*Załącznik nr 3 do SWZ*

**Sprawa nr 42/2023**

**FORMULARZ WYMAGAŃ TECHNICZNYCH – WARUNKÓW GRANICZNYCH**

dotyczy: Dostawa asortymentu do rehabilitacji (powtórzenie unieważnionych części zamówienia w postępowaniu nr sprawy 30/2023)

**Zadanie 1: Urządzenie do masażu pneumatycznego**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Urządzenie do terapia perkusywnej i masażu wibracyjnego mięśni. | Tak |  |
|  | Wykorzystujące technologię, która polega na aplikowaniu głębokich, szybkich i powtarzających się impulsów na mięśnie, co pomaga w rozluźnieniu napięcia, zmniejszeniu bólu i poprawie mobilności. | Tak |  |
|  | Silnik o mocy min. 60 W | Tak |  |
|  | Regulację prędkości min. od 1750 do 2400 uderzeń na minutę | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w Ekran OLED – wyświetlanie wskazówek zabiegowych | Tak |  |
|  | Urządzenie posiada wstępnie zdefiniowane programy do masażu takie jak: rozgrzewka, regeneracja lub relaks przed snem.  | Tak |  |
|  | Możliwość spersonalizowania własnych programów | Tak |  |
|  | Urządzenie posiadające zestaw 6 wymiennych końcówek: | Tak |  |
|  | * dedykowany dla wrażliwych lub kostnych obszarów
 | Tak |  |
|  | * uniwersalna końcówka do zastosowania niewielkich jak i obszernych grup mięśni.
 | Tak |  |
|  | * przeznaczona do masażu punktów spustowych oraz dolnej części mięśni przykręgosłupowych
 | Tak |  |
|  | * do masażu wokół łopatek oraz dużych partii mięśni
 | Tak |  |
|  | * delikatna końcówka do terapii wibracyjnej, dedykowana do terapii wrażliwych obszarów, w tym kości
 | Tak |  |
|  | * dedykowana do punktowej terapii mięśni, w tym wrażliwych obszarów dłoni i stóp
 | Tak |  |
|  | Waga: max. 1,25 kg  | Tak |  |
|  | Wymiary: max. 26 cm x 18,5 cm x 7,8 cm | Tak |  |
|  | Zasilanie: Wymienna bateria litowo-jonowa 16 V | Tak |  |
|  | Czas pracy na naładowanej baterii: do 150 minut | Tak |  |
|  | Na wyposażeniu : ładowarka / Szybkie ładowanie USB-C | Tak |  |
|  | Przeprowadzenie szkolenia | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:* trwania gwarancji,
* po gwarancji.
 | Tak |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe i konserwacja niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 2: Ciśnieniomierz elektroniczny**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 2 sztuki

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Ciśnieniomierz elektroniczny | Tak |  |
|  | Zakres wskazań: min. 0 - 300 mmHg | Tak |  |
|  | Dokładność kliniczna pomiaru | Tak |  |
|  | W zestawie stetoskop odsłuchowy | Tak |  |
|  | Zakres pomiaru: | Tak |  |
|  | * ciśnienie skurczowe min. 50 - 250 mmHg,
 | Tak |  |
|  | * ciśnienie rozkurczowe min. 40 - 180 mmHg
 | Tak |  |
|  | * częstość tętna min. 40-160 razy/minutę
 | Tak |  |
|  | Ciśnieniomierz wstrząsoodporny | Tak |  |
|  | Jednoprzewodowy mankiet o uniwersalnym rozmiarze (rozmiar maksymalny: naukowy) | Tak |  |
|  | Etui do przechowywania ciśnieniomierza | Tak/NieTak - 10 pktNie - 0 pkt |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 3: Wózek inwalidzki**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 13 sztuk

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Aluminiowy wózek odporny na korozję | Tak |  |
|  | Koła tylne pełne wypinane na szybkozłączki  | Tak |  |
|  | Regulowane podnóżki z podparciem pod łydki | Tak |  |
|  | Płyta podnóżka ze zmiennym kątem nachylenia | Tak |  |
|  | Możliwość zmiany wysokości siedziska | Tak |  |
|  | Możliwość zmiany wysokości podparcia pod łokieć | Tak |  |
|  | Podnóżki ściągane i odchylane na zewnątrz i do wewnątrz | Tak |  |
|  | Podłokietniki odchylane i wyciągane | Tak |  |
|  | Szeroki stabilizujący pas piersiowy w rozmiarze L | Tak |  |
|  | Dodatkowy podłokietnik stabilizujący przedramię | Tak |  |
|  | Maksymalne obciążenie min. 150 kg | Tak |  |
|  | Szerokość siedziska: 52 cm | Tak |  |
|  | Pas stabilizujący miednicę mocowany do ramy wózka biodrowo-udowy 4-punktowy w rozmiarze L 330-480mm | Tak |  |
|  | Szerokość całkowita 700 mm +/- 5% | Tak |  |
|  | Głębokość siedziska 43 cm +/- 5% | Tak |  |
|  | Wysokość oparcia 42 + 37 cm +/- 5% | Tak |  |
|  | Wysokość siedziska 470-530 mm +/- 5% | Tak |  |
|  | Wysokość podłokietników 220-240 mm +/- 5% | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 4: Elektrostymulator do rehabilitacji opadającej stopy**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 2 sztuki

