**Załącznik nr 4 -1 do SWZ - Formularz cenowy/Przedmiot zamówienia**

Nazwa i adres Wykonawcy: ……………………………

**Część 1**

**Zestaw do magnetoterapii – 1 zestaw** (CPV 33154000-4 )

**Producent:…………………………………..**

**Typ/model:…………………………………………**

**Rok produkcji ………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w zł** | **Cena netto w zł** | **VAT %** | **Cena brutto w zł** |
| 1 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Zestaw do magnetoterapii | zestaw | 1 |  |  |  |  |
| **Razem**: | | | |  | X |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L. p.** | **Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia – parametry wymagane** | **Parametry  wymagane/ graniczne** | **Parametr punktowany potwierdzić/określić** |
| 1 | Skład zestawu: aparat do magnetoterapii, aplikator szpulowy o min. śr. 75 cm (+ 5 cm), aplikator szpulowy o śr. min. 35 cm (+5 cm), leżanka pola magnetycznego do aplikatora 75 cm (+5 cm), stolik pod aparaturę z funkcją UVC | Tak |  |
| 2 | Aparat do magnetoterapii  **- cechy użytkowe:** nie mniejszy niż 7” kolorowy wyświetlacz z panelem dotykowym, min. dwa niezależne kanały zabiegowe, tryb manualny, baza wbudowanych programów zabiegowych, baza programów użytkownika, statystyki przeprowadzanych zabiegów  **- magnetoterapia:** emisja ciągła i impulsowa, zabiegi w trybie dualnym, wizualny wskaźnik obecności pola w postaci oświetlacza, sensoryczny wskaźnik aktywności pola w postaci pasów magnetycznych, nastawy zakresu częstotliwości pola magnetycznego z dokładnością do 0,01 Hz za pomocą klawiatury ekranowej, nastawy wartości czasu zabiegu z dokładnością do 1 s za pomocą klawiatury ekranowej  -**parametry techniczne** - parametry magnetoterapii (częstotliwość pracy min. od 2 – do min. 100 Hz) | Tak |  |
| 3 | Aparat do magnetoterapii **- wbudowane program zabiegowe:** a) do aplikatora min. 75 cm (+ 5 cm) - nie mniej niż 45,  b) do aplikatora 35 cm (+ 5 cm) - nie mniej niż 25,  c) programy do ustawienia użytkownika - nie mniej niż 45 | Tak |  |
| 4 | Stolik pod aparaturę  **- cechy użytkowe:** wymiary stolika (SxGxW) ok. 60,0 x 50,0 x 90,0 cm (+/- 5 cm), dwie półki, regulacja półki wysokości półki dolnej, wyposażony w rozgałęźnik ułatwiający podłączenie ustawianych na nim urządzeń do zasilania, licznik czasu pracy promiennika UVC  **- parametry techniczne:** klasa bezpieczeństwa energetycznego – I, zasilanie - 230V,50/60Hz, Stopień ochrony zapewniany przez obudowę - IP20  tryb pracy - urządzenie do pracy ciągłej  promiennik UVC - żywotność nie mniej niż 8000 h | Tak |  |
| 5 | Leżanka pola magnetycznego  do współpracy z aplikatorem 75 cm (+ 5 cm), nośność leżanki nie mniej niż 130 kg, wymiary leżanki wraz z półką (dł. szer. wys.) nie mniej niż 210 cm x 50 cm x 115 cm, wysokość leża 60 cm (+/- 5 cm), półka do ustawiania aparatu - 36 cm x 37 cm (+/- 5 cm) | Tak |  |
| 6 | Aplikatory szpulowe współpracujące w zestawie z aparatem do magnetoterapii  aplikator 75 cm (+ 5 cm) zintegrowany z leżanką za pomocą systemu jezdnego, z wbudowanym oświetlaczem - wizualny wskaźnik aktywności pola magnetycznego,  aplikator szpulowy 35 cm (+ 5 cm) z wbudowanym oświetlaczem - wizualny wskaźnik aktywności pola magnetycznego. | Tak |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | |
| 7 | Wbudowane programy zabiegowe:do aplikatora min. 75 cm (+ 5 cm) - więcej niż 45 | Tak – 20 pkt. Nie – 0 pkt. |  |
| 8 | Wbudowane program zabiegowe: do aplikatora 35 cm (+ 5 cm) – więcej niż 25 | Tak – 20 pkt. Nie – 0 pkt. |  |

UWAGA:

1. Niespełnienie parametrów wymaganych/granicznych spowoduje odrzucenie oferty.
2. W tabelach należy wypełnić tylko puste białe pola.

**Załącznik nr 4- 2 do SWZ - Formularz cenowy/Przedmiot zamówienia**

Nazwa i adres Wykonawcy: ……………………………

**Część 2**

**Trenażer oddechowy – 1 sztuka** (CPV 33157400-9)

**Producent:…………………………………..**

**Typ/model:…………………………………………**

**Rok produkcji ………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w zł** | **Cena netto w zł** | **VAT %** | **Cena brutto w zł** |
| 1 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Trenażer oddechowy | Szt. | 1 |  |  |  |  |
| Razem: | | | |  | X |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L. p.** | **Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia** | **Parametry wymagane** | **Parametr punktowany potwierdzić/określić** |
| 1 | **Auto-optimizer IMT - funkcja dzięki której opór automatycznie dostosowuje się do siły wdechu** | Tak |  |
| 2. | **Parametry treningu - obciążenie (cm H2O), moc (W), objętość (l), przepływ, energia** | Tak |  |
| 3. | **Historia treningów nie mniej niż 25 sesji** | Tak |  |
| 4. | **Pomiar ilości oddechów** | Tak |  |
| 5. | **Wyświetlacz LCD** | Tak |  |
| 6. | Wymienna głowica zaworu | Tak |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | |
| 7 | Historia treningów więcej niż 25 sesji | Tak – 40 pkt. Nie – 0 pkt. |  |

UWAGA:

1. Niespełnienie parametrów wymaganych/granicznych spowoduje odrzucenie oferty.
2. W tabelach należy wypełnić tylko puste białe pola.

