

Zestawienie ilościowe sprzętu i urządzeń do Gabinetu Rehabilitacji w Leoncinie

Dot. Postępowania pn.: „Zakup i montaż sprzętu i urządzeń do Gabinetu Rehabilitacji w Leoncinie” ozn. Sprawy GK.271.PN.3.2022

L.P.	Nazwa sprzętu / urządzenia	Liczba (szt.)	Uwagi / parametr oferowany
1.	Wanna do masażu wirowego (wirówka) KKG	1	Opisano dodatkowe parametry w poniższej tabeli
2.	Wanna do masażu wirowego (wirówka) KKD	1	Opisano dodatkowe parametry w poniższej tabeli
3.	Kolumna do treningu o zmiennym oporze dynamicznym	2	Opisano dodatkowe parametry w poniższej tabeli
4.	Fotel do ćwiczeń oporowych	1	Opisano dodatkowe parametry w poniższej tabeli
5.	Stół do masażu	2	Opisano dodatkowe parametry w poniższej tabeli
6.	Stół rehabilitacyjny	2	Opisano dodatkowe parametry w poniższej tabeli
7.	Lampa Sollux	2	Opisano dodatkowe parametry w poniższej tabeli
8.	Aparat do krioterapii za zbiornikiem 35l	1	Opisano dodatkowe parametry w poniższej tabeli
9.	Aparat do masażu limfatycznego + spodnie 12 komorowe + mankiety 6 komorowy na rękę	1	Opisano dodatkowe parametry w poniższej tabeli
10.	Drabinka gimnastyczna	1	Opisano dodatkowe parametry w poniższej tabeli
11.	MEDBIKE – terapia ruchowa z biofeedbackiem do kończyn górnych i dolnych	1	Opisano dodatkowe parametry w poniższej tabeli
12.	Aparat 3-kanalowy (2 x elektroterapia z pełną gamą prądów, 1x laseroterapia)	2	Opisano dodatkowe parametry w poniższej tabeli
13.	Okulary ochronne uniwersalne	1	podać nazwę, model, producenta, sprzęt nowy, nieużywany do prezentacji

			
14.	Rower pionowy	1	Opisano dodatkowe parametry w poniższej tabeli
15.	Aplikator skanujący do laseroterapii typ PM-SK2 R+ IR 100/450 Mw	1	Opisano dodatkowe parametry w poniższej tabeli
16.	Kabina do ćwiczeń i zawieszzeń z drabinką UGULD + osprzęt wersja STANDARD	1	Opisano dodatkowe parametry w poniższej tabeli
17.	1-kanałowy aparat do terapii ultradźwiękowej – bezobsługowy	2	Opisano dodatkowe parametry w poniższej tabeli
18.	Aparat do terapii falą uderzeniową	1	Opisano dodatkowe parametry w poniższej tabeli
19.	Piłka rehabilitacyjna do ćwiczeń	1	podać nazwę, model, producenta, sprzęt nowy, nieużywany do prezentacji
20.	Aparat do dwukanałowej elektroterapii i laseroterapii	1	Opisano dodatkowe parametry w poniższej tabeli
21.	Materac duży rehabilitacyjny 3 częściowy składany, kolor zielony	3	podać nazwę, model, producenta, sprzęt nowy, nieużywany do prezentacji
22.	Rotor do ćwiczeń kończyn górnych z dawkowanym oporem	1	Opisano dodatkowe parametry w poniższej tabeli
23.	Poduszka do balansowania sensoryczna	1	podać nazwę, model, producenta, sprzęt nowy, nieużywany do prezentacji
24.	Piłka lekarska ciężka 0,5kg	1	podać nazwę, model, producenta, sprzęt nowy, nieużywany do prezentacji

25.	Piłka lekarska ciężka 1 kg	1	podać nazwę, model, producenta, sprzęt nowy, nieużywany do prezentacji
26.	Piłka lekarska ciężka 2kg	1	podać nazwę, model, producenta, sprzęt nowy, nieużywany do prezentacji
27.	Walek do masażu z kolcami	1	podać nazwę, model, producenta, sprzęt nowy, nieużywany do prezentacji
28.	Stolik Trolmed SPA-2	1	Opisano dodatkowe parametry w poniższej tabeli
29.	Taśma do kinesiotapingu	1	podać nazwę, model, producenta, sprzęt nowy, nieużywany do prezentacji
30.	Goniometr metalowy	1	podać nazwę, model, producenta, sprzęt nowy, nieużywany do prezentacji
31.	Piłka z kolcami „jeź”	1	podać nazwę, model, producenta, sprzęt nowy, nieużywany do prezentacji
32.	Walek MamboMax Ergonomic Roller	1	podać nazwę, model, producenta, sprzęt nowy, nieużywany do prezentacji

			
33.	Roller profilowany z uchwytyami	1	podać nazwę, model, producenta, sprzęt nowy, nieużywany do prezentacji
34.	Taśma rehabilitacyjna bezlateksowa	1	podać nazwę, model, producenta, sprzęt nowy, nieużywany do prezentacji
35.	Tubing „pętla”	1	podać nazwę, model, producenta, sprzęt nowy, nieużywany do prezentacji
36.	„Pół jeź” balansowy	1	podać nazwę, model, producenta, sprzęt nowy, nieużywany do prezentacji
37.	Dysk balansowy	1	podać nazwę, model, producenta, sprzęt nowy, nieużywany do prezentacji
38.	Podest równoważny	1	podać nazwę, model, producenta, sprzęt nowy, nieużywany do prezentacji
39.	Hantle	1	podać nazwę, model, producenta, sprzęt nowy, nieużywany do prezentacji