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Elektrostymulator do rehabilitacji opadającej stopy | Tak |  |
|  | Jeden kanał stymulacji EMS | Tak |  |
|  | Zasilanie: 2 baterie AA 1,5V | Tak |  |
|  | Regulacja częstotliwości impulsów: 1-100 Hz | Tak |  |
|  | Szerokość impulsu: 180 µs. | Tak |  |
|  | Specjalny tryb "TEST" do testowania optymalnych parametrów stymulacji. | Tak |  |
|  | Przycisk H/T (pięta/paluch) do ustawienia sposobu aktywacji stymulacji. | Tak |  |
|  | Elementy zestawu: | Tak |  |
|  | * Przewód do połączenia elektrod i przycisku nożnego.
 | Tak |  |
|  | * Przycisk nożny pod stopę.
 | Tak |  |
|  | * komplet 4 żelowych elektrod samoprzylepnych – 5 zestawów
 | Tak |  |
|  | * Opaska na rzep do stabilizacji elektrod i przewodów.
 | Tak |  |
|  | * komplet 2 baterii AA.
 | Tak |  |
|  | * Pojemnik do przechowywania.
 | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 5: System pomiaru temperatury i wilgotności**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 7 sztuk

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | System pomiaru temperatury i wilgotności. | Tak |  |
|  | Bezprzewodowy rejestrator temperatury i wilgotności o parametrach: | Tak |  |
|  | Pomiar temperatury:* Zakres pomiaru: -35° do 70°C
* Dokładność pomiaru: 0.5 °C w zakresie od -20 °C do +70 °C, 2°C w zakresie -35 do -20 °C
* Rozdzielczość pomiaru: 0.1°C
* Dryft: <0.1°C na rok
* Okres pomiaru: możliwość konfiguracji z zakresu 1 minuta 10 dni
 | Tak |  |
|  | Pomiar wilgotności:* Zakres pomiaru: 0 do 99% RH
* Dokładność pomiaru: 4% w zakresie od 0 do 80%, 7% w zakresie 81 do 99%
* Rozdzielczość pomiaru: 1%
* Dryft: <0.25% na rok
* Okres pomiaru: możliwość konfiguracji z zakresu 1 minuta 10 dni
 | Tak |  |
|  | Moduł radiowy:* Technika komunikacji: Bluetooth Low Energy (BLE)
* Częstotliwość pracy modułu radiowego: 2,4 GHz
* Moc: 2,5 mW (4 dBm)
* Zasięg: do 100 m w otwartej przestrzeni (LOS)
* Standard przesyłania danych: Bluetooth Smart (Bluetooth Low Energy, Bluetooth 4.0)
 | Tak |  |
|  | Zasilanie:* Bateria: 3,6 V, rozmiar AA, pojemność 2 700 mAh (wymienna)
* Czas pracy na baterii: minimum 2 lata (przy pomiarze co 15 min)
 | Tak |  |
|  | Aplikacja dedykowana do obsługi bezprzewodowych czujników temperatury i wilgotności. Aplikacja pełniąca rolę stacji bazowej dla bezprzewodowych czujników, zapisująca temperaturę, analizująca ją i w razie przekroczenia, ustawionych progów alarmowych, powiadamia za pomocą SMS lub maila. Powiadamia również w przypadku braku prądu. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 6: Urządzenie do masażu wirowego kończyn dolnych**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 sztuka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Urządzenie do masażu wirowego kończyn dolnych | Tak |  |
|  | niecka urządzenia dostępna w 2 kolorach - biały lub calypso, | Tak |  |
|  | niecka wykonana z wysokiej jakości żelkotu wzmocnionego włóknem szklanym, | Tak |  |
|  | ekonomiczne zużycie wody w czasie zabiegu - 120 l, | Tak |  |