**Załącznik nr 4 - 3 do SWZ - Formularz cenowy/Przedmiot zamówienia**

Nazwa i adres Wykonawcy: ……………………………

**Część 3**

**Trenażer oddechowy wdechowo wydechowy, aparat do treningu płuc – 4 sztuki**  (CPV 33157400-9)

**Producent:…………………………………..**

**Typ/model:…………………………………………**

**Rok produkcji ………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w zł** | **Cena netto w zł** | **VAT %** | **Cena brutto w zł** |
| 1 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Trenażer oddechowy wdechowo wydechowy, aparat do treningu płuc | Szt. | 4 |  |  |  |  |
| Razem: | | | |  | X |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L. p.** | **Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia** | **Parametry wymagane** | **Parametr punktowany potwierdzić/określić** |
| 1. | **Aparat składający się z** trzech stopniujących cylindrów wskazujących szybkość przepływu powietrza (600, 900, 1200 ml/s) | Tak |  |
| 2. | **Praca w dwóch niezależnych trybach: wdechu i/lub wydechu z możliwością ustawienia oporności przez regulację zaworów dla obu trybów** | Tak |  |
| 3. | Dodatkowe wymienne ustniki (min. 50 sztuk) | Tak |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | |
| 4. | Dodatkowe wymienne ustniki (więcej niż 50 sztuk) | Tak – 40 pkt. Nie – 0 pkt. |  |

UWAGA:

1. Niespełnienie parametrów wymaganych/granicznych spowoduje odrzucenie oferty.
2. W tabelach należy wypełnić tylko puste białe pola.

**Załącznik nr 4- 4 do SWZ - Formularz cenowy/Przedmiot zamówienia**

Nazwa i adres Wykonawcy: ……………………………

**Część 4**

**Uniwersalny Gabinet Usprawniania Leczniczego (UGUL) – 1 sztuka** (CPV 33150000-6)

**Producent:…………………………………..**

**Typ/model:…………………………………………**

**Rok produkcji ………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w zł** | **Cena netto w zł** | **VAT %** | **Cena brutto w zł** |
| 1 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Uniwersalny Gabinet Usprawniania Leczniczego | Szt. | 1 |  |  |  |  |
| Razem: | | | |  | X |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L. p.** | **Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia** | **Parametry wymagane** | **Parametr punktowany potwierdzić/określić** |
| 1 | Kabina podwójna do ćwiczeń i zawieszeń zbudowana z prostokątnych ram, wypełnionych prętami tworzącymi siatkę o prostokątnych oczkach  Wymiary: szer. 400 cm (+/- 5 cm), wys. 200 cm (+/- 5 cm), gł. 200 cm (+/- 5 cm), szerokość podzielona na dwa pola | Tak |  |
| 2. | Osprzęt UGUL – wersja maksimum, pełna na podwójną kabinę (zgodnie z załącznikiem nr 5 do SWZ) – 133 elementy | Tak |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | |
| 3. | Osprzęt UGUL - wersja ponad maksimum (zgodnie z załącznikiem nr 5 do SWZ) – więcej niż 133 elementy | Tak – 40 pkt. Nie – 0 pkt. |  |

UWAGA:

1. Niespełnienie parametrów wymaganych/granicznych spowoduje odrzucenie oferty.
2. W tabelach należy wypełnić tylko puste białe pola.

**Załącznik nr 4- 5 do SWZ - Formularz cenowy/Przedmiot zamówienia**

Nazwa i adres Wykonawcy: ……………………………

**Część 5**

**Łóżko rehabilitacyjne z materacem – 8 sztuk** (CPV 33192100-3)

**Producent:…………………………………..**

**Typ/model:…………………………………………**

**Rok produkcji ………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w zł** | **Cena netto w zł** | **VAT %** | **Cena brutto w zł** |
| 1 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Łóżko rehabilitacyjne z materacem | Szt. | 8 |  |  |  |  |
| Razem: | | | |  | X |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia** | **Parametry wymagane** | **Parametr punktowany potwierdzić/określić** |
| 1 | Wymiary: dł. 207 cm (+/- 5 cm), szer. 107 cm (+/- 5 cm), leże metalowe 90-100cm (+/- 5 cm), barierki drewniane opuszczane poniżej ramy leża ułatwiają wstawanie i siadanie pacjenta, kolor łóżka drewna bukowego/brązowego (szczyty, barierki), wysięgnik ułatwiający podnoszenie się osoby lezącej na łóżku. | Tak |  |
| 2 | Regulacja wysokości leża od podłogi (bez materaca), płynna – od 20 - 40 cm do 70-80 cm. | Tak |  |
| 3 | Zakres regulacji zagłówka – płynny, od 0o  do min. 65o . | Tak |  |
| 4 | Maksymalny kąt dla części udowej podnóżka (regulacja płynna): min. 30o . | Tak |  |
| 5 | Maksymalny kąt dla części podudziowej podnóżka (regulacja płynna): min -16o . | Tak |  |
| 6 | Koła jezdne podwójne, blokowane, 4 szt. | Tak |  |
| 7 | Dopuszczalne obciążenie min – 140 kg | Tak |  |
| 8 | Zasilanie elementów elektrycznych z gniazda 230 V, poprzez wbudowany w łóżku transformator 24 V | Tak |  |
| 9 | Sterowanie funkcjami łóżka za pomocą sterownika (pilota) przewodowego | Tak |  |
| 10 | Materac na łóżko, typu gofer, w pokrowcu paroprzepuszczalnym, wymiary materaca odpowiadające wymiarom łóżka, pianka poliuretanowa T35, zdejmowalny pokrowiec. | Tak |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | |
| 11. | Minimalny ciężar osoby leżącej – powyżej 140 kg | Tak – 40 pkt. Nie – 0 pkt. |  |

UWAGA:

1. Niespełnienie parametrów wymaganych/granicznych spowoduje odrzucenie oferty.
2. W tabelach należy wypełnić tylko puste białe pola.

