolor czarny | TAK |  |
| 32 | Okres gwarancji minimum 24 m-ce | TAK |  |
| 33 | Przeglądy gwarancyjne zgodnie z dokumentacją producenta dokonywane na koszt Wykonawcy, po uprzednim uzgodnieniu z Zamawiającym | TAK |  |
| 34 | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas przestoju | TAK |  |
| 35 | Do urządzenia Wykonawca obowiązany jest założyć Paszport techniczny | TAK |  |
| 36 | Wraz z urządzeniem Wykonawca dostarczy dokumenty w języku polskim tj. instrukcję obsługi, dokumentację techniczną, instrukcję konserwacji i czyszczenia | TAK |  |
| 37 | Oferowane urządzenie posiada zaświadczenia i certyfikaty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych CE | TAK |  |
| 38 | Wykonawca przy dostawie urządzenia musi przekazać dokumenty potwierdzające fakt autoryzacji przez producenta w zakresie sprzedaży oraz serwisu dostarczonego sprzętu | TAK |  |

# Crosstrainer – 1 sztuka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETRY WYMAGANE |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 3 | Rok produkcji | podać |  |
| 4 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2019/2020 | TAK |  |
| 5 | Klasa DIN EN 957-1/9, klasa HB | TAK |  |
| 6 | Obciążenie wagowe min. 150 kg | TAK |  |
| 7 | Przełożenie 1 : 11 | TAK |  |
| 8 | Regulacja mocy zależnie od liczby obrotów | TAK |  |
| 9 | System hamowania – magnetyczny starowany silnikiem | TAK |  |
| 10 | Regulacja obciążenia – 1-15 | TAK |  |
| 11 | Zasilanie elektryczne 230V | TAK |  |
| 12 | Wymiary (dł./szer./wys. w cm) – 144/56/162 | TAK |  |
| 13 | Pomiar tętna, czasu, odcinka treningowego, zużycia energii | TAK |  |
| 14 | Programy treningowe sterowane tętnem | TAK |  |
| 15 | Trening ukierunkowany na strefy (FAT/FIT/MANUELL) | TAK |  |
| 16 | Liczba programów treningowych min 8 | TAK |  |
| 17 | Komputer treningowy kompatybilny z systemem POLAR odbiornik tętna, 5kHz, zintegrowany | TAK |  |
| 18 | Wartości średnie na koniec treningu | TAK |  |
| 19 | Dowolnie skalowane programy wydajnościowe – 6 | TAK |  |
| 20 | Odporna na pot klawiatura foliowa | TAK |  |
| 21 | Sterowanie parametrami | TAK |  |
| 22 | Wyświetlacz LCD, podświetlenie | TAK |  |
| 23 | Wyświetlacz ciągły 8 funkcji | TAK |  |
| 24 | Kolor czarny | TAK |  |
| 25 | Okres gwarancji minimum 24 m-ce | TAK |  |
| 26 | Przeglądy gwarancyjne zgodnie z dokumentacją producenta dokonywane na koszt Wykonawcy, po uprzednim uzgodnieniu z Zamawiającym | TAK |  |
| 27 | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas przestoju | TAK |  |
| 28 | Do urządzenia Wykonawca obowiązany jest założyć Paszport techniczny | TAK |  |
| 29 | Wraz z urządzeniem Wykonawca dostarczy dokumenty w języku polskim tj. instrukcję obsługi, dokumentację techniczną, instrukcję konserwacji i czyszczenia | TAK |  |
| 30 | Oferowane urządzenie posiada zaświadczenia i certyfikaty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych CE | TAK |  |
| 31 | Wykonawca przy dostawie urządzenia musi przekazać dokumenty potwierdzające fakt autoryzacji przez producenta w zakresie sprzedaży oraz serwisu dostarczonego sprzętu | TAK |  |

Stół rehabilitacyjny (kozetka do masażu) – 1 sztuka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETRY OFEROWANE |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 3 | Rok produkcji | podać |  |
| 4 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2019/2020 | TAK |  |
| 5 | Długość 200 cm | TAK |  |
| 6 | Szerokość leża 80 cm | TAK |  |
| 7 | Wysokość regulowana elektrycznie do 90 cm | TAK |  |
| 8 | Regulacja kąta nachylenia zagłówka od -70 ° do +40 ° | TAK |  |
| 9 | Zakres regulacji podłokietników 0 – 15 cm | TAK |  |
| 10 | Dopuszczalne obciążenie 300 kg | TAK |  |
| 11 | Konstrukcja prostokątna | TAK |  |
| 12 | Regulacja za pomocą pilota | TAK |  |
| 13 | Wycięcie na twarz z zatyczką | TAK |  |
| 14 | Uchwyty na pasy do stabilizacji po obu stronach leża | TAK |  |
| 15 | System jezdny uruchamiany za pomocą dźwigni | TAK |  |
| 16 | Wieszak na ręczniki papierowe 60 cm | TAK |  |
| 17 | Okres gwarancji minimum 24 m-ce | TAK |  |
| 18 | Przeglądy gwarancyjne zgodnie z dokumentacją producenta dokonywane na koszt Wykonawcy, po uprzednim uzgodnieniu z Zamawiającym | TAK |  |
| 19 | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas przestoju | TAK |  |
| 20 | Do urządzenia Wykonawca obowiązany jest założyć Paszport techniczny | TAK |  |
| 21 | Wraz z urządzeniem Wykonawca dostarczy dokumenty w języku polskim tj. instrukcję obsługi, dokumentację techniczną, instrukcję konserwacji i czyszczenia | TAK |  |
| 22 | Oferowane urządzenie posiada zaświadczenia i certyfikaty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych CE | TAK |  |

Okulary ochronne do lampy SOLLUX – 1 sztuka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETRY OFEROWANE |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 3 | Rok produkcji | podać |  |
| 4 | Produkt fabrycznie nowy, rok produkcji 2019/2020 | TAK |  |
| 5 | Zakres widmowy [nm]: 650-<655 655-685>685-690 770->785 785-830>830-845 | TAK |  |
| 6 | Gęstość optyczna: 2+ 3+ 2+ 2+ 3+ 2+ | TAK |  |
| 7 | Oznaczenie: DIR LB2, DIR LB3, DIR LB2, DIR LB2, DIR LB3, DIR LB2 | TAK |  |
| 8 | Przeznaczone dla pacjenta i terapeuty podczas zabiegu laseroterapii. | TAK |  |
| 9 | Wykonane z wysokiej jakości materiałów. | TAK |  |
| 10 | Okres gwarancji minimum 12 m-cy | TAK |  |

Okulary Ochronne do Laseroterapii Biostymulacyjnej – 2 sztuki

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETRY OFEROWANE |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 3 | Rok produkcji | podać |  |
| 4 | Produkt fabrycznie nowy, rok produkcji 2019/2020 | TAK |  |
| 5 | Zakres widmowy [nm]: 650-<655 655-685>685-690 770->785 785-830>830-845 | TAK |  |
| 6 | Gęstość optyczna: 2+ 3+ 2+ 2+ 3+ 2+ | TAK |  |
| 7 | Oznaczenie: DIR LB2, DIR LB3, DIR LB2, DIR LB2, DIR LB3, DIR LB2 | TAK |  |
| 8 | Przeznaczone dla pacjenta i terapeuty podczas zabiegu laseroterapii. | TAK |  |
| 9 | Wykonane z wysokiej jakości materiałów. | TAK |  |
| 10 | Okres gwarancji minimum 12 m-cy | TAK |  |