|  | efektywny masaż wirowy przy użyciu 6 dysz kierunkowych, | Tak |  |
|  | regulacja intensywności masażu przez napowietrzanie dysz, | Tak |  |
|  | elektroniczny panel sterowania, | Tak |  |
|  | ustawianie czasu zabiegu (1-30 min), | Tak |  |
|  | zabezpieczenie pompy przed pracą na sucho, | Tak |  |
|  | system odkamieniania sterowany elektronicznie, | Tak |  |
|  | czujnik temperatury wody, | Tak |  |
|  | czujnik poziomu wody, | Tak |  |
|  | system automatycznego napełniania, | Tak |  |
|  | szybkie napełnianie i opróżnianie niecki, | Tak |  |
|  | półautomatyczny system opróżniania niecki, | Tak |  |
|  | regulowane stopki umożliwiające wypoziomowanie urządzenia, | Tak |  |
|  | słuchawka prysznica, | Tak |  |
|  | stopień ułatwiający wejście do niecki urządzenia. | Tak |  |
|  | Pojemność zabiegowa [l]: 120 l (+/- 5%) | Tak |  |
|  | Pojemność do przelewu [l]: 160 l (+/- 5%) | Tak |  |
|  | Liczba dysz: 6 | Tak |  |
|  | Czas napełniania/opróżniania [min]: 3/2 | Tak |  |
|  | Zasilanie: 230V 50Hz | Tak |  |
|  | Wymiary (dł. x szer. x wys.) [cm]: 117 x 62 x 81 (+/- 5%) | Tak |  |
|  | Szerokość z przyłączem prysznicowym [cm]: 60 | Tak |  |
|  | Waga [kg]: max 60 | Tak |  |
|  | Dostawa, montaż, instalacja, konfiguracja i uruchomienie dostarczonych urządzeń. | Tak |  |
|  | Szkolenie personelu z obsługi urządzenia | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:* trwania gwarancji,
* po gwarancji.
 | Tak, podać |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 7: Urządzenie do masażu wirowego kończyn górnych**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 sztuka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Urządzenie do masażu wirowego kończyn górnych | Tak |  |
|  | Akrylowa niecka wzmacniana matami z włókna szklanego | Tak |  |
|  | 44 dysze do masażu wirowego | Tak |  |
|  | Ekonomiczne zużycie wody w czasie zabiegu (30-45 l), | Tak |  |
|  | Zabezpieczenie pompy przed pracą na sucho | Tak |  |
|  | System odkamieniania sterowany elektronicznie | Tak |  |
|  | Czujnik temperatury wody | Tak |  |
|  | Słuchawka prysznica | Tak |  |
|  | Masaż wirowy przez wykorzystanie strumienia wody o uregulowanej sile | Tak |  |
|  | Krzesło obrotowe w zestawie | Tak |  |
|  | Pojemność zabiegowa: 30 l (+/- 5%) | Tak |  |
|  | Pojemność do przelewu: 45 l (+/- 5%) | Tak |  |
|  | Pobór prądu: 5 A | Tak |  |
|  | Liczba dysz: 44 szt. | Tak |  |
|  | Zasilanie: 230 V / 50 Hz | Tak |  |
|  | Wymiary (dł. x szer. x wys.): 90 cm x 95 cm x 92 cm (+/- 5%) | Tak |  |
|  | Masa: max 65 kg | Tak |  |
|  | Bezpieczeństwo elektryczne: klasa I, typ B | Tak |  |
|  | Dostawa, montaż, instalacja, konfiguracja i uruchomienie dostarczonych urządzeń. | Tak |  |
|  | Szkolenie personelu z obsługi urządzenia | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:* trwania gwarancji,
* po gwarancji.
 | Tak, podać |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 8: Balkonik rehabilitacyjny kroczący**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 10 sztuk