40.	Obciążniki na nadgarstek	1	podać nazwę, model, producenta, sprzęt nowy, nieużywany do prezentacji
41.	Obciążniki na kończyny	1	podać nazwę, model, producenta, sprzęt nowy, nieużywany do prezentacji
42.	Stojak na hantle	1	podać nazwę, model, producenta, sprzęt nowy, nieużywany do prezentacji
43.	Materac rehabilitacyjny trzyczęściowy 195x100x5	1	podać nazwę, model, producenta, sprzęt nowy, nieużywany do prezentacji
44.	Klin rehabilitacyjny 80x60x40	1	podać nazwę, model, producenta, sprzęt nowy, nieużywany do prezentacji
45.	Klawiki stalowe wersja pro	1	podać nazwę, model, producenta, sprzęt nowy, nieużywany do prezentacji
46.	Pinokat long plus ze stali	1	podać nazwę, model, producenta, sprzęt nowy, nieużywany do prezentacji

47.	Półka do siedzenia	1	podać nazwę, model, producenta, sprzęt nowy, nieużywany do prezentacji
48.	Atlas do ćwiczeń pełny zestaw	1	Opisano dodatkowe parametry w poniższej tabeli

Parametry dodatkowe			
Wanna do masażu wirowego (wirówka) KKG (poz. 1)			
L.P.	Opis	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1	Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2021, wyklucza się aparaty demo, rekondycjonowane itd.	TAK, podać	
2	Wanna do masażu wirowego kończyn górnych	TAK, podać nazwę, model, producenta	
3	Akrylowa niecka wzmacniana matami z włókna szklanego	TAK, podać	
4	44 dysze do hydromasażu	TAK, podać	
5	Pojemność zabiegowa 40l	TAK, podać	
6	Pojemność przelewowa 45l	TAK, podać	
7	Waga urządzenia 50 kg	TAK, podać	
8	Wymiary max. 90 cm x 95 cm x 92 cm +/- 2 cm	TAK, podać	
9	Zasilanie 230 V / 50 Hz	TAK, podać	
10	Pobór prądu 5A	TAK, podać	
11	System zabezpieczający przed pracą na sucho	TAK, podać	
12	Elektronicznie sterowane odkamienianie	TAK, podać	
13	Czujnik temperatury wody	TAK, podać	
14	Funkcja ciepłego prysznica	TAK, podać	
15	Hydromasaż przez wykorzystanie strumienia wody o uregulowanej sile (bierny masaż perełkowy)	TAK, podać	
16	Krzesło obrotowe w zestawie	TAK, podać	
17	Urządzenie medyczne	TAK, podać	
18	Każda naprawa gwarancyjna trwająca dłużej niż 14 dni roboczych powoduje przedłużenie okresu	TAK	

	gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji		
19	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	
Wanna do masażu wirowego (wirówka) KKD (poz. 2)			
L.P.	Opis	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1	Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2021, wyklucza się aparaty demo, rekondycjonowane itd.	TAK, podać	
2	Wanna do masażu wirowego kończyn dolnych	TAK, podać nazwę, model, producenta	
3	Niecka wzmacniana matami z włókna szklanego,	TAK, podać	
4	6 kierunkowych dysz,	TAK, podać	
5	Pojemność zabiegowa max. 160 l	TAK, podać	
6	Pojemność do przelewu max. 160 l	TAK, podać	
7	Pompa zabezpieczona przed pracą na sucho	TAK, podać	
8	Sterowany elektronicznie system odkamieniania	TAK, podać	
9	Czujnik temperatury wody	TAK, podać	
10	Czujnik poziomu wody	TAK, podać	
11	Automatyczne napełnianie	TAK, podać	
12	Ciepły prysznic	TAK, podać	
13	Masaż wirowy za pomocą strumienia wody o uregulowanej sile	TAK, podać	
14	W zestawie stopnie pozwalające na łatwy dostęp do niecki	TAK, podać	
15	Liczba dysz min. 6 szt.	TAK, podać	
16	Wymiary max. (dł. x szer. x wys.): 117 cm x 62 cm x 81 cm	TAK, podać	
17	Masa max. 55 kg	TAK, podać	
18	Bezpieczeństwo elektryczne: klasa I, typ B	TAK, podać	
19	Urządzenie medyczne	TAK, podać	
20	Każda naprawa gwarancyjna trwająca dłużej niż 14 dni roboczych powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji	TAK	

21	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	
Kolumna do treningu o zmiennym oporze dynamicznym (poz. 3)			
L.P.	Opis	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1	Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2021, wyklucza się aparaty demo, rekondycjonowane itd.	TAK, podać	
2	Kolumna do treningu funkcjonalnego	TAK, podać nazwę, model, producenta	
3	Kolumna na mobilnej podstawie 4 centralnie blokowane kółka	TAK, podać	
4	Dwa regulowane uchwyty	TAK, podać	
5	Bezpiecznie zabudowany stos obciążników o łącznej wadze min. 50kg	TAK, podać	
6	Zmiana obciążenia treningowego co max. 0,5kg	TAK, podać	
7	Wysokość uchwytu oraz linki regulowana w zakresie min. 5cm	TAK, podać	
8	Regulacja wagi – min. 2 osobne linki, na każdą linkę przyrost wagi o max. 0,5kg, przy ich połączeniu można regulować wagę max. o 1kg	TAK, podać	
9	Wysokość min. 190 cm	TAK, podać	
10	Szerokość max. 66 cm	TAK, podać	
11	Waga max 85 kg	TAK, podać	
12	Urządzenie certyfikowane, medyczne	TAK, podać	
13	Każda naprawa gwarancyjna trwająca dłużej niż 14 dni roboczych powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji	TAK	
14	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	