**Załącznik nr 4- 6 do SWZ - Formularz cenowy/Przedmiot zamówienia**

Nazwa i adres Wykonawcy: ……………………………

**Część 6**

**Stół rehabilitacyjny elektryczny 2 – sekcyjny /2-cz. z regulowanym zagłówkiem – 3 sztuki** (CPV 33150000-6)

**Producent: …………………………………..**

**Typ/model: …………………………………………**

**Rok produkcji: ………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w zł** | **Cena netto w zł** | **VAT %** | **Cena brutto w zł** |
| 1 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Stół rehabilitacyjny elektryczny 2 – sekcyjny /2-cz. z regulowanym | Szt. | 3 |  |  |  |  |
| Razem: | | | |  | X |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L. p.** | **Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia** | **Parametry wymagane** | **Parametr punktowany  potwierdzić/określić** |
| 1 | Wymiary: dł. 200 cm (+/- 5 cm), szer. 75 cm (+/- 5 cm), wysokość regulowana elektrycznie za pomocą pilota: od 48 cm do 100 cm (+/- 5 cm), wymiary zagłówka: 44 x 75 cm (+/- 5 cm), regulacja kąta zagłówka: -70° do 40°(+/- 10°) | Tak |  |
| 2 | Obciążenie nie miej niż 150 kg | Tak |  |
| 3 | Tapicerka medyczna gładka, zmywalna, odporna na zabrudzenia i wytrzymała, kolor zielony | Tak |  |
| 4 | Uchwyty na pasy stabilizacyjne | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | |
| 5 | Obciążenie powyżej 150 kg | Tak – 40 pkt. Nie – 0 pkt. |  |

UWAGA:

1. Niespełnienie parametrów wymaganych/granicznych spowoduje odrzucenie oferty.
2. W tabelach należy wypełnić tylko puste białe pola.

**Załącznik nr 4 - 7 do SWZ - Formularz cenowy/Przedmiot zamówienia**

Nazwa i adres Wykonawcy: ……………………………

**Część 7**

**Tablica manualna z oporem – 1 sztuka** (CPV 33158400-6)

**Producent: …………………………………..**

**Typ/model: …………………………………………**

**Rok produkcji: ………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w zł** | **Cena netto w zł** | **VAT %** | **Cena brutto w zł** |
| 1 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Tablica manualna z oporem | Szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Razem**: | | | |  | X |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L. p.** | **Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia** | **Parametry wymagane** | **Parametr punktowany potwierdzić/określić** |
| 1. | W skład zestawu wchodzą następujące urządzenia o określonym przeznaczeniu: min. 1 x kółko z rączką, min. 1x rączka, min. 1 x łapka, min. 1x sprężyna, min. 1 x kołek poziomy, min. 4 obciążniki miękkie ze skóry 25 dkg (+/- 5 dkg) mocowane do linek za pomocą esików | Tak |  |
| 2. | Tablica na stojaku z blatem o wymiarach 72x52 cm (+/- 5 cm), wysokość regulowana w zakresie: 55-85 cm (+/- 5 cm) | Tak |  |
| 3. | Konstrukcja wykonana z drewna i stali | Tak |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | |
| 4. | Więcej niż 4 obciążniki miękkie ze skóry 25 dkg (+/- 5 dkg) mocowane do linek za pomocą esików | Tak – 40 pkt. Nie – 0 pkt. |  |

UWAGA:

1. Niespełnienie parametrów wymaganych/granicznych spowoduje odrzucenie oferty.
2. W tabelach należy wypełnić tylko puste białe pola.

**Załącznik nr 4 - 8 do SWZ - Formularz cenowy/Przedmiot zamówienia**

Nazwa i adres Wykonawcy: ……………………………

**Część 8**

**Tablica do ćwiczeń manualnych dłoni bez oporu – 1 sztuka** (CPV 33158400-6)

**Producent: …………………………………..**

**Typ/model: …………………………………………**

**Rok produkcji: ………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w zł** | **Cena netto w zł** | **VAT %** | **Cena brutto w zł** |
| 1 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Tablica do ćwiczeń manualnych dłoni bez oporu | Szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Razem**: | | | |  | X |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L. p.** | **Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia** | **Parametry wymagane** | **Parametr punktowany potwierdzić/określić** |
| 1. | W skład zestawu wchodzą następujące urządzenia o określonym przeznaczeniu: min. 1 x kółko z rączką, min. 1 x rączka, min. 1 x łapka, min. 1 x sprężyna, min. 1 x kołek poziomy | Tak |  |
| 2. | Tablica na stojaku z blatem o wymiarach około 72x52 cm (+/- 5 cm), wysokość regulowana w zakresie: 55-85 cm (+/- 5 cm) | Tak |  |
| 3. | Konstrukcja wykonana z drewna i stali | Tak |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | |
| 4. | Stopki z olejoodpornej gumy pozwalają eliminować wpływy nierówności podłogi | Tak – 40 pkt. Nie – 0 pkt. |  |

UWAGA:

1. Niespełnienie parametrów wymaganych/granicznych spowoduje odrzucenie oferty.
2. W tabelach należy wypełnić tylko puste białe pola.

**Załącznik nr 4- 9 do SWZ - Formularz cenowy/Przedmiot zamówienia**

Nazwa i adres Wykonawcy: ……………………………

**Część 9**

**Lampa do naświetleń światłem podczerwonym typu SOLLUX – 1 sztuka** (CPV 31516000-6)

**Producent: …………………………………..**

**Typ/model: …………………………………………**

**Rok produkcji: ………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w zł** | **Cena netto w zł** | **VAT %** | **Cena brutto w zł** |
| 1 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Lampa do naświetleń światłem podczerwonym typu SOLLUX | Szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Razem**: | | | |  | X |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L. p.** | **Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia** | **Parametry wymagane** | **Parametr punktowany potwierdzić/określić** |
| 1. | Lampa SOLLUX do naświetleń promieniami podczerwonymi w zakresie IR-A oraz IR-B | Tak |  |
| 2. | Lampa mocowana na stojaku z kółkami wyposażonymi w hamulec | Tak |  |
| 3. | Regulowana wysokość od 120 cm do 190 cm (+/- 5 cm) oraz podstawa stołowa do lampy z regulowanym kątem nachylenia | Tak |  |
| 4. | Wyposażenie w zegar zabiegowy czas od 1 min do 30 min | Tak |  |
| 5. | Regulowana intensywność świecenia promiennika | Tak |  |
| 6. | Wyświetlanie jasności i czasu | Tak |  |
| 7. | Wymuszone chłodzenie tubusa | Tak |  |
| 8. | Okulary ochronne dla pacjenta i terapeuty. | Tak |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | |
| 9. | Możliwość zastosowania niebieskiego filtru barwnego | Tak – 40 pkt. Nie – 0 pkt. |  |

UWAGA:

1. Niespełnienie parametrów wymaganych/granicznych spowoduje odrzucenie oferty.
2. W tabelach należy wypełnić tylko puste białe pola.

