

Specyfikacja asortymentu oraz parametrów technicznych i wyposażenia zestawu sprzętu rehabilitacyjnego

Dane podstawowe

1) Aparat do krioterapii miejscowej na CO2 z dwoma dyszami 2 szt.			
1	Nazwa wyrobu, typ i model	Podać – podać nazwę handlową, model	
2	Producent	Podać	
3	Rok produkcji wymagany 2024 r.	TAK	
4	Urządzenie fabrycznie nowe	TAK	
Parametry i wymogi konieczne do spełnienia			
Lp	Opis parametru wymaganego (wymagania minimalne)	Parametry wymagane	Podać parametry oferowane lub potwierdzić
5	Aparat do krioterapii zasilany dwutlenkiem węgla w butlach syfonowych	TAK	
6	Aparat przeznaczony do krioterapii miejscowej.	TAK	
7	Wyposażony w dwie dysze o rozmiarze: 3 – duże stawy, duże grupy mięśniowe	TAK	
8	Wizualizacja parametrów pracy na kolorowym monitorze, wskaźnik temperatury, wskaźnik czasu zabiegu, ciśnienie robocze gazu i sumaryczny czas pracy butli, sygnalizacja braku gazu, sygnalizacja dźwiękowa czasu zabiegów	TAK	
9	Automatyczny wybór dysz nadmuchowych, bez konieczności przełączenia przewodu.	TAK	

10	Dysze wyposażone w diodowy wskaźnik temperatury gazu.	TAK	
11	Dysze posiadają system regulujący siłę nadmuchu strumienia gazu.	TAK	
12	Ciśnienie pracy aparatu: - ciśnienie pracy: 5-6 MPa, - ciśnienie maksymalne: 8 MPa.	TAK	
13	Mikroprocesorowe sterowanie pracą aparatu.	TAK	
14	Wymiary maksymalne aparatu: 360x410x135 (mm)	TAK	
15	Zakres temperatur pracy dysz: regulacja w zakresie od -65 do – 75 stopni Celsjusza.	TAK	
16	Aparat wyposażony w wózek jezdny dedykowany pod aparat z miejscem na dysze i butle	TAK	
17	Waga samego aparatu około 6kg	TAK	
18	Zasilanie: 230 V, 50 Hz.	TAK	
Warunki gwarancji i serwisu			
19	Okres gwarancji od daty podpisania protokołu odbioru minimum 24 miesięcy	TAK	
20	Bezpłatne przeglądy okresowe w okresie gwarancji, minimum 1 w ciągu roku	TAK	
21	Okres zagwarantowania części zamiennych od daty sprzedaży – min 10 lat	TAK	
22	Pełna nazwa producenta oferowanej aparatury, dane kontaktowe	podać	
23	Maksymalny czas dojazdu serwisu po zgłoszeniu usterki 24 godz.	TAK	
24	Nazwa serwisu, dane kontaktowe	podać	

Inne			
25	Świadectwa dopuszczenia do stosowania na terenie RP w tym Certyfikat Medyczny i Wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych	TAK	
26	Instrukcja obsługi do powyższych wyrobów w języku polskim	TAK	
27	Szkolenie personelu	TAK	
28	Paszport techniczny aparatu	TAK	

Dane podstawowe

7) Podgrzewacz do okładów ciepłych - 1 sztuka			
1	Nazwa wyrobu, typ i model	Podać – podać nazwę handlową, model	
2	Producent	Podać	
3	Rok produkcji wymagany 2024 r.	TAK	
4	Urządzenie fabrycznie nowe	TAK	
Parametry i wymogi konieczne do spełnienia			
Lp	Opis parametru wymaganego (wymagania minimalne)	Parametry wymagane	Podać parametry oferowane lub potwierdzić
5	Podgrzewacz wykonany ze stali nierdzewnej	TAK	
6	Elektroniczna kontrola temperatury	TAK	
7	Cyfrowy wskaźnik temperatury. Zakres temperatury 30-85 stopni	TAK	

8	Zasilanie 230 V, 50 Hz	TAK	
9	Moc grzewcza 900W.	TAK	
10	Wymiary zewnętrzne dł x szer x wys 575x365x355 mm(+/-5%)	TAK	
11	Wymiary wewnętrzne dł x szer x wys 500x300x200 mm(+/-5%)	TAK	
12	Ruszt na okłady	TAK	
13	Odpływ wody zabezpieczony zaworem kulowym	TAK	
Warunki gwarancji i serwisu			
14	Okres gwarancji od daty podpisania protokołu odbioru minimum 24 miesięcy	TAK	
15	Bezpłatne przeglądy okresowe w okresie gwarancji, minimum 1 w ciągu roku	TAK,	
16	Okres zagwarantowania części zamiennych od daty sprzedaży – min 10 lat	TAK	
17	Pełna nazwa producenta oferowanej aparatury, dane kontaktowe	podać	
18	Maksymalny czas dojazdu serwisu po zgłoszeniu usterki 24 godz.	TAK	
19	Nazwa serwisu, dane kontaktowe	podać	
Inne			
20	Świadectwa dopuszczenia do stosowania na terenie RP w tym Certyfikat Medyczny i Wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych	TAK	