Fotel do ćwiczeń oporowych (poz. 4)			
L.P.	Opis	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1	Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2021, wyklucza się aparaty demo, rekondycjonowane itd.	TAK, podać	
2	Fotel do ćwiczeń oporowych	TAK, podać nazwę, model, producenta	
3	Fotel z dwiema głowicami i pasami do stabilizacji	TAK, podać	
4	Wysokość siedziska: min. 700 mm	TAK, podać	
5	Wysokość całkowita: max. 1550 mm	TAK, podać	
6	Szerokość siedziska: min. 540 mm	TAK, podać	
7	Obciążenie: min. 10 kg	TAK, podać	
8	Masa: max. 48 kg	TAK, podać	
9	Każda naprawa gwarancyjna trwająca dłużej niż 14 dni roboczych powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji	TAK	
10	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	
Stół do masażu (poz. 5)			
L.P.	Opis	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1	Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2021, wyklucza się aparaty demo, rekondycjonowane itd.	TAK, podać	
2	2-sekcyjny stół do terapii manualnej	TAK, podać nazwę, model, producenta	
3	Regulowany zagłówek za pomocą sprężyny gazowej	w zakresie min. -70° do +40°	
4	Podglówek z wycięciem na twarz plus zatyczka	TAK, podać	
5	Regulowana wysokość leżyska, za pomocą siłownika elektrycznego, sterowana ramą umieszczoną w	TAK, podać	

	podstawie stołu, umożliwiającą regulację wysokości z każdego miejsca stołu		
6	Stół wyposażony w klucz magnetyczny zabezpieczający przed niepożądaną zmianą wysokości umiejscowiony w podstawie stołu	TAK, podać	
7	Centralny system jezdny	TAK, podać	
8	Wymiary (dł x szer.)	min. 2020x640 mm	
9	Wysokość regulowana elektrycznie	Min. 50-101 cm	
10	Waga stołu	Max. 80 kg	
11	Możliwość zamontowania bananka pachwinowego i bananków barkowych	TAK, podać	
12	Uchwyt do mocowania pasów stabilizacyjnych	TAK, podać	
13	Stabilna, krzyżakowa rama malowana proszkowo	TAK, podać	
14	Tapicerka wykonana z atestowanych materiałów w kolorze pomarańczowym	TAK, podać	
15	Maksymalne obciążenie	min. 200 kg	
16	Grubość leżyska	Min. 40 mm	
17	Każda naprawa gwarancyjna trwająca dłużej niż 14 dni roboczych powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji	TAK	
18	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	

Stół rehabilitacyjny (poz. 6)

L.P.	Opis	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1	Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2021, wyklucza się aparaty demo, rekondycjonowane itd.	TAK, podać	
2	3-sekcyjny stół rehabilitacyjny	TAK, podać nazwę, model, producenta	
3	Regulowany zagłówek za pomocą sprężyny gazowej	w zakresie min. -70° do +40°	

4	Podglówek z wycięciem na twarz plus zatyczka	TAK, podać	
5	Regulowana wysokość leżyska, za pomocą siłownika elektrycznego, sterowana ramą umieszczoną w podstawie stołu, umożliwiającą regulację wysokości z każdego miejsca stołu	TAK, podać	
6	Stół wyposażony w klucz magnetyczny zabezpieczający przez niepożądaną zmianą wysokości umiejscowiony w podstawie stołu	TAK, podać	
7	Centralny system jezdny	TAK, podać	
8	Elektrycznie sterowany Pivot za pomocą dwóch przycisków po obu stronach stołu	TAK, podać	
9	Regulacja sekcji nożnej za pomocą min. 2 sprężyn gazowych	W zakresie 0° +90°	
10	Wymiary (dł x szer.)	min. 2020x640 mm	
11	Wysokość regulowana elektrycznie	Min. 50-101 cm	
12	Waga stołu	Max. 80 kg	
13	Możliwość zamontowania bananka pachwinowego i bananków barkowych	TAK, podać	
14	Uchwyt do mocowania pasów stabilizacyjnych	TAK, podać	
15	Stabilna, krzyżakowa rama malowana proszkowo	TAK, podać	
16	Tapicerka wykonana z atestowanych materiałów	TAK, podać	
17	Maksymalne obciążenie	min. 200 kg	
18	Grubość leżyska	Min. 40 mm	
19	Każda naprawa gwarancyjna trwająca dłużej niż 14 dni roboczych powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji	TAK	
20	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	
Lampa Sollux (poz. 7)			
L.P.	Opis	Parametr wymagany	Parametr oferowany

1	Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2021, wyklucza się aparaty demo, rekondycjonowane itd.	TAK, podać	
2	Lampa do naświetleń typu Sollux na statywie regulowanym za pomocą sprężyny gazowej.	TAK, podać	
3	1 promiennik podczerwieni o mocy min 375W.	TAK, podać	
4	Programy i sekwencje zabiegowe- jest 10 programów użytkownika. Każdy program to sekwencja od 1 do 6 etapów o zadanim czasie trwania i poziomie mocy	TAK, podać	
5		TAK, podać	
6	Regulacja mocy promiennika	TAK, podać	
7	Regulacja długości trwania zabiegu max. 30 minut.	TAK, podać	
8	Pobór mocy: max. 395.	TAK, podać	
9	Moc ustawiana: (10 - 100) %.	TAK, podać	
10	Wymiary (dł. x szer. x wys.): 740 x 480 x min. 1180 mm, max. 1760	TAK, podać	
11	Masa: max. 30 kg	TAK, podać	
12	Każda naprawa gwarancyjna trwająca dłużej niż 14 dni roboczych powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji	TAK	
13	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	
Aparat do krioterapii za zbiornikiem 35l (poz. 8)			
L.P.	Opis	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1	Urządzenie do krioterapii miejscowej parami azotu,	TAK, podać	
2	Urządzenie z wyświetlaczem LED, na wózku jezdnym,	TAK, podać	
3	Strumień pary azotu u wylotu dyszy osiąga temperaturę roboczą (-160 °C),	TAK, podać	

4	Intensywność nadmuchu regulowana skokowo (7-stopniowo),	TAK, podać	
5	Temperatura par azotu wynosi - 130 °C (10 cm od wylotu dyszy),	TAK, podać	
6	wagowy pomiar ilości azotu, możliwość zaprogramowania czasu zabiegu, z wybranym zbiornikiem na azot,	TAK, podać	
7	Zbiornik o pojemności 35 l ± 2 l,	TAK, podać	
8	Zużycie zabiegowe ciekłego azotu: od 6,4 do 12,8 dkg/min (praca ciągła),	TAK, podać	
9	Pobór mocy 500W,	TAK, podać	
10	Zasilanie 230 V, 50 Hz.	TAK, podać	
11	Każda naprawa gwarancyjna trwająca dłużej niż 14 dni roboczych powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji	TAK	
12	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	