**Załącznik nr 4 - 10 do SWZ - Formularz cenowy/Przedmiot zamówienia**

Nazwa i adres Wykonawcy: ……………………………

**Część 10**

**Rotor rehabilitacyjny elektryczny kończyn górnych i dolnych – 1 sztuka** (CPV 33100000-1, 33154000-4, 33158400-6)

**Producent: …………………………………..**

**Typ/model: …………………………………………**

**Rok produkcji: ………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w zł** | **Cena netto w zł** | **VAT %** | **Cena brutto w zł** |
| 1 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Rotor rehabilitacyjny elektryczny kończyn górnych i dolnych | Szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Razem**: | | | |  | X |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L. p.** | **Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia** | **Parametry wymagane** | **Parametr punktowany potwierdzić/określić** |
| 1. | **Rotor 2 funkcyjny do pasywnej i aktywnej rehabilitacji** | Tak |  |
| 2. | **Wyświetlacz LCD wskazujący czas terapii, tempo ćwiczeń, liczbę wykonanych obrotów oraz pokonany dystans i liczbę spalonych kalorii** | Tak |  |
| 3. | **Regulowana prędkość obrotów rotora w terapii pasywnej** | Tak |  |
| 4. | **Regulacja siły oporu magnetycznego w terapii aktywnej** | Tak |  |
| 5. | **Podstawa wyposażona w stopki antypoślizgowe** | Tak |  |
| 6. | **Komplet uchwytów na stopy i dłonie** | Tak |  |
| 7. | **Mata antypoślizgowa** | Tak |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | |
| 9. | Wbudowany wyłącznik czasowy terapii | Tak – 40 pkt. Nie – 0 pkt. |  |

UWAGA:

1. Niespełnienie parametrów wymaganych/granicznych spowoduje odrzucenie oferty.
2. W tabelach należy wypełnić tylko puste białe pola.

**Załącznik nr 4- 11 do SWZ - Formularz cenowy/Przedmiot zamówienia**

Nazwa i adres Wykonawcy: ……………………………

**Część 11**

**Mata masująca – 1 sztuka** (CPV 33158400-6, 33155000-1)

**Producent: …………………………………..**

**Typ/model: …………………………………………**

**Rok produkcji: ………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w zł** | **Cena netto w zł** | **VAT %** | **Cena brutto w zł** |
| 1 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Mata masująca | Szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Razem**: | | | |  | X |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia** | **Parametry wymagane** | **Parametr punktowany potwierdzić/określić** |
| 1. | Min. 3 tryby masażu: masaż powietrzny,  wibracyjny i rolujący | Tak |  |
| 2. | Zasilanie sieciowe | Tak |  |
| 3. | Min. trzy stopnie szybkości | Tak |  |
| 4. | Możliwość masażu 5 obszarów ciała: szyi, karku, pleców, talii i pośladków | Tak |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | |
| 5. | Więcej niż 3 tryby masażu: masaż powietrzny, wibracyjny i rolujący | Tak – 20 pkt. Nie – 0 pkt. |  |
| 6. | Więcej niż trzy stopnie szybkości | Tak – 20 pkt. Nie – 0 pkt. |  |

UWAGA:

1. Niespełnienie parametrów wymaganych/granicznych spowoduje odrzucenie oferty.
2. W tabelach należy wypełnić tylko puste białe pola.

**Załącznik nr 4- 12 do SWZ - Formularz cenowy/Przedmiot zamówienia**

Nazwa i adres Wykonawcy: ……………………………

**Część 12**

**Koncentrator tlenu – 1 sztuka** (CPV 33100000-1, 33157800-3)

**Producent: …………………………………..**

**Typ/model: …………………………………………**

**Rok produkcji: ………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w zł** | **Cena netto w zł** | **VAT %** | **Cena brutto w zł** |
| 1 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Koncentrator tlenu | Szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Razem**: | | | |  | X |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia** | **Parametry wymagane** | **Parametr punktowany potwierdzić/określić** |
| 2. | Min. max. przepływ 10 l/min | Tak |  |
| 3. | Stężenie tlenu do 96% przy 0.5 l – 10 l/min | Tak |  |
| 4. | Masa 18-25 kg | Tak |  |
| 5. | Pobór mocy 660-750W | Tak |  |
| 6. | Min. 24 godziny ciągłej pracy | Tak |  |
| 7. | Gwarancja min. 10.000 godzin pracy urządzenia | Tak |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | |
| 8. | Wskaźnik czystości tlenu | Tak – 20 pkt. Nie – 0 pkt. |  |
| 9. | Alarm o niskim stężeniu tlenu | Tak – 20 pkt. Nie – 0 pkt. |  |

UWAGA:

1. Niespełnienie parametrów wymaganych/granicznych spowoduje odrzucenie oferty.
2. W tabelach należy wypełnić tylko puste białe pola.

**Załącznik nr 4- 13 do SWZ - Formularz cenowy/Przedmiot zamówienia**

Nazwa i adres Wykonawcy: ……………………………

**Część 13**

**Ambu resuscytator – 1 sztuka** (CPV 33100000-1, 33171200-1, 33170000-2)

**Producent: …………………………………..**

**Typ/model: …………………………………………**

**Rok produkcji: ………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w zł** | **Cena netto w zł** | **VAT %** | **Cena brutto w zł** |
| 1 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Ambu resuscytator | Szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Razem**: | | | |  | X |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia** | **Parametry wymagane** | **Parametr punktowany potwierdzić/określić** |
| 1. | Pojemność worka wentylowanego 1500 – 1700 ml | Tak |  |
| 2. | Możliwość sterylizacji w autoklawach od 134°C | Tak |  |
| 3. | Nie zawiera lateksu, wykonany z wysokiej jakości silikonu | Tak |  |
| 4. | Maska silikonowa obracana o 360° | Tak |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | |
| 5. | Dołączony rezerwuar tlenowy zwiększający stężenie tlenu prawie do 100% | Tak – 40 pkt. Nie – 0 pkt. |  |

UWAGA:

1. Niespełnienie parametrów wymaganych/granicznych spowoduje odrzucenie oferty.
2. W tabelach należy wypełnić tylko puste białe pola.