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Balkonik rehabilitacyjny kroczący | Tak |  |
|  | Typ: składany | Tak |  |
|  | Materiał ramy: stal | Tak |  |
|  | Maksymalne obciążenie: 110 kg | Tak |  |
|  | Szerokość: 50 cm | Tak |  |
|  | Długość: 41 cm | Tak |  |
|  | Waga: 2.7 kg | Tak |  |
|  | Regulacja wysokości: 77-83 cm | Tak |  |
|  | Dwie funkcje: statyczna i krocząca | Tak |  |
|  | Odporny na korozję | Tak |  |
|  | Nóżki zakończone gumowymi nasadkami antypoślizgowymi | Tak |  |
|  | Regulacja wysokości | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 9: Ciśnieniomierz zegarowy ze stetoskopem**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 8 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi | Tak |  |
|  | Standardowy wygląd z chromowaną obręczą tarczy. | Tak |  |
|  | Tarcza 60 mm średnicy | Tak |  |
|  | Pojedynczy przewód ciśnieniowy | Tak |  |
|  | Manometr aneroidowy odporny na wstrząsy | Tak |  |
|  | Nierdzewny mechanizm pomiarowy zabezpieczony przed nadmiernym wzrostem ciśnienia | Tak |  |
|  | Maksymalny błąd pomiaru +/- 3 mm Hg | Tak |  |
|  | Stetoskop zintegrowany z mankietem | Tak |  |
|  | Mankiet (22-32 cm) nie zawierający lateksu | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 10: Wałek rehabilitacyjny**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 sztuka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Wałek rehabilitacyjny do masażu | Tak |  |
|  | Wałek rehabilitacyjny do rozluźniania mięśniowo - powięziowego oraz przygotowania mięśni do treningu. | Tak |  |
|  | Wałek wodoodporny | Tak |  |
|  | Długość: 100 cm, 80 cm | Tak |  |
|  | Powierzchnia gładka | Tak |  |
|  | Twardość: Średnio-twardy | Tak |  |
|  | Średnica: 40 cm, 50 cm | Tak |  |
|  | Materiał: Pianka EVA lub materiał równoważny | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 11: Materac do podnośnika**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 sztuka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Materac dedykowany do wózka do kąpieli WLH/E 140 firmy Deltom | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 12: Platforma biofeedback**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 sztuka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Statyczno-dynamiczne parapodium z biofeedback-iem | Tak |  |
|  | Podstawowe funkcje aparatu:* ćwiczenie równowagi
* poprawa stabilności bioder i korpusu
* regulacja tonusu mięśni
* efektywna profilaktyka przeciw przykurczowa
* zapobieganie zesztywnieniom stawów
* poprawa ruchomości stawów długo unieruchomionych
* aktywne przygotowanie do nauki chodzenia
* poprawa oddychania
* poprawa krążenia
* poprawa perystaltyki jelit
* wpływ na opróżnianie dróg moczowych
* poprawa działania ośrodków zmysłu (aktywność wzrokowa i wzrost percepcji)
* odciążenie poszczególnych partii ciała
* integracja społeczna
* wzmocnienie psychiki i poprawa samopoczucia pacjenta
* profilaktyka osteoporozy
 | Tak |  |
|  | Aparat przeznaczony do terapii przy wskazaniach:* paraplegia
* tetraplegia
* hemiplegia
* stwardnienie rozsiane
* dystrofia mięśni
* choroba Parkinsona
* zaburzenia percepcji
* zaburzenia równowagi i chodzenia
 | Tak |  |
|  | Dedykowane oprogramowanie do prowadzenia terapii wraz ze stacją roboczą. | Tak |  |
|  | Dane techniczne:* Indywidualne warianty ustawień umożliwiające ukierunkowanie ćwiczeń na konkretne partie ciała lub fazy ruchu
* Mechanizm blokujący pacjenta, umożliwiający trening stania
* Mechanizm odblokowujący, umożliwiający trening dynamiczny z możliwością odchylania pozycji pacjenta do 6˚ lub do 11˚ od pozycji pionowej
* Mechanizm regulacji oporu odchylania pacjenta (min. 5-cio stopniowy)
* Podstawa z regulacją mocowania stóp
* Regulowane prowadniki (uchwyty) dla rąk
* Regulowana wysokość płyty stołu terapeutycznego
* Płyta stołu terapeutycznego zabezpieczona przed uciskiem brzuchu pacjenta
* Peloty umożliwiające mocowanie kolan
* Peloty umożliwiające mocowanie bioder
* Elektryczny podnośnik - system umożliwiający ustawienie pacjenta w pozycji pionowej (opcja)
* System biofeedback-u umożliwiający wykonywanie ćwiczeń treningowych przy współpracy z komputerem
* Możliwość zmiany większości parametrów ćwiczeń w programie komputerowym
* Rama jezdna na kierowanych i blokowanych kółkach
 | Tak |  |
|  | Długość: 118 cm | Tak |  |
|  | Szerokość: 78 cm | Tak |  |
|  | Wysokość: 95cm - 125cm | Tak |  |
|  | Waga urządzenia (bez zestawu komputerowego): 77 kg - 101,5 kg | Tak |  |
|  | Wzrost pacjenta: 150-200 cm | Tak |  |
|  | Maksymalna waga pacjenta: 140 kg | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | Dostawa, montaż, instalacja, konfiguracja i uruchomienie dostarczonych urządzeń. | Tak |  |
|  | Szkolenie personelu z obsługi urządzenia | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:* trwania gwarancji,
* po gwarancji.
 | Tak, podać |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 13: Taca medyczna do leków**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 2 sztuki

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Tacka na 36 kieliszków do leków z folią do zapisu (bez kieliszków) | Tak |  |
|  | Wymiary zewnętrzne : 433 x 253 x 55 mm | Tak |  |