21	Paszport techniczny urządzenia	TAK	
22	Instrukcja obsługi do powyższych wyrobów w języku polskim	TAK	
23	Szkolenie personelu	TAK	

Dane podstawowe

3) Aparat do głębokiej stymulacji elektromagnetycznej + fotel do terapii uroginekologicznej- 1 sztuka			
1	Nazwa wyrobu, typ i model	Podać – podać nazwę handlową, model	
2	Producent	Podać	
3	Rok produkcji wymagany 2024 r.	TAK	
4	Urządzenie fabrycznie nowe	TAK	
Parametry i wymogi konieczne do spełnienia			
Lp	Opis parametru wymaganego (wymagania minimalne)	Parametry wymagane	Podać parametry oferowane lub potwierdzić
5	Penetracja pola do 10 cm w głąb ciała	TAK	
6	Generowanie maksymalnego pola magnetycznego do 7,5 Tesli	TAK	
7	Zakres regulacji częstotliwości od 1- 150 Hz	TAK	
8	Możliwość tworzenia impulsu o czterech kształtach fali: sinusoida, prostokąt, trójkąt o płaskich wierzchołkach, fale piło kształtne	TAK	

9	Duży min.10 calowy ekran dotykowy	TAK	
10	Maksymalna intensywność stymulacji powyżej 35 kT/s	TAK	
11	6 -cio przegubowe ramię	TAK	
12	Aplikator koncentrujący emituje skupione pole elektromagnetyczne	TAK	
13	Innowacyjny system chłodzenia wodą	TAK	
14	Dedykowane programy na konkretne dolegliwości- min. 30	TAK	
15	Programy do zapisywania przez użytkownika – min. 30	TAK	
16	Specjalny program do leczenia nietrzymania moczu	TAK	
17	Program do leczenia długotrwałej depresji- stymulacja kory przed czołowej	TAK	
18	Waga max do 64 kg	TAK	
19	Fotel z oparciem z wyprofilowaną w siedzisku kieszenią na aplikator urządzenia do stymulacji magnetycznej pod programy uroginekologiczne	TAK	
Warunki gwarancji i serwisu			
20	Okres gwarancji od daty podpisania protokołu odbioru minimum 24 miesiące	TAK	
21	Bezpłatne przeglądy okresowe w okresie gwarancji, minimum 1 w ciągu roku	TAK,	
22	Okres zagwarantowania części zamien-nych od daty sprzedaży – min 10 lat	TAK	

23	Pełna nazwa producenta oferowanej aparatury, dane kontaktowe	podać	
24	Maksymalny czas dojazdu serwisu po zgłoszeniu usterki 24 godz.	TAK	
25	Nazwa serwisu, dane kontaktowe	podać	
Inne			
26	Świadectwa dopuszczenia do stosowania na terenie RP w tym Certyfikat Medyczny i Wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych	TAK	
27	Instrukcja obsługi do powyższych wyrobów w języku polskim	TAK	
28	Szkolenie personelu	TAK	
29	Paszport techniczny	TAK	

Dane podstawowe

4) Laser terapeutyczny wysokoenergetyczny - 1 sztuka			
1	Nazwa wyrobu, typ i model	Podać – podać nazwę handlową, model	
2	Producent	Podać	
3	Rok produkcji wymagany 2024 r.	TAK	
4	Urządzenie fabrycznie nowe	TAK	
Parametry i wymogi konieczne do spełnienia			
Lp	Opis parametru wymaganego	Parametry	Podać parametry oferowa-

	(wymagania minimalne)	wymagane	ne lub potwierdzić
5	Długość fali 1064nm i mocy min.13W	TAK	
6	Wielkość wiązki (+/-5%) 1,70 cm2(odstęp 1 cm), 30 cm2(aplikator stożkowy-skaner)	TAK	
7	Źródło wiązki- dioda laserowa	TAK	
8	Ciekłokrystaliczny ekran dotykowy o przekątnej min.5,7	TAK	
9	Możliwość tworzenia programów terapeutycznych	TAK	
10	Możliwość modyfikacji parametrów i terapia z dużą mocą bez przegrzania tkanek	TAK	
11	Regulacja częstotliwości przemiatania i cyklu pracy	TAK	
12	Elektroniczny timer zabiegowy	TAK	
13	Wyłącznik bezpieczeństwa	TAK	
14	Pilot nożny aktywujący wiązkę lasera	TAK	
15	Możliwość łączenia metod pracy punktowej i skanującej w jednej terapii	TAK	
16	Programy terapeutyczne łączące metodę punktową ze skanerem automatycznym	TAK	
17	Możliwość regulacji mocy lasera w trakcie trwania programu bez jego przerywania	TAK	
18	Programy terapeutyczne dobierające inteligentnie moc wiązki lasera w zależności od koloru skóry, rodzaju schorzenia i odległości od skóry pacjenta		
19	Wyposażenie: jednostka sterująca, aplikator sondowy, aplikator stożkowy(skaner), okulary		