**Załącznik nr 4- 14 do SWZ - Formularz cenowy/Przedmiot zamówienia**

Nazwa i adres Wykonawcy: ……………………………

**Część 14**

**Defibrylator – 1 sztuka** (CPV 33100000-1, 33182100-0)

**Producent: …………………………………..**

**Typ/model: …………………………………………**

**Rok produkcji: ………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w zł** | **Cena netto w zł** | **VAT %** | **Cena brutto w zł** |
| 1 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Defibrylator | Szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Razem**: | | | |  | X |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia** | **Parametry wymagane** | **Parametr punktowany potwierdzić/określić** |
| 1. | Rodzaj impulsu: dwufazowy | Tak |  |
| 2. | Bateria: 4 lata żywotności | Tak |  |
| 3. | Możliwość monitorowania EKG | Tak |  |
| 4. | Waga urządzenia 1-2,5 kg  bez akcesoriów | Tak |  |
| 6. | Ekran graficzny o rozdzielczości min. 320x240 pikseli pokazujący krzywą EKG, szybkość arytmii serca, detekcję VF/VT, wygenerowane defibrylacje i instrukcje BLS | Tak |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | |
| 7. | Dodatkowa funkcja ochrony osoby udzielającej pierwszej pomocy | Tak – 20 pkt. Nie – 0 pkt. |  |
| 8. | Czas ładowania 150 J – poniżej 8 sekund | Tak – 20 pkt. Nie – 0 pkt. |  |

UWAGA:

1. Niespełnienie parametrów wymaganych/granicznych spowoduje odrzucenie oferty.
2. W tabelach należy wypełnić tylko puste białe pola.

**Załącznik nr 4- 15 do SWZ - Formularz cenowy/Przedmiot zamówienia**

Nazwa i adres Wykonawcy: ……………………………

**Część 15**

**Ssak elektryczny – 1 sztuka** (CPV 33100000-1, 33171000-9)

**Producent: …………………………………..**

**Typ/model: …………………………………………**

**Rok produkcji: ………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w zł** | **Cena netto w zł** | **VAT %** | **Cena brutto w zł** |
| 1 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Ssak elektryczny | Szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Razem**: | | | |  | X |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia** | **Parametry wymagane** | **Parametr punktowany potwierdzić/określić** |
| 1. | Waga 2-3 kg | Tak |  |
| 2. | Optymalny system higieny – podczas sterylizacji dezynfekcji muszą zostać poddane tylko zewnętrzne elementy ssaka | Tak |  |
| 3. | Zasilanie akumulatorowe i sieciowe | Tak |  |
| 4. | Min. maksymalny przepływ  30 l/min | Tak |  |
| 5. | Regulacja siły ssania w trzech poziomach 18 kPa, 36 kPa, 80 kPa (+/- 5 kPa na każdym poziomie) | Tak |  |
| 8. | Pojemność pojemnika min. 500 ml | Tak |  |
| 9. | Czas trwania ładowania akumulatora maksymalnie  5 godzin | Tak |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | |
| 10. | Akumulator zapewniający min. 50 minut ciągłego ssania | Tak – 20 pkt. Nie – 0 pkt. |  |
| 11. | Maksymalne zassanie min. 15l/min. | Tak – 20 pkt. Nie – 0 pkt. |  |

UWAGA:

1. Niespełnienie parametrów wymaganych/granicznych spowoduje odrzucenie oferty.
2. W tabelach należy wypełnić tylko puste białe pola.

**Załącznik nr 4- 16 do SWZ - Formularz cenowy/Przedmiot zamówienia**

Nazwa i adres Wykonawcy: ……………………………

**Część 16**

**Asystor kaszlu – 1 sztuka** (CPV 33100000-1)

**Producent: …………………………………..**

**Typ/model: …………………………………………**

**Rok produkcji: ………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w zł** | **Cena netto w zł** | **VAT %** | **Cena brutto w zł** |
| 1 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Asystor kaszlu | Szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Razem**: | | | |  | X |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia** | **Parametry wymagane** | **Parametr punktowany potwierdzić/określić** |
| 1. | Ciśnienie wdechowe  od 0 do 70 cmH2O | Tak |  |
| 2. | Ciśnienie wydechowe  od 0 do - 70 cmH2O | Tak |  |
| 3. | Regulowany czas terapii od 0 do min. 30 minut | Tak |  |
| 4. | Waga urządzenia 2,9 kg (+/- 0,5 kg) | Tak |  |
| 5. | Tryby pracy: manual/auto/synchronizowany | Tak |  |
| 6. | Szybkość narastania ciśnienia – min. 4 poziomy | Tak |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | |
| 7. | Możliwość zastosowania u osób z osłabionym odruchem kaszlu oraz jego całkowitym brakiem | Tak – 40 pkt. Nie – 0 pkt. |  |

UWAGA:

1. Niespełnienie parametrów wymaganych/granicznych spowoduje odrzucenie oferty.
2. W tabelach należy wypełnić tylko puste białe pola.

**Załącznik nr 4- 17 do SWZ - Formularz cenowy/Przedmiot zamówienia**

Nazwa i adres Wykonawcy: ……………………………

**Część 17**

**Bieżnia rehabilitacyjna z poręczami – 1 sztuka** (CPV 37441100-2, 33196200-2)

**Producent: …………………………………..**

**Typ/model: …………………………………………**

**Rok produkcji: ………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w zł** | **Cena netto w zł** | **VAT %** | **Cena brutto w zł** |
| 1 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Bieżnia rehabilitacyjna z poręczami | Szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Razem**: | | | |  | X |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia** | **Parametry wymagane** | **Parametr punktowany potwierdzić/określić** |
| 1. | Poręcze boczne na całej długości pasa | Tak |  |
| 2. | Waga użytkownika min. 150 kg | Tak |  |
| 4. | Min. 12 gotowych programów z profilami treningowymi | Tak |  |
| 5. | Możliwość dopięcia uprzęży zapewniającej dodatkowe wsparcie | Tak |  |
| 6. | Min. 7’’ czytelny wyświetlacz LCD | Tak |  |
| 7. | Szeroki i długi pas biegowy 155x55 | Tak |  |
| 8. | Wysokość powierzchni do biegania od podłoża 20 cm (+/- 5 cm) | Tak |  |
| 9. | Czujnik tętna | Tak |  |
| 10. | Hamulec bezpieczeństwa | Tak |  |
| 11. | Możliwość zmiany prędkości i kąta nachylenia | Tak |  |
| 12. | Prędkość bieżni rozpoczynająca się od max. 0,5 km/h umożliwiająca chodzenie | Tak |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | |
| 13. | Program automatycznie dostosowujący opór, w celu utrzymania tętna użytkownika w optymalnej strefie (Program HRC) | Tak – 40 pkt. Nie – 0 pkt. |  |