**Zadanie 14: Termometr bezdotykowy**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 2 sztuki

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Zakres pomiaru: pomiar temp. ciała: 34,0-42,2°C (93,2-108,0°F) | Tak |  |
|  | Pomiar temp. obiektu: 0-100,0°C (32,0-212,0°F) | Tak |  |
|  | Rozdzielczość: 0,1°C/°F | Tak |  |
|  | Dokładność pomiaru: w warunkach laboratoryjnych: 0,2°C, 36,0~39,0°C (0,4°F, 96,8~102,2°F) | Tak |  |
|  | Wyświetlacz: ciekłokrystaliczny, czterocyfrowy | Tak |  |
|  | Akustyka: Urządzenie jest włączone i gotowe do pomiarów: 1 krótki sygnał; zakończenie pomiaru: 1 długi sygnał dźwiękowy (1 sekunda); jeżeli odczyt jest niższy niż 37,5°C (99,5°F):  | Tak |  |
|  | 10 krótkich sygnałów; jeśli odczyt jest równy lub większy błędowi systemowemu/awarii: 3 krótkie sygnały dźwiękowe. | Tak |  |
|  | Pamięć: automatyczne wyświetlanie ostatniego pomiaru temperatury, 30 odczytów w trybie pamięci | Tak |  |
|  | Podświetlenie: Podświetlenie – zielone przez 4 sekundy, gdy urządzenie jest włączone. Podświetlenie – zielone przez 5 sekund, po zakończeniu pomiaru, jeżeli odczyt jest niższy lub równy 37,4°C (99,32°F). Podświetlenie – czerwone przez 5 sekund, po zakończeniu pomiaru, jeżeli odczyt jest wyższy niż 37,4°C (99,32°F). | Tak |  |
|  | Temperatura robocza: pomiar temp. ciała: 16,0-40,0°C (60,8-104,0°F); Pomiar temp. obiektu: 5,0-40,0°C (41,0-104,0°F) | Tak |  |
|  | Temperatura przechowywania: -20°C do +50°C (-4°F do +122°F); maksymalna wilgotność względna 15-95% | Tak |  |
|  | Automatyczne wyłączanie się: po ok. 1 minucie od wykonania ostatniego pomiaru | Tak |  |
|  | Baterie: 2 baterie AAA 1,5 V | Tak |  |
|  | Wymiary: 150 x 40 x 39 mm | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 15: Program komputerowy wspomagający rehabilitację chorych z afazją**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 sztuka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Aplikacja komputerowa wspomagająca rehabilitację chorych z afazją | Tak |  |
|  | Licencja bez ograniczeń czasowych | Tak |  |
|  | Aplikacja w wersji przeznaczonej dla terapeuty | Tak |  |
|  | Aplikacja zawierająca 8 programów do ćwiczenia (programy do wyboru) | Tak |  |
|  | Aplikacja w wersji instalacyjnej na płycie DVD | Tak |  |
|  | Aplikacja w wersji instalacyjnej na pamięci USB | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 16: Akcesoria rehabilitacyjne**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Akcesoria rehabilitacyjne: | Tak |  |
|  | * minutnik – 6 szt.
 | Tak |  |
|  | * kettle – 2 zestawy
 | Tak |  |
|  | * stojak na kettle – 1 szt.
 | Tak |  |
|  | * orteza na opadającą stopę – 4 szt.
 | Tak |  |
|  | * czwórnóg rehabilitacyjny – 1 szt.
 | Tak |  |
|  | * deskorolka terapeutyczna – 4 szt.
 | Tak |  |
|  | * jeżykowa mata do ćwiczeń, masażu i akupresury 100 x 30 cm – 5 szt.
 | Tak |  |
|  | * Klin Kaltenborna – 2 szt.
 | Tak |  |
|  | * kule łokciowe – 4 szt.
 | Tak |  |
|  | * mata masująca – 1 szt.
 | Tak |  |
|  | * piłeczka z kolcami (8szt.) – 20 zestawów
 | Tak |  |
|  | * piłka rehabilitacyjna 15 cm – 50 szt.
 | Tak |  |
|  | * piłka do golfa – 48 szt.
 | Tak |  |
|  | * piłka do tenisa – 40 szt.
 | Tak |  |
|  | * piłka fasolka – 10 szt.
 | Tak |  |
|  | * piłka wibracyjna do masażu 13 cm – 1 szt.
 | Tak |  |
|  | * piłka wibracyjna do masażu 7,5 cm – 1 szt.
 | Tak |  |
|  | * piłka rehabilitacyjna 65 cm – 20 szt.
 | Tak |  |
|  | * platforma rehabilitacyjna do balansowania – 1 szt.
 | Tak |  |
|  | * poduszka sensoryczna – 20 szt.
 | Tak |  |
|  | * półwałek rehabilitacyjny – 10 szt.
 | Tak |  |
|  | * roller do ćwiczeń (Joga) – 4 szt.
 | Tak |  |
|  | * rzepy do mocowania elektrod – 30 szt.
 | Tak |  |
|  | * siatka rehabilitacyjna – opór słaby/średnio mocny – 1 szt.
 | Tak |  |
|  | * step – 8 szt.
 | Tak |  |
|  | * taśmy rehabilitacyjne – 2 szt.
 | Tak |  |
|  | * taśma TRX – 2 szt.
 | Tak |  |
|  | * taśma loop – 20 szt.
 | Tak |  |
|  | * trójnóg rehabilitacyjny – 1 szt.
 | Tak |  |
|  | * wałek wieloigłowy (15cm) – 2 szt.
 | Tak |  |
|  | * wałek wieloigłowy (8cm) – 6 szt.
 | Tak |  |
|  | * ciężarki na rzepy – 80 szt.
 | Tak |  |
|  | * mata korygująco-masująca – 4 szt.
 | Tak |  |
|  | * zestaw hantli – 2 zestawy
 | Tak |  |
|  | * taśma thera-band: czarny – 1 szt.
 | Tak |  |
|  | * taśma thera-band: czerwony – 4 szt.
 | Tak |  |
|  | * taśma thera-band: zielony – 4 szt.
 | Tak |  |
|  | * taśma thera-band: niebieski – 1 szt.
 | Tak |  |
|  | * taśma thera-band: żółty – 1 szt.
 | Tak |  |
|  | * kliny, podpórki rehabilitacyjnych – 3 zestawy
 | Tak |  |
|  | * zestaw piłek sensorycznych – 1 zestaw
 | Tak |  |
|  | * żelowy okład zimno-ciepły (28\*34cm) – 50 szt.
 | Tak |  |
|  | * drabinka gimnastyczna – 1 szt.
 | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 17: Aparat do elektroterapii, terapii skojarzonej, ultradźwięków, laseroterapii i magnetoterapii**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 2 sztuki