Aparat do masażu limfatycznego + spodnie 12 komorowe + mankiety 6 komorowe na rękę (poz. 9)

L.P.	Opis	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1	Aparat do terapii uciskowej do zastosowań klinicznych	TAK, podać nazwę, model, producenta	
2	Wyposażenie : 1x 24 komorowe spodnie, 2x 12 komorowy mankiety na kończynę górną	TAK	
3	Możliwość podłączenia 2 mankietów jednocześnie	TAK	
4	Tryby pracy : sekwencyjny, falowy, preterapia + sekwencja, preterapia + fala	TAK	
5	Regulacja ciśnienia : 20-90mmHg	TAK, podać	
6	Uchwyt do przenoszenia urządzenia	TAK	
7	Wymiary : 19x37,5x31,5cm	TAK, podać	
8	Waga : max. 7kg	TAK, podać	
9	Zasilanie : 230V	TAK, podać	
10	Współpraca z komputerem	TAK	

11	Możliwość regulacji ciśnienia w każdej komorze indywidualnie z poziomu komputera	TAK	
12	Wyświetlacz graficzny	TAK	
13	Każda naprawa gwarancyjna trwająca dłużej niż 14 dni roboczych powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji	TAK	
14	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	

Drabinka gimnastyczna (poz. 10)

L.P.	Opis	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1	Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2021, wyklucza się aparaty demo, rekondycjonowane itd.	TAK, podać	
2	Drabinka gimnastyczna	TAK, podać nazwę, model, producenta	
3	Wysokość min. 227 cm	TAK, podać	
4	Szerokość min. 75 cm	TAK, podać	
5	Szerokość między profilami mocującymi szczeble: min. 67 cm	TAK, podać	
6	Wysokość pierwszego szczebla od podłoża: min. 27 cm	TAK, podać	
7	Wysokość między szczeblami: max. 23 cm	TAK, podać	
8	Liczba szczebli: max. 8	TAK, podać	
9	Odległość drabinki od ściany: min. 9 cm	TAK, podać	
10	Maksymalne obciążenie: min. 150 kg	TAK, podać	
11	Waga drabinki: max. 22 kg	TAK, podać	

MEDBIKE – terapia ruchowa z biofeedbackiem do kończyn górnych i dolnych (poz. 11)

L.P.	Opis	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1	Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2021, wyklucza się	TAK, podać	

	aparaty demo, rekondycjonowane itd.		
2	Możliwość prowadzenia treningu: - trening pasywny – delikatny i ostrożny trening pasywny pozwala na wykonanie mobilizacji dla mięśni i stawów (np. podczas fazy rozgrzewki). Pozwala to na ograniczenie spastyki lub jej bezpieczną eliminację; - trening aktywny – w zależności od celu treningu mogą Państwo dostosować poziom oporu do własnych potrzeb i możliwości; - trening delikatny – silnik wspiera ruch podczas treningu mobilizując w ten sposób najsłabsze grupy mięśniowe - trening symetryczny – program treningowy pozwala na ocenę symetrii pracy obu kończyn podczas treningu. W przypadku dysfunkcji jednej strony, deficyt może być skorygowany.	TAK, podać	
3	Min. 7” kolorowych wyświetlacz (panel dotykowy)	TAK, podać	
4	Dodatkowy zdejmowany tablet min. 10” z oprogramowaniem biofeedback w postaci interaktywnej gry i filmu w rzeczywistej lokalizacji	TAK, podać	
5	Analiza min. 10 ostatnich przeprowadzonych treningów	TAK, podać	
6	Statystyki z treningu do analizy długoterminowej	TAK, podać	
7	Regulowane pedały w zakresie promienia ruchu (regulacja bez użycia narzędzi)	TAK, podać	
8	Regulacja wysokości (regulacja bez użycia narzędzi)	TAK, podać	
9	Stabilne ergonomiczne uchwyty	TAK, podać	
10	Automatyczna kontrola spastyczności	TAK, podać	
11	Wbudowane programy do walki ze spastycznością	TAK, podać	
12	Automatyczna zmiana kierunku ruchu (ustawiana indywidualnie)	TAK, podać	
13	Praktyczny uchwyt na butelkę	TAK, podać	
14	Licznik pracy rotora	TAK, podać	
15	Gumowane kółka transportowe;	TAK, podać	
16	Terapia kończyn górnych i dolnych	TAK, podać	

17	Wysokość regulowana od min 110-120 cm	TAK, podać	
18	Minimalny rozstaw nóg 12 cm	TAK, podać	
19	Maksymalny rozstaw nóg 25 cm	TAK, podać	
20	Zakres momentu siły dla nóg	min. 2-8 Nm	
21	Zakres momentu siły dla rąk	min. 2-5 Nm	
22	Zakres promienia ruchu pedałów regulowany	min. 55-130 mm	
23	Zakres obrotów: - pasywny 0-60 obr/min - Aktywny 0-90 obr/min	TAK	
24	Maksymalna waga użytkownika min. 130 kg	TAK	
25	Każda naprawa gwarancyjna trwająca dłużej niż 14 dni roboczych powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji	TAK	
26	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	

Aparat 3-kanalowy (2 x elektroterapia z pełną gamą prądów, 1x laseroterapia) (poz. 12)

L.P.	Opis	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1	Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2021, wyklucza się aparaty demo, rekondycjonowane itd.	TAK, podać	
2	Aparat do dwukanałowej elektroterapii, laseroterapii i ultradźwięków	TAK, podać	
3	kolorowy ekran graficzny (4,3") z panelem dotykowym	TAK, podać	
4	Nowoczesne wzornictwo aparatu i sond	TAK, podać	
5	Gotowe programy zabiegowe dla typowych schorzeń	TAK, podać	
6	Programy własne – wygodny panel zapisu przez terapeutę (klawiatura ekranowa)	TAK, podać	
7	Indywidualna regulacja wszystkich parametrów zabiegowych	TAK, podać	