UWAGA:

1. Niespełnienie parametrów wymaganych/granicznych spowoduje odrzucenie oferty.
2. W tabelach należy wypełnić tylko puste białe pola.

**Załącznik nr 4- 18 do SWZ - Formularz cenowy/Przedmiot zamówienia**

Nazwa i adres Wykonawcy: ……………………………

**Część 18**

**Zestaw przeciwwstrząsowy – 1 sztuka** (CPV 33141623-3)

**Producent: …………………………………..**

**Typ/model: …………………………………………**

**Rok produkcji: ………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w zł** | **Cena netto w zł** | **VAT %** | **Cena brutto w zł** |
| 1 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Zestaw przeciwwstrząsowy | Szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Razem**: | | | |  | X |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia** | **Parametry wymagane** | **Parametr punktowany potwierdzić/określić** |
| 1. | Gaziki alkoholowe do dezynfekcji – min.10 szt. | Tak |  |
| 2. | Maseczka do sztucznego oddychania z filtrem min. 1 szt. | Tak |  |
| 3. | Strzykawka do iniekcji 20 ml – min. 2 szt. | Tak |  |
| 4. | Strzykawka do iniekcji 10 ml – min. 2 szt. | Tak |  |
| 5. | Igła do iniekcji w czterech rozmiarach – min. 8 szt. | Tak |  |
| 6. | Kompresy niejałowe, 5 x 5 cm – min. 100 szt. | Tak |  |
| 7. | Aparat do przetaczania płynów – min. 2 szt. | Tak |  |
| 8. | Kaniula dożylna w trzech rozmiarach – min. 6 szt. | Tak |  |
| 9. | Opatrunek do mocowania kaniul – min. 10 szt. | Tak |  |
| 10. | Staza uciskowa jednorazowa – min. 1 szt. | Tak |  |
| 11. | Kompres z gazy jałowy 5 x 5 cm – min. 3 szt. | Tak |  |
| 12. | Plaster tkaninowy z opatrunkiem 6 cm x 1 m – min. 1 szt. | Tak |  |
| 13. | Przylepiec tkaninowy 5 cm x 5 m – min. 1 szt. | Tak |  |
| 14. | Koc ratowniczy (folia NRC) – min. 2 szt. | Tak |  |
| 15. | Opaska dziana 10 cm x 4 m – min. 1 szt. | Tak |  |
| 16. | Opaska dziana 15 cm x 4 m – min. 1 szt. | Tak |  |
| 17. | Nożyczki ratownicze ze stopką – min. 1 szt. | Tak |  |
| 18. | Rękawiczki ochronne, nitrylowe – min. 10 szt. | Tak |  |
| 19. | Pojemnik czerwony na odpady medyczne – min. 1 szt. | Tak |  |
| 20. | Ciśnieniomierz manualny ze stetoskopem – min. 1 szt. | Tak |  |
| 21. | Torba na zestaw przeciwwstrząsowy z ampularium na leki– min. 1 szt. | Tak |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | |
| 22. | Maseczka do sztucznego oddychania z filtrem więcej niż 1 szt. | Tak – 20 pkt. Nie – 0 pkt. |  |
| 23. | Kaniula dożylna w trzech rozmiarach – więcej niż 6 szt. | Tak – 20 pkt. Nie – 0 pkt. |  |

UWAGA:

1. Niespełnienie parametrów wymaganych/granicznych spowoduje odrzucenie oferty.
2. W tabelach należy wypełnić tylko puste białe pola.

**Załącznik nr 4- 19 do SWZ - Formularz cenowy/Przedmiot zamówienia**

Nazwa i adres Wykonawcy: ……………………………

**Część 19**

**Wanna z podnośnikiem do hydromasażu – 1 sztuka** (CPV 44411200-6, 33196200-2)

**Producent: …………………………………..**

**Typ/model: …………………………………………**

**Rok produkcji: ………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w zł** | **Cena netto w zł** | **VAT %** | **Cena brutto w zł** |
| 1 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Wanna z podnośnikiem do hydromasażu | Szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Razem**: | | | |  | X |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia** | **Parametry wymagane** | **Parametr punktowany potwierdzić/określić** |
| 1. | Wymiary 180x80 cm (+/- 5 cm) | Tak |  |
| 2. | Możliwość zażywania kąpieli w pozycji siedzącej i leżącej | Tak |  |
| 3. | Hydromasaż | Tak |  |
| 4. | Obrotowe siedzisko z elektrycznym wejściem | Tak |  |
| 5. | Podnośnik z regulacją wysokości | Tak |  |
| 6. | Pas bezpieczeństwa | Tak |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | |
| 7. | System mieszania wody TMV o kontrolowanej temperaturze | Tak – 40 pkt. Nie – 0 pkt. |  |

UWAGA:

1. Niespełnienie parametrów wymaganych/granicznych spowoduje odrzucenie oferty.
2. W tabelach należy wypełnić tylko puste białe pola.