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Aparat do dwukanałowej elektroterapii, terapii ultradźwiękowej, laserowej oraz magnetoterapii | Tak |  |
|  | Generowane prądy:* diadynamiczne (MF, DF, CP, LP, RS, MM, CPiso, LPiso)
* interferencyjne (statyczny / klasyczny; statyczny przerywany; statyczny wstępnie modulowany / premodulowany; dynamiczny)
* impulsowe średniej częstotliwości (stymulacja porażeń - trójkąt, prostokąt, trapez, sinus - unipolarne i bipolarne)
* tonoliza
* TENS (klasyczny, Burst, HV) - z funkcją modulacji drażniącej
* Kotz (standardowy i regulowany)
* Traebert (Ultra Reiz; UR 2-5) (standardowy i regulowany)
* faradyczny i neofaradyczny

galwaniczny (w tym jonoforeza) | Tak |  |
|  | Gotowe parametry zabiegów dla typowych schorzeń | Tak |  |
|  | Indywidualna regulacja parametrów dla każdego pacjenta | Tak |  |
|  | Licznik czasu i liczby wykonanych zabiegów | Tak |  |
|  | Pamięć własnych ustawień parametrów zabiegu wybranych przez obsługę | Tak |  |
|  | **Elektroterapia:** | Tak |  |
|  | Szeroka gama prądów jedno i dwu-kanałowych, | Tak |  |
|  | Prądy typu CC, CV i mikroprądy, | Tak |  |
|  | Terapia skojarzona z ultradźwiękami, | Tak |  |
|  | Ustawienie fal róznego typu (elektrogimnastyka), | Tak |  |
|  | Ustawienie sekwencji prądów diadydamicznych, | Tak |  |
|  | Sygnalizacja dźwiękowa przerwy w obwodzie pacjenta, | Tak |  |
|  | Test elektrod, | Tak |  |
|  | Funkcja półautomatycznej elektrodiagnostyki (krzywa I/T, wyliczanie współczynników) | Tak |  |
|  | Typy prądów: diadynamiczneinterferencyjne 2P, 4Pstymulacyjne (z tonolizą)TENSKOTZUR (Trabert)faradycznegalwaniczny, jonoforeza | Tak |  |
|  | **Laseroterapia:** | Tak |  |
|  | Praca ciągła i impulsowa | Tak |  |
|  | Funkcja powtórzeń dawki | Tak |  |
|  | Czujnik pomiaru mocy lasera | Tak |  |
|  | Zegar zabiegu: Max. 1s-99min | Tak |  |
|  | **Ultradźwięki:** | Tak |  |
|  | Praca ciągła i impulsowa, | Tak |  |
|  | Głowice dwuczęstotliwościowe: 1MHz i 3,3MHz | Tak |  |
|  | Wodoszczelne głowice ultradźwiękowe, | Tak |  |
|  | Sygnalizacja świetlna i dźwiękowa sprzęgania głowicy ultradźwiękowej z pacjentem, | Tak |  |
|  | Regulacja czułości kontaktu głowicy. | Tak |  |
|  | Moc ciągła: Max. 13W | Tak |  |
|  | Wypełnienie impulsów: Min. 5-100% | Tak |  |
|  | Zegar zabiegu: Min. 30s | Tak |  |
|  | **Magnetoterapia:** | Tak |  |
|  | Kształty zmian pola magnetycznego: sinusoida, prostokąt, trójkąt (unipolarne i bipolarne), MX1 - zmiana kształtów przy stałej częstotliwości, lub MX2 - z jednoczesną zmianą częstotliwości | Tak |  |
|  | Częstotliwość zmian pola: Max. 1-150 Hz | Tak |  |
|  | Zmiana indukcji pola: Max. do 8mT | Tak |  |
|  | Tryb pracy ciągły lub przerywany | Tak |  |
|  | Zegar zabiegu: Max. 1s-99min | Tak |  |
|  | Aplikator elastyczny do magnetoterapii – 1 szt. | Tak |  |
|  | Głowica ultradźwiękowa max. 5 cm2 – 1 szt. | Tak |  |
|  | Sonda laserowa punktowa min. 400mW/808nm – 1 szt. | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | Dostawa, montaż, instalacja, konfiguracja i uruchomienie dostarczonych urządzeń. | Tak |  |
|  | Szkolenie personelu z obsługi urządzenia | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:* trwania gwarancji,
* po gwarancji.
 | Tak, podać |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 18: Lampa sollux**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 2 sztuki