8	Funkcja sterowania pracą wentylatora minimalizująca hałas i zużycie energii	TAK, podać	
9	Liczniki czasu i liczby wykonanych zabiegów	TAK, podać	
10	Możliwość stosowania jako aparat przenośny	TAK, podać	
11	Praca ciągła i impulsowa	TAK, podać	
12	Wodoszczelna głowica dwuczęstotliwościowa: 1MHz i 3,3MHz o powierzchni 5cm ²	TAK, podać	
13	Sygnalizacja świetlna i dźwiękowa sprzęgania głowicy ultradźwiękowej z pacjentem	TAK, podać	
14	Regulacja czułości kontaktu głowicy	TAK, podać	
15	Parametry sygnałów ultradźwiękowych moc ciągła: 2,5W/cm ² moc impulsowa w szczycie: 3W/cm ² częstotliwość ultradźwięków: 1MHz lub 3,3MHz częstotliwość impulsów: 10-150Hz wypełnienie impulsów płynnie: 5 – 100%, krok 5% skokowo: 6,25%; 12,5%; 25%; 50%	TAK, podać	
16	prądy interferencyjne: statyczne (klasyczne), dynamiczne, izoplanarne, wektorowe dipolowe, 2-przewodowe (premodulowane) oraz przerywane prądy diadynamiczne wg Bernarda typu DF, MF, RS, MM, CP, LP, CPiso, LPiso (z ustawianiem sekwencji) stymulacja porażień (prądy średniej częstotliwości, modulowane w kształcie trójkąta, prostokąta, trapezu i sinusoidy – każdy unipolarny i bipolarny) stymulacja porażień spastycznych w systemie dwukanałowym (tonoliza) stymulacja TENS, również tzw. modulacja drażniąca stymulacja TENS BURST (wybuchowy) stymulacja HV (wysokonapięciowa) stymulacja wg Kotz'a (rosyjska stymulacja) prąd Träbera (UR) (2-5) mikroprądy	TAK, podać	

	tryb CC lub CV prądy faradyczne i neofaradyczne elektroginastyka z szeroką regulacją jonoforeza galwanizacja		
17	Sonda punktowa o długości fali: 400 mW/810 nm	TAK, podać	
18	Wymiary: max. 335 x 270 x 125 mm	TAK, podać	
19	Waga: max 3.4 kg	TAK, podać	
20	Urządzenie certyfikowane, medyczne	TAK, podać	
21	Każda naprawa gwarancyjna trwająca dłużej niż 14 dni roboczych powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji	TAK	
22	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	

Rower pionowy (poz. 14)

L.P.	Opis	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1	Ergometr rowerowy	TAK, podać nazwę, model, producenta	
2	Elektromagnetyczny układ hamulcowy	TAK	
3	Moc 25-400 W	TAK, podać	
4	Koło zamachowe o wadze 10 kg	TAK, podać	
5	Długość ramion pedałów 17 cm	TAK, podać	
6	Komputer treningowy z kolorowym wyświetlaczem	TAK	
7	Parametry na ekranie: czas, dystans, moc Watt, Obroty na minutę, Kalorie, Tętno	TAK	
8	Wskazanie profili treningowych za pomocą TFT	TAK	
9	Naręczne czujniki tętna	TAK	
10	Pas piersiowy bluetooth do telemetrycznego pomiaru częstotliwości skurczu mięśnia sercowego	TAK	
11	Regulacja siodełka w zakresie nachylenia, pionu i poziomu	TAK	

12	Siodełko żelowe	TAK	
13	Kółka transportowe	TAK	
14	Maksymalna waga użytkownika 150 kg	TAK, podać	
15	Wymiary: max. 119 x 55 x 137 cm	TAK, podać	
16	Każda naprawa gwarancyjna trwająca dłużej niż 14 dni roboczych powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji	TAK	
17	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	

**Aplikator skanujący do laseroterapii typ PM-SK2 R+ IR 100/450 Mw
(poz. 15)**

L.P.	Opis	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1	Sprzęt fabrycznie nowy, wyprodukowany w roku minimum 2021: nazwa, typ, model, producent	TAK, podać nazwę, model, producenta	
2	Deklaracja zgodności UE/WE oferowanego sprzętu.	TAK	
3	Oznakowanie oferowanego sprzętu znakiem CE.	TAK, podać	
4	Zgłoszenie oferowanego urządzenia do rejestru wyrobów medycznych.	TAK, podać	
5	Sterownik: praca z różnymi sondami zabiegowymi: sondy punktowe, sondy powierzchniowe (prysznicowe), sondy skanujące	TAK, podać	
6	Uniwersalne gniazda umożliwiające dowolne podłączenie sond zabiegowych: min 3 szt.	TAK, podać	
7	Parametry wyświetlane w trakcie zabiegu: czas (malejąco), dawka (narastająco), moc sondy, numer procedury	TAK, podać	
8	Zabezpieczenie przed uruchomieniem przez osoby niepożądane: blokada elektroniczna (kod)	TAK, podać	
9	Licznik czasu pracy sond zabiegowych	TAK, podać	

10	Pomiar mocy sond punktowych: okienko pomiarowe	TAK, podać	
11	Pomiar mocy sond prysznicowych i skanujących: zewnętrzny miernik mocy	TAK, podać	
12	Tryb pracy sond: ciągły i impulsowy	TAK, podać	
13	Zakres częstotliwości: 1 – 10 000 Hz ($\pm 10\%$)	TAK, podać	
14	Regulacja mocy sond	TAK, podać	
15	Zaprogramowane procedury terapeutyczne: dla sond punktowych (podać ilość) dla sond skanujących (podać ilość)	TAK, podać	
16	Sekwencje zabiegowe: dla sond punktowych (podać ilość) Dla sond skanujących (podać ilość)	TAK, podać	
17	Wybieranie jednostek chorobowych: wg nazwy/wg numerów, klawisz szybkiego dostępu	TAK, podać	
18	Uchwyty parkujące dla sond punktowych min. 2 szt.	TAK, podać	
19	Wyświetlacz typu LED, podświetlany	TAK, podać	
20	Edycja ustawień użytkownika: zmiana kodu dostępu, i ustawień sygnału dźwiękowego	TAK, podać	
21	sondy punktowe: światło czerwone R: tryb pracy: ciągły i impulsowy, o mocy min. 660 nm / 80 Mw światło podczerwone IR: tryb pracy: ciągły i impulsowy, o mocy 808 nm / 400 mW	TAK, podać	
22	Sonda skanująca: źródła promieniowania laserowego niezależne, światło czerwone i podczerwone instalowane bezpośrednio w głowicy skanera. R 660 nm / 80 mW i IR 808 nm / 400 Mw, - tryb pracy R, IR oraz R+IR -kształt naświetlanej powierzchni koło, elipsa, kwadrat, prostokąt	TAK, podać	
23	- funkcja „pilot” dowolna regulacja pola zabiegowego	TAK, podać	
24	- funkcja „offset” dowolne przemieszczanie zaznaczonego pola zabiegowego	TAK, podać	