**Załącznik nr 4- 20 do SWZ - Formularz cenowy/Przedmiot zamówienia**

Nazwa i adres Wykonawcy: ……………………………

**Część 20**

**Łóżko rehabilitacyjne z materacem – 3 sztuki** (CPV 33192100-3, 33192150-8)

**Producent: …………………………………..**

**Typ/model: …………………………………………**

**Rok produkcji: ………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w zł** | **Cena netto w zł** | **VAT %** | **Cena brutto w zł** |
| 1 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Łóżko rehabilitacyjne z materacem | Szt. | 3 |  |  |  |  |
| **Razem**: | | | |  | X |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia** | **Parametry wymagane** | **Parametr punktowany potwierdzić/określić** |
| 1 | Wymiary: dł. 207 cm (+/- 5 cm), szer. 107 cm (+/- 5 cm), leże metalowe 90-100cm (+/- 5 cm), barierki drewniane opuszczane poniżej ramy leża ułatwiają wstawanie i siadanie pacjenta, kolor łóżka drewna bukowego/brązowego (szczyty, barierki), wysięgnik ułatwiający podnoszenie się osoby lezącej na łóżku | Tak |  |
| 2 | Regulacja wysokości leża od podłogi (bez materaca), płynna – od 20 - 40 cm do 70-80 cm | Tak |  |
| 3 | Zakres regulacji zagłówka – płynny, od 0o  do min. 65o | Tak |  |
| 4 | Maksymalny kąt dla części udowej podnóżka (regulacja płynna): min. 30o | Tak |  |
| 5 | Maksymalny kąt dla części podudziowej podnóżka (regulacja płynna): min -16o | Tak |  |
| 6 | Koła jezdne podwójne, blokowane, 4 szt. | Tak |  |
| 7 | Minimalny ciężar osoby leżącej – 140 kg | Tak |  |
| 8 | Zasilanie elementów elektrycznych z gniazda 230 V, poprzez wbudowany w łóżku transformator 24 V | Tak |  |
| 9 | Sterowanie funkcjami łóżka za pomocą sterownika (pilota) przewodowego | Tak |  |
| 10 | Materac na łóżko, typu gofer, w pokrowcu paroprzepuszczalnym, wymiary materaca odpowiadające wymiarom łóżka, pianka poliuretanowa T35, zdejmowalny pokrowiec | Tak |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | |
| 11. | Minimalny ciężar osoby leżącej – powyżej 140 kg | Tak – 40 pkt. Nie – 0 pkt. |  |

UWAGA:

1. Niespełnienie parametrów wymaganych/granicznych spowoduje odrzucenie oferty.
2. W tabelach należy wypełnić tylko puste białe pola.

**Załącznik nr 4 - 21 do SWZ - Formularz cenowy/Przedmiot zamówienia**

Nazwa i adres Wykonawcy: ……………………………

**Część 21**

**Wirówka kończyn górnych – 1 sztuka** (CPV 42931000-1, 33100000-1, 33154000-4)

**Producent: …………………………………..**

**Typ/model: …………………………………………**

**Rok produkcji: ………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w zł** | **Cena netto w zł** | **VAT %** | **Cena brutto w zł** |
| 1 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Wirówka kończyn górnych | Szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Razem**: | | | |  | X |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia** | **Parametry wymagane** | **Parametr punktowany potwierdzić/określić** |
| 1. | Wolnostojąca | Tak |  |
| 2. | Urządzenie do hydroterapii | Tak |  |
| 3. | Regulowana wysokość nóg | Tak |  |
| 4. | Komora zabiegowa 30-48 l | Tak |  |
| 6. | Elektroniczny panel sterowania z zegarem zabiegowym | Tak |  |
| 7. | Termometr z czujnikiem temperatury wody | Tak |  |
| 8. | Wyciągana wylewka prysznicowa | Tak |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | |
| 9. | Czujnik poziomu napełnienia | Tak – 20 pkt. Nie – 0 pkt. |  |
| 10. | Elektronicznie sterowany system odkamieniania | Tak – 20 pkt. Nie – 0 pkt. |  |

UWAGA:

1. Niespełnienie parametrów wymaganych/granicznych spowoduje odrzucenie oferty.
2. W tabelach należy wypełnić tylko puste białe pola.

**Załącznik nr 4 - 22 do SWZ - Formularz cenowy/Przedmiot zamówienia**

Nazwa i adres Wykonawcy: ……………………………

**Część 22**

**Aparat do krioterapii zimnym powietrzem – 1 sztuka** (CPV 33165000-4, 33100000-1)

**Producent: …………………………………..**

**Typ/model: …………………………………………**

**Rok produkcji: ………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w zł** | **Cena netto w zł** | **VAT %** | **Cena brutto w zł** |
| 1 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Aparat do krioterapii zimnym powietrzem | Szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Razem**: | | | |  | X |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia** | **Parametry wymagane** | **Parametr punktowany potwierdzić/określić** |
| 1. | Bez potrzeby wykorzystania  ciekłego azotu | Tak |  |
| 2. | Nie wymaga dodatkowych kosztów eksploatacji | Tak |  |
| 3. | Możliwość pracy w dwóch trybach – automatycznym i ręcznym | Tak |  |
| 4. | Przepływ powietrza automatycznie dostosowany do temperatury skóry pacjenta | Tak |  |
| 5. | Sygnał alarmowy, gdy skóra osiągnie krytycznie niską temperaturę lub inne systemy bezpieczeństwa | Tak |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | |
| 6. | Pantograf umożliwiający wykonywanie zabiegów bez użycia rąk | Tak – 40 pkt. Nie – 0 pkt. |  |

UWAGA:

1. Niespełnienie parametrów wymaganych/granicznych spowoduje odrzucenie oferty.
2. W tabelach należy wypełnić tylko puste białe pola.

**Załącznik nr 4 - 23 do SWZ - Formularz cenowy/Przedmiot zamówienia**

Nazwa i adres Wykonawcy: ……………………………

**Część 23**

**Inhalator pneumatyczny sterowany oddechem – 1 sztuka** (CPV 33157400-9, 33100000-1)

**Producent: …………………………………..**

**Typ/model: …………………………………………**

**Rok produkcji: ………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w zł** | **Cena netto w zł** | **VAT %** | **Cena brutto w zł** |
| 1 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Inhalator pneumatyczny sterowany oddechem | Szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Razem**: | | | |  | X |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L. p.** | **Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia** | **Parametry wymagane** | **Parametr punktowany potwierdzić/określić** |
| 1. | Ekran dotykowy | Tak |  |
| 2. | Układ czasowy – odliczanie czasu trwania zabiegu i automatyczne wyłączenie inhalatora po zakończonym zabiegu | Tak |  |
| 3. | Możliwość zapamiętania parametrów pacjenta oraz przyjmowanego leku | Tak |  |
| 4. | Pakiet startowy urządzenia – nebulizator, maska duża, maska mała z gumką, ustnik z zaworkiem, końcówka nosowa, przewód czujnika, przewód powietrza, przewód wibracji, trójnik wibracji i czujnika, adapter rurki czujnika, przewód zasilający | Tak |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | |
| 5. | Wibroaerozol - wbudowany moduł pulsacji aerozolu, umożliwiający leczenie zatok | Tak – 40 pkt. Nie – 0 pkt. |  |

UWAGA:

1. Niespełnienie parametrów wymaganych/granicznych spowoduje odrzucenie oferty.
2. W tabelach należy wypełnić tylko puste białe pola.