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Lampa sollux statywowa przeznaczone do stosowania w zabiegach ciepło-leczniczych | Tak |  |
|  | Wyposażenie:* okulary ochronne operatora
* okulary ochronne pacjenta
* filtr czerwony
* filtr niebieski
* siatka zabezpieczająca.
 | Tak |  |
|  | Moc promiennika: 375 W | Tak |  |
|  | Gęstość mocy promieniowania: ≥0,3 W/cm2 | Tak |  |
|  | Chłodzenie: wymuszone | Tak |  |
|  | Statyw do lampy z regulacja wysokości, podstawą jezdną i hamulcem. | Tak |  |
|  | Waga: max 12 kg | Tak |  |
|  | Wysokość maksymalna: 160 cm | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |
|  | Dostawa, montaż, instalacja, konfiguracja i uruchomienie dostarczonych urządzeń. | Tak |  |
|  | Szkolenie personelu z obsługi urządzenia | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:* trwania gwarancji,
* po gwarancji.
 | Tak, podać |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 19: Nebulizator**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 4 sztuki

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Inhalator kompresorowy (tłokowo-pneumatyczny) do nebulizacji | Tak |  |
|  | Regulacja rozmiaru MMAD cząsteczek | Tak |  |
|  | Regulacja szybkości podawania leku | Tak |  |
|  | Tryb pracy: ciągły | Tak |  |
|  | Inhalator wyposażony w uchwyt do przenoszenia | Tak |  |
|  | Funkcja umożliwiająca podawanie aerozolu jedynie w fazie wdechu | Tak/NieTak – 10 pktNie – 0 pkt. |  |
|  | MMAD min.: 2,21 μm - 2,95 μm | Tak, podać |  |
|  | Frakcja respirabilna < 5 μm (FPF)%: min. 84,2% - 74,7% | Tak, podać |  |
|  | Głośność: poniżej 58dB | 55 dB i mniej – 10 pkt.Powyżej 55 dB – 0 pkt. |  |
|  | Zasilanie elektryczne: 230V/50 Hz | Tak |  |
|  | Wyposażenie:* nebulizator,
* przewód powietrzny
* maska dla dorosłych – 2 szt.
* filtr
* ustnik
 | Tak |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:* trwania gwarancji,
* po gwarancji.
 | Tak |  |
|  | W cenie oferty gwarancyjne przeglądy okresowe i konserwacja niezbędne do prawidłowej pracy przedmiotu zamówienia w tym jeden przegląd w ostatnim miesiącu przed upływem gwarancji. Dotrzymanie terminu przeglądu leży po stronie Wykonawcy bez wcześniejszego wezwania ze strony Zamawiającego. | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 20: Wózek platformowy magazynowy**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 4 sztuki