	ochronne – 2 pary, pilot nożny, komplet przewodów		
20	Aplikator stożkowy (skaner) oraz ramię do aplikatora dla pola zabiegowego 30 cm ²		
21	Stolik pod aparat z systemem jezdny z hamulcami		
22	Wymiary aparatu: długość 440 mm, szerokość 270mm, wysokość 230mm(+/- 5%)		
23	Waga max 4,7 kg(+/- 5%)		
Warunki gwarancji i serwisu			
24	Okres gwarancji od daty podpisania protokołu odbioru minimum 24 miesięcy	TAK	
25	Bezpłatne przeglądy okresowe w okresie gwarancji, minimum 1 w ciągu roku	TAK	
26	Okres zagwarantowania części zamiennych od daty sprzedaży – min 10 lat	TAK	
27	Pełna nazwa producenta oferowanej aparatury, dane kontaktowe	podać	
28	Maksymalny czas dojazdu serwisu po zgłoszeniu usterki 24 godz.	TAK	
29	Nazwa serwisu, dane kontaktowe	podać	
Inne			
30	Świadectwa dopuszczenia do stosowania na terenie RP w tym Certyfikat Medyczny i Wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych	TAK	
31	Instrukcja obsługi do powyższych wyrobów w języku polskim	TAK	

32	Szkolenie personelu	TAK	
33	Paszport techniczny	TAK	

Dane podstawowe

5) Rower poziomy– 1 sztuka			
1	Nazwa wyrobu, typ i model	Podać – podać nazwę handlową, model	
2	Producent	Podać	
3	Rok produkcji wymagany 2024 r.	TAK	
4	Urządzenie fabrycznie nowe	TAK	
Parametry i wymogi konieczne do spełnienia			
Lp	Opis parametru wymaganego (wymagania minimalne)	Parametry wymagane	Podać parametry oferowane lub potwierdzić
5	Własny generator z opcją plug-in	TAK	
6	Regulacja oporu: hamulec indukcyjny, 40 poziomów	TAK	
7	Koło zamachowe zintegrowane z generatorem 14 kg	TAK	
8	Puls ręczny	TAK	
9	Łożyska japońskie	TAK	
10	Prędkość 15-120 RPM	TAK	

11	Watt:25-200	TAK	
12	Regulacja siedzenia, 12 pozycji	TAK	
13	Doży wyświetlacz LED	TAK	
14	Liczba programów 10	TAK	
15	Pomiar tętna przez sensory dotykowe dłoni i kompatybilny pas telemetryczny	TAK	
16	Możliwość ustawienia dolnej i górnej granicy tętna	TAK	
17	Max. waga użytkownika 150 kg	TAK	
18	Wymiary 159x74x121 cm, waga 70 kg	TAK	
Warunki gwarancji i serwisu			
19	Okres gwarancji od daty podpisania protokołu odbioru minimum 24 miesięcy	TAK	
20	Bezpłatne przeglądy okresowe w okresie gwarancji, minimum 1 w ciągu roku	TAK	
21	Okres zagwarantowania części zamiennych od daty sprzedaży – min 10 lat	TAK	
22	Pełna nazwa producenta oferowanej aparatury, dane kontaktowe	podać	
23	Maksymalny czas dojazdu serwisu po zgłoszeniu usterki 24 godz.	TAK	
24	Nazwa serwisu, dane kontaktowe	podać	
Inne			

25	Świadectwa dopuszczenia do stosowania na terenie RP w tym Certyfikat Medyczny i Wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych	TAK	
26	Instrukcja obsługi do powyższych wyrobów w języku polskim	TAK	
27	Szkolenie personelu	TAK	
28	Paszport techniczny	TAK	

Dane podstawowe

6) Stolik medyczny dwu półkowy - 1 sztuka			
1	Nazwa wyrobu, typ i model	Podać – podać nazwę handlową, model	
2	Producent	Podać	
3	Rok produkcji wymagany 2024 r.	TAK	
4	Urządzenie fabrycznie nowe	TAK	
Parametry i wymogi konieczne do spełnienia			
Lp	Opis parametru wymaganego (wymagania minimalne)	Parametry wymagane	Podać parametry oferowane lub potwierdzić
5	Dwie półki + szuflada	TAK	
6	System jezdny z hamulcami	TAK	
7	Regulacja wysokości półek	TAK	
8	Zakres regulacji dolnej półki ok.60cm	TAK	

9	Wymiar stolika (SxGxW) 58 x 49 x 87,5 cm	TAK	
10	Kolor szary	TAK	
Warunki gwarancji i serwisu			
11	Okres gwarancji od daty podpisania protokołu odbioru minimum 24 miesięcy	TAK	
12	Pełna nazwa producenta oferowanej aparatury, dane kontaktowe	podać	
Inne			
16	Świadectwa dopuszczenia do stosowania na terenie RP w tym Certyfikat Medyczny i Wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych	TAK	
17	Paszport techniczny	TAK	