25	Statyw skanera mobilny, łatwy w manewrowaniu, wyposażony w koła jezdne, półkę na sterownik	TAK, podać	
26	Stabilne ramię statywu wspomagane mechanizmem sprężynowym, zabezpieczającym przed opadaniem	TAK, podać	
27	Regulacja głowicy skanującej pełna regulacja w trzech płaszczyznach specjalny uchwyt ułatwiający manipulowanie głowicą	TAK, podać	
28	Okulary ochronne dla terapeuty i pacjenta - 2 sztuki	TAK, podać	
29	Każda naprawa gwarancyjna trwająca dłużej niż 14 dni roboczych powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji	TAK	
30	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	

Kabina do ćwiczeń i zawiesz z drabinką UGULD + osprzęt wersja STANDARD (poz. 16)

L.P.	Opis	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1	Sprzęt fabrycznie nowy, wyprodukowany w roku minimum 2021: nazwa, typ, model, producent	TAK, podać nazwę, model, producenta	
2	Kabina UGUL z drabinką, wyposażeniem pełnym	TAK, podać	
3	Kabina do ćwiczeń w podwieszeniu, przeznaczona do ćwiczeń i zawiesz z drabinką	TAK, podać	
4	Wymiary: 2000 mm x 2000 mm x 2000 mm.	TAK, podać	
5	Rozstaw podpór: 1800 - 2100 mm.	TAK, podać	

1-kanalowy aparat do terapii ultradźwiękowej – bezobsługowy (poz. 17)

L.P.	Opis	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1	Urządzenie fabrycznie nowe, wyprodukowane w roku minimum 2021: nazwa, typ, model, producent	TAK, podać nazwę, model, producenta	

2	Urządzenie do terapii ultradźwiękowej z dwiema głowicami o częstotliwościach 1/3 MHz i średnicy 1 i 4 cm ²	TAK	
3	Deklaracja zgodności UE/WE oferowanego sprzętu. Oznakowanie oferowanego sprzętu znakiem CE.	TAK	
4	Zgłoszenie oferowanego urządzenia do rejestru wyrobów medycznych.	TAK	
5	Dwie głowice podłączone jednocześnie do aparatu	TAK	
6	Kolorowy ekran o przekątnej min. 10,4 cala i rozdzielczości 800x600 px	TAK	
7	Dwa oddzielne regulatory natężenia	TAK	
8	Biblioteka anatomiczna	TAK	
9	Przyciski bezpośredniego wyboru terapii	TAK	
10	Protokoły lecznicze: cele, wskazania, wykaz oznaczeń, wybór dla każdego obszaru ciała	TAK	
11	Zdjęcia 3D ułożenia głowicy	TAK	
12	Lista przeciwwskazań	TAK	
13	Możliwość tworzenia własnych protokołów	TAK	
14	Program fonoforezy	TAK	
15	W przypadku ekranu dotykowego - rysik	TAK	
16	Skala VAS	TAK	
17	Żel kontaktowy 500 ml	TAK	
18	Mikroprocesorowa konstrukcja elektroniczna aparatu z autotestem sprawności urządzenia	TAK	
19	Port USB umożliwiający wykonanie aktualizacji oprogramowania	TAK	
20	Każda naprawa gwarancyjna trwająca dłużej niż 14 dni roboczych powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji	TAK	
21	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	
22	Dostawa i montaż	TAK	

23	Dostarczenie przy odbiorze następujących dokumentów: -karta gwarancyjna stołu do rehabilitacji -paszporty techniczne - instrukcje obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej	TAK	
24	Przeglądy urządzenia w okresie gwarancji zgodnie z zaleceniami producenta (podać ile). Ostatni przegląd bezpośrednio przed zakończeniem okresu gwarancji.	TAK, podać	

Aparat do terapii falą uderzeniową (poz. 18)

L.P.	Opis	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1	Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2021, wyklucza się aparaty demo, rekondycjonowane itd.	TAK, podać	
2	Aparat do terapii falą uderzeniową	TAK, podać nazwę, model, producenta	
3	Częstotliwość pracy min. od 0,5 do 31 Hz,	TAK, podać	
4	Ciśnienie pracy min. od 0,3 do 4 barów z krokiem o 0,1 bara,	TAK, podać	
5	Maksymalna gęstość energii nie mniejsza niż 0,5 mJ/mm ² ,	TAK, podać	
6	Wyposażony w port USB umożliwiający wykonywanie aktualizacji oprogramowania oraz eksport danych,	TAK, podać	
7	Dotykowy wyświetlacz o przekątnej nie mniejszej niż 7,0 cali,	TAK, podać	
8	Lista wskazań terapeutycznych min.43 z opisem procedur leczenia, zdjęciami obszaru zabiegowego oraz sposobem aplikacji,	TAK, podać	
9	Kompresor powietrzny z automatycznym systemem opróżniania zbiornika na skropliny,	TAK, podać	
10	Główica pokryta gumą w części środkowej i tylnej zapobiegającą przenoszeniu wibracji,	TAK, podać	