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Wózek platformowo-magazynowy: | Tak |  |
|  | wymiar platformy: długość 102cm, szerokość 60 cm | Tak |  |
|  | wysokość przy rączce 112 cm | Tak |  |
|  | wysokość platformy 33 cm | Tak |  |
|  | konstrukcja z grubościennego metalu - rączka rura 3/4", podstawa profil 30x18, 40x30mm | Tak |  |
|  | ładowność - do 400 kg | Tak |  |
|  | średnica kół pompowanych: 260 mm, | Tak |  |
|  | wyposażony w koła metalowo-gumowe 2 stałe i 2 koła obracane z elastycznej gumy, które umożliwiają precyzyjne kierowanie, | Tak |  |
|  | powłoka platformy jest wodoodporna i antypoślizgowa | Tak |  |
|  | płyta o grubości 10 mm | Tak |  |
|  | pod płytą znajdują się metalowe wzmocnienia | Tak/NieTak 5 pktNie – 0 pkt. |  |
|  | wózek malowany proszkowo na kolor niebieski z palety RAL 5010 | Tak |  |
|  | oparcie zabezpieczające przed zsunięciem się towaru na nogi podczas przewożenia | Tak |  |
|  | metalowa konstrukcja wózka wykonana z wytrzymałej stali minimalizującej ryzyko pęknięć czy wygięć. | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 21: Rolki do przesuwania pacjenta**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 sztuka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Rolki przeznaczone są do transportu, przenoszenia pacjenta z łóżka na łóżko, ze stołu operacyjnego na łóżko itp. w pozycji leżącej | Tak |  |
|  | Rolki wykonane są z wysokiej jakości duraluminiowej ramy, po których porusza się mata wykonana z materiału imitującego skórę, odpornego na zniszczenia i dezynfekcję. | Tak |  |
|  | Wymiary: 1100 mm x 485 mm | Tak |  |
|  | Udźwig: min 120 kg | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji elektronicznej | Tak/NieTak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 22: Balkonik rehabilitacyjny z kółkami**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 sztuka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Aluminiowa rama z możliwością złożenia | Tak |  |
|  | Cztery kółka o średnicy 8 cm | Tak |  |
|  | Tylne kółka z możliwością blokady | Tak |  |
|  | Szerokość: 55 cm (+/-5%) | Tak |  |
|  | Zakres regulacji wysokości: 81,5 - 91,5 cm (+/-5%) | Tak |  |
|  | Skokowa regulacja wysokości: co 2,5 cm (+/-5%) | Tak |  |
|  | Waga: max 4,5 kg | Tak |  |
|  | Maksymalne obciążenie: min. 110 kg | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 23: Balkonik rehabilitacyjny wysoki**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 2 sztuki

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Balkonik rehabilitacyjny wysoki | Tak |  |
|  | Rama wykonana ze stali, | Tak |  |
|  | Miękkie podłokietniki z możliwością płynnej regulacji wysokości, | Tak |  |
|  | Płynnie regulowany kąt uchwytów oraz ich długość, | Tak |  |
|  | Kółka tylne z hamulcem, | Tak |  |
|  | Opony gumowe 3’’ | Tak |  |
|  | Szerokość całkowita: 53 cm (+/-5%) | Tak |  |
|  | Głębokość całkowita: 77 cm (+/-5%) | Tak |  |
|  | Waga: max 13 kg | Tak |  |
|  | Max. obciążenie: min 100 kg | Tak |  |
|  | Wysokość: 98 - 137 cm (+/-5%) | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 24: Chodzik składany**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 2 sztuki

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Chodzik składany | Tak |  |
|  | Materiał konstrukcji: aluminium | Tak |  |
|  | Rama składana | Tak |  |
|  | Regulacja wysokości | Tak |  |
|  | Szerokość całkowita: 65 cm (+/-5%) | Tak |  |
|  | Szerokość po złożeniu: 25,5 cm (+/-5%) | Tak |  |
|  | Wysokość całkowita: 81-93 cm (+/-5%) | Tak |  |
|  | Wymiar siedziska: 46 x 20 cm (+/-5%) | Tak |  |
|  | Wysokość siedziska od podłoża: 55 cm (+/-5%) | Tak |  |
|  | Średnica kół: Średnica kół: przednie 10”, tylne 8” | Tak |  |
|  | Waga: max 10 kg | Tak |  |
|  | Max. obciążenie: min 130 kg | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na obudowie treścią (grawerowanie lub oznaczenie laserowe): USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |

**Zadanie 25: Mata do ćwiczeń**

Nazwa urządzenia /typ/ model ..................................

Producent............................................................

Kraj pochodzenia................................................

Rok produkcji......................................................

Ilość: 1 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagania Zamawiającego. Parametry techniczne i funkcjonalne | Parametry wymagany | Parametry oferowane |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, wolny od wszelkich wad i uszkodzeń, bez wcześniejszej eksploatacji nie będący przedmiotem praw osób trzecich. Rok produkcji: min.2022. | Tak |  |
|  | Deklaracja Zgodności CE | Tak |  |
|  | Mata do ćwiczeń – 10 szt.: | Tak |  |
|  | * wymiary: 120 x 60 x 2 cm
 | Tak |  |
|  | * materiał: 13 mm TPE oraz 7 mm EVA
 | Tak |  |
|  | * odległość między otworami do zawieszania: 50 cm
 | Tak |  |
|  | * kolor: szary
 | Tak |  |
|  | Wieszak do 10 w/w mat. | Tak |  |
|  | Trwałe oznaczenie na powierzchni treścią: USK Olsztyn | Tak/NieTak – 10 pkt, Nie – 0 pkt. |  |