**Załącznik nr 4 - 24 do SWZ - Formularz cenowy/Przedmiot zamówienia**

Nazwa i adres Wykonawcy: ……………………………

**Część 24**

**Aparat do masażu uciskowego – 1 sztuka** (CPV 33154000-4, 33100000-1 )

**Producent: …………………………………..**

**Typ/model: …………………………………………**

**Rok produkcji: ………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w zł** | **Cena netto w zł** | **VAT %** | **Cena brutto w zł** |
| 1 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Aparat do masażu uciskowego | Szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Razem**: | | | |  | X |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L. p.** | **Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia** | **Parametry wymagane** | **Parametr punktowany potwierdzić/określić** |
| 1. | W zestawie min. 2 mankiety na nogi | Tak |  |
| 2. | W zestawie min. 1 mankiet na rękę | Tak |  |
| 4. | Min. 5’’ dotykowy, kolorowy wyświetlacz LCD | Tak |  |
| 4. | Aparat do masażu limfatycznego (masażu uciskowego) obsługujący min. 6 komorowe mankiety | Tak |  |
| 5. | Min. 150 cm rozdzielacza przewodów powietrznych | Tak |  |
| 6. | Liczba programów zabiegowych min. 6 | Tak |  |
| 7. | Regulacja tempa zabiegu min. 4 stopniowa | Tak |  |
| 8. | Przycisk bezpieczeństwa umożliwiający awaryjne przerwanie zabiegu | Tak |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | |
| 9. | Mankiet długie spodnie min. 1 sztuka | Tak – 10 pkt. Nie – 0 pkt. |  |
| 10. | Mankiet krótkie spodnie min. 1 sztuka | Tak – 10 pkt. Nie – 0 pkt. |  |
| 11. | Mankiet na biodra i brzuch min. 1 sztuka | Tak – 10 pkt. Nie – 0 pkt. |  |
| 12. | Mankiet podwójny na ręce barki i klatkę piersiową min. 1 sztuka | Tak – 10 pkt. Nie – 0 pkt. |  |

UWAGA:

1. Niespełnienie parametrów wymaganych/granicznych spowoduje odrzucenie oferty.
2. W tabelach należy wypełnić tylko puste białe pola.

**Załącznik nr 4 - 25 do SWZ - Formularz cenowy/Przedmiot zamówienia**

Nazwa i adres Wykonawcy: ……………………………

**Część 25**

**Wałek pod głowę do terapii – 5 sztuk** (CPV 33158400-6, 33155000-1)

**Producent: …………………………………..**

**Typ/model: …………………………………………**

**Rok produkcji: ………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w zł** | **Cena netto w zł** | **VAT %** | **Cena brutto w zł** |
| 1 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Wałek pod głowę do terapii | Szt. | 5 |  |  |  |  |
| **Razem**: | | | |  | X |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L. p.** | **Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia** | **Parametry wymagane** | **Parametr punktowany potwierdzić/określić** |
| 1. | Wymiar:  110 cm (- 10 cm) x 25 cm x 25 cm (+/-5cm) | Tak |  |
| 2. | Pokrycie: bezftalanowa tkanina PCW odporna na ścieranie, wypełnienie granulat | Tak |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | |
| 3. | Dodatkowe wymienne pokrycia – min. 5 szt. | Tak – 40 pkt. Nie – 0 pkt. |  |

UWAGA:

1. Niespełnienie parametrów wymaganych/granicznych spowoduje odrzucenie oferty.
2. W tabelach należy wypełnić tylko puste białe pola.

**Załącznik nr 4 - 26 do SWZ - Formularz cenowy/Przedmiot zamówienia**

Nazwa i adres Wykonawcy: ……………………………

**Część 26**

**Rotor rehabilitacyjny elektryczny do ćwiczeń kończyn górnych i dolnych – 1 sztuka** (CPV 33100000-1, 33154000-4, 33158400-6)

**Producent: …………………………………..**

**Typ/model: …………………………………………**

**Rok produkcji: ………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa netto w zł** | **Cena netto w zł** | **VAT %** | **Cena brutto w zł** |
| 1 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Rotor rehabilitacyjny elektryczny do ćwiczeń kończyn górnych i dolnych | Szt. | 1 |  |  |  |  |
| **Razem**: | | | |  | X |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L. p.** | **Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia** | **Parametry wymagane** | **Parametr punktowany potwierdzić/określić** |
| 1. | **Rotor 2 funkcyjny do pasywnej i aktywnej rehabilitacji** | Tak |  |
| 2. | **Wyświetlacz LCD wskazujący czas terapii, tempo ćwiczeń, liczbę wykonanych obrotów oraz pokonany dystans i liczbę spalonych kalorii** | Tak |  |
| 3. | **Regulowana prędkość obrotów rotora w terapii pasywnej** | Tak |  |
| 4. | **Regulacja siły oporu magnetycznego w terapii aktywnej** | Tak |  |
| 5. | **Podstawa wyposażona w stopki antypoślizgowe** | Tak |  |
| 6. | **Komplet uchwytów na stopy i dłonie** | Tak |  |
| 7. | **Mata antypoślizgowa** | Tak |  |
| **PARAMETRY OCENIANE** | | | |
| 8. | Wbudowany wyłącznik czasowy terapii | Tak – 40 pkt. Nie – 0 pkt. |  |

UWAGA:

1. Niespełnienie parametrów wymaganych/granicznych spowoduje odrzucenie oferty.
2. W tabelach należy wypełnić tylko puste białe pola.