11	Możliwość zamontowania do głowicy zabiegowej minimum 18 różnych aplikatorów,	TAK, podać	
12	Możliwość podłączenia głowicy do masażu wyposażonej w trzy rodzaje aplikatorów:	TAK, podać	
13	aplikator masujący 10 mm, 25 mm, 40 mm,	TAK, podać	
14	Aparat standardowo wyposażony w jedną głowicę i trzy aplikatory o średnicy 15mm standard, 15mm do głębokiej penetracji i wibracyjny 20mm,	TAK, podać	
15	W standardowym wyposażeniu 1 zestaw naprawczy (2 naboje i prowadnice),	TAK, podać	
16	Obudowa aparatu wykonana z metalu pomalowanego proszkowo,	TAK, podać	
17	Wymiary aparatu wys. x szer. x gł.: 18 x 42 x 38 cm,	TAK, podać	
18	Waga aparatu nie większa niż 12 kg.	TAK, podać	
19	Każda naprawa gwarancyjna trwająca dłużej niż 14 dni roboczych powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji	TAK	
20	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	

Aparat do dwukanałowej elektroterapii i laseroterapii (poz. 20)

L.P.	Opis	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1	Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2021, wyklucza się aparaty demo, rekondycjonowane itd.	TAK, podać	
2	Aparat do elektroterapii i laseroterapii	TAK, podać nazwę, model, producenta	
3	Czas pracy ciągłej 24h	TAK, podać	
4	Kolorowy ekran graficzny z panelem dotykowym	TAK, podać	

5	Możliwość jednoczesnego wykonywania zabiegów laseroterapii i elektroterapii	TAK, podać	
6	Możliwość jednoczesnego wykonywania dwóch zabiegów elektroterapii	TAK, podać	
7	Możliwość połączenia z urządzeniem do terapii podciśnieniowej	TAK, podać	
8	Dwa obwody zabiegowe do elektroterapii z niezależnym ustawianiem parametrów	TAK, podać	
9	Programy gotowe: min.100 pozycji do elektroterapii i 130 do laseroterapii	TAK, podać	
10	Możliwość zapisania przez obsługę własnych parametrów zabiegu	TAK, podać	
11	Wpisywanie własnych zabiegów przy pomocy klawiatury ekranowej	TAK, podać	
12	Licznik czasu i liczby zabiegów	TAK, podać	
13	Możliwość indywidualnej regulacji parametrów zabiegów	TAK, podać	
14	Dużych rozmiarów ekran ciekłokrystaliczny	TAK, podać	
15	Automatyczna kontrola poprawności pracy wentylatora	TAK, podać	
16	Funkcja sterowania pracą wentylatora minimalizująca hałas i zużycie energii	TAK, podać	
17	Możliwość wykonywania zabiegów prądami interferencyjnymi 2 i 4 elektrodowymi (dynamiczne, statyczne, przerywane, izoplanarne i wektor dipolowy)	TAK, podać	
18	Możliwość wykonywania zabiegów prądami diadynamicznymi typu MF, DF, CP, LP, CPiso, LPiso, RS, MM z możliwością ustawiania sekwencji	TAK, podać	
19	Możliwość wykonywania zabiegów prądami impulsowymi średniej częstotliwości o kształcie trójkąta, sinusoidy, trapezu i prostokąta	TAK, podać	
20	Możliwość wykonywania zabiegów dwukanałowej stymulacji porażen spastycznych (tonoliza)	TAK, podać	
21	Możliwość wykonywania zabiegów prądami TENS (standardowy, asymetryczny, przemienny, BURST) z opcją modulacji drażniącej	TAK, podać	

22	Możliwość wykonywania zabiegów prądem HVPS / HV (wysokonapięciowym)	TAK, podać	
23	Możliwość wykonywania zabiegów prądem Träberta (Ultra Reiz)	TAK, podać	
24	Możliwość wykonywania zabiegów prądem Kotza	TAK, podać	
25	Możliwość wykonywania zabiegów prądem faradycznym i neofaradycznym	TAK, podać	
26	Możliwość wykonywania zabiegów prądem galwanicznym	TAK, podać	
27	Możliwość wykonywania zabiegów mikroprądami	TAK, podać	
28	Możliwość wykonywania zabiegów w trybie stałego prądu lub stałego napięcia (CC/CV)	TAK, podać	
29	Możliwość wykonywania zabiegów elektrogimnastyki (modulacja falowa) – cyklicznie przerywane aplikowanie różnych prądów z regulacją czasu trwania impulsów i czasu przerwy oraz kształtu obwiedni	TAK, podać	
30	Funkcja łagodnego narastania i opadania natężenia prądu	TAK, podać	
31	Funkcja ochrony pacjenta przy zaniku zasilania	TAK, podać	
32	Funkcja testowania przewodności elektrod	TAK, podać	
33	Funkcja elektrodiagnostyki	TAK, podać	
34	Tryb pracy lasera ciągły lub impulsowy	TAK, podać	
35	Możliwość pracy sondami lasera o świetle czerwonym i podczerwonym	TAK, podać	
36	Możliwość pracy sondą impulsową o długości fali świetlnej ponad 900nm (moc impulsu min.50W)	TAK, podać	
37	Możliwość pracy sondą wielodiodową („prysznicową”) o dwóch długościach fali świetlnej	TAK, podać	
38	Automatyczne wzajemne przeliczanie zależnych parametrów zabiegowych laseroterapii	TAK, podać	
39	Funkcja pomiaru mocy sondy lasera	TAK, podać	
40	Funkcja ustawiania powtórzeń emisji dawki energii lasera	TAK, podać	
41	Regulacja mocy średniej lasera w całym zakresie co 1mW	TAK, podać	

42	Regulacja czasu zabiegu laseroterapii: zmiana co 1 s	TAK, podać	
43	Regulacja dawki lasera: zmiana co 0,1 J	TAK, podać	
44	W zestawie komplet akcesoriów do elektroterapii W tym: min. 2 kpl. kabli do elektrod min. 4 elektrody węglowe oraz sonda punktowa o mocy 40 mW / 660 nm., praca ciągła i impulsowa	TAK, podać	
45	Stolik pod aparat wykonany ze stali lakierowanej proszkowo Wyposażony w 4 kółka transportowe Wymiary max.: głębokość 430 mm, szerokość 540 mm, wysokość 890 mm Liczba półek: 2 Max. obciążenie (półka): min. 25 kg Wyrób medyczny	TAK, podać	
46	Każda naprawa gwarancyjna trwająca dłużej niż 14 dni roboczych powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji	TAK	
47	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	

Rotor do ćwiczeń kończyn górnych z dawkowanym oporem (poz. 22)

L.P.	Opis	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1	Rotor fabrycznie nowy, wyprodukowany w roku minimum 2021: nazwa, typ, model, producent	TAK, podać	
2	Urządzenie do rehabilitacji ruchem pasywnym lub aktywnym do kończyn górnych - rotor, fabrycznie nowy, wyprodukowany w roku 2021: nazwa, typ, model, producent, rok produkcji	TAK, podać nazwę, model, producenta	
3	Deklaracja zgodności UE/WE oferowanego sprzętu.	TAK	

	Oznakowanie oferowanego sprzętu znakiem CE.		
4	Zgłoszenie oferowanego urządzenia do rejestru wyrobów medycznych	TAK	
5	Zastosowanie w pozycji siedzącej na krześle lub wózku inwalidzkim	TAK	
6	Aparat dla dorosłych	TAK	
7	Kolorowy wyświetlacz funkcji	TAK	
8	Program do rehabilitacji ortopedycznej	TAK	
9	Program do rehabilitacji neurologicznej	TAK	
10	Program do rehabilitacji kardiologicznej	TAK	
11	Program ćwiczeń izokinetycznych	TAK	
12	Funkcja terapii przy braku jednej kończyny	TAK	
13	Funkcja dostosowania ilości obrotów	TAK	
14	Funkcja automatycznej zmiany kierunku	TAK	
15	Funkcja wykrywania aktywności pacjenta	TAK	
16	Bieżąca kontrola symetrii terapii "BIOFEEDBACK" (Słupki)	TAK	
17	Bieżąca kontrola symetrii terapii "BIOFEEDBACK" (Droga)	TAK	
18	"BIOFEEDBACK" pasywny dla pacjentów z paraplegią	TAK	
19	Bieżący pomiar ilości obrotów	TAK	
20	Bieżący pomiar zużytej energii	TAK	
21	Bieżący pomiar osiąganego dystansu	TAK	
22	Bieżący pomiar czasu ćwiczenia	TAK	
23	Ustawienie kierunku rotacji	TAK	
24	Ustawienie czułości wykrywania spastyki	TAK	
25	Wybór programu rozluźniania spastyki	TAK	
26	Ustawienie prędkości ruchu biernego	TAK	
27	Raportowanie wyników ćwiczenia	TAK	
28	Regulacja wysokości	TAK	
29	Regulacja położenia w poziomie	TAK	
30	Regulacja promienia obrotu	TAK	
31	Kółka transportowe	TAK	
32	Całkowicie obudowany mechanizm zamachowy	TAK	
33	Każda naprawa gwarancyjna trwająca dłużej niż 14 dni roboczych powoduje przedłużenie okresu	TAK	

	gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji		
34	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	
35	Dostarczenie przy odbiorze następujących dokumentów: -karta gwarancyjna stołu do rehabilitacji -paszporty techniczne - instrukcje obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej	TAK	

Stolik Trolmed SPA-2 (poz. 28)

L.P.	Opis	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1	Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2020, wyklucza się aparaty demo, rekondycjonowane itd.	TAK, podać	
2	Stolik pod aparaty do fizykoterapii wykonany z najwyższej klasy materiałów	TAK, podać	
3	Wykonany ze stali lakierowanej proszkowo	TAK, podać	
4	Wypożyczony w 4 kółka transportowe	TAK, podać	
5	Wymiary max.: głębokość 430 mm, szerokość 540 mm, wysokość 890 mm	TAK, podać	
6	Liczba półek: 2	TAK, podać	
7	Max. obciążenie (półka): 25 kg	TAK, podać	
8	Wyrób medyczny	TAK, podać	

Atlas do ćwiczeń pełny zestaw (poz. 48)

L.P.	Opis	Parametr wymagany	Parametr oferowany
1	Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2021, wyklucza się aparaty demo, rekondycjonowane itd.	TAK, podać	

2	Atlas do ćwiczeń umożliwiający przeprowadzenie wszechstronnego treningu różnych partii mięśniowych	TAK, podać	
3	siedzisko z regulacją wysokości i trzyczęściowym oparciem	TAK, podać	
4	Wymiary po rozłożeniu min. (dł.x szer.x wys.) 170x109x200 cm	TAK, podać	
5	Maksymalna waga użytkownika min. 130 kg	TAK, podać	
6	Obciążenie: min. 60 kg (12 x 5 kg)	TAK, podać	
7	Siedzisko: tapicerowane, z możliwość regulacji wysokości	TAK, podać	
9	Łożyszkowane rolki do wyciągów linowych	TAK, podać	
10	Liny stalowe w osłonie z tworzywa sztucznego	Tak, podać	
11	Ilość ćwiczeń: min. 21	Tak, podać	
12	Wypożyczenie: wyciąg górny, wyciąg dolny i motylek	TAK, podać	
13	Każda naprawa gwarancyjna trwająca dłużej niż 14 dni roboczych powoduje przedłużenie okresu gwarancji o liczbę dni wyłączenia sprzętu z eksploatacji	TAK	
14	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	

Po stronie wykonawcy jest dostawa i montaż wszystkich powyższych urządzeń i sprzętów wraz z pełną dokumentacją instrukcji obsługi i kart gwarancyjnych.

GMINA LEONCIN
05-155 Leoncin, ul. Partyzantów 3
tel./fax 22 785-65-82 (85), 22 785-66-00
NIP: 531-16-66-399, REGON: 013270471

WÓJT GMINY

Adam Mirosław Krawczak