**Załącznik nr 1 do SWZ**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**P.95.2025 Zakup i dostawa sprzętu rehabilitacyjnego dla potrzeb Radomskiego Szpitala Specjalistycznego realizowane w ramach zadania p.n. „Zakup Sprzętu do rehabilitacji leczniczej dla pacjentów onkologicznych”**

**Część nr 1 –** Aparat do drenażu limfatycznego – 2 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | | **PARAMETR/WARUNEK** | |
|  | | Aparat do masażu uciskowego | |
|  | | Kolorowy ekran dotykowy minimum 5.7“ ułatwiający sterowanie aparatem | |
|  | | Zakres ciśnienia min. 20 -160 mmHg | |
|  | | Gradient 0 -100% płynna regulacja | |
|  | | Dokładnie opisane sekwencje programów do rehabilitacji i do medycyny estetycznej | |
|  | | Encyklopedia z gotowymi protokołami zabiegowymi - minimum 15 | |
|  | | Dokładne dane do każdej jednostki zabiegowej takie jak częstotliwość, metodyka wykonania zabiegu, sugerowane ciśnienie, zalecenia i uwagi. | |
|  | | Gotowe sekwencje programów zabiegowych | |
|  | | Możliwość tworzenia i zapisywania minimum 100 własnych  programów użytkownika | |
|  | | Niezależna regulacja ciśnienia dla każdej komory | |
|  | | Regulacja prędkości nadmuchiwania aplikatora | |
|  | | Parametry aktywności komór aplikatora widoczne na ekranie | |
|  | | Aplikatory (mankiety):  Spodnie 24-komorowe na suwak, 1szt  Poszerzacze do mankietów, 2szt  Mankiet na rękę – 8 komór, 2 szt  Mankiet na nogę – 10 komór, 2 szt  Złącze do dwóch mankietów, 1szt. | |
|  | | Czas trwania terapii do 99 minut | |
|  | | Złącze umożliwiające łatwą i szybką wymianę aplikatorów | |
|  | | Automatyczna identyfikacja aplikatora przez aparat | |
|  | | Możliwość wyłączenia poszczególnych komór w aplikatorze | |
|  | | Komory łuskowo zachodzące na siebie | |
|  | | Elektroniczny system kontroli ucisku | |
|  | | Automatyczne opróżnianie aplikatorów po zakończonym zabiegu | |
|  | | Kolumna aparatu wyposażona w kabel zasilający, posiadająca minimum 5 otwieranych uchylnie schowków oraz 4 kółka jezdne, 2 kółka wyposażone w hamulce. | |
|  | | Autoryzacja od producenta aparatu na sprzedaż i serwis na terenie Polski | |
|  | | Aparat fabrycznie nowy | |
| **Wymagania dodatkowe** | | |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia urządzenia o w/w parametrach do miejsca dostawy oraz jego montażu i uruchomienia. | | TAK |
|  | Szkolenie z obsługi przy uruchomieniu urządzenia. | | TAK |
|  | Czas naprawy urządzenia, nie dłuższy niż pięć dni roboczych, od momentu zgłoszenia. | | TAK |
|  | Przy przedłużającej się naprawie sprzęt zastępczy. | | TAK |
|  | Gwarancja min 24 miesiące od daty uruchomienia, na wszystkie części składowe urządzenia. | | TAK |
|  | W okresie gwarancji przeglądy okresowe nie rzadziej niż 1 raz w roku, wraz  z wymianą części zużywalnych przewidzianych przez producenta w procedurze przeglądowej, wliczone w koszt oferty. W przypadku, gdy producent zaleca wykonanie przeglądów rzadziej niż określone w zdaniu pierwszym, należy podać ilość przeglądów zgodnie z zaleceniami producenta oferowanego urządzenia. | | TAK |
|  | Instrukcje obsługi w wersji papierowej i elektronicznej w języku polskim  ( wymagane przy dostawie sprzętu ) | | TAK |
|  | Dostępność wyposażenia i części zamiennych min. 8 lat | | TAK |
|  | Autoryzowany, polskojęzyczny serwis gwarancyjny (podać adres) | | TAK |

**Zamawiający wymaga, aby oferowany sprzęt był wyrobem medycznym, posiadającym aktualne dopuszczenia do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 1620).**

**Część nr 2 –** Zestaw do diagnostyki i rehabilitacji kończyn górnych i dolnych – 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP.** | **Wymagania dla przedmiotu zamówienia** | **Parametry wymagane** |
|  | Producent | podać |
|  | Model | podać |
|  | Kraj pochodzenia | podać |
|  | Rok produkcji 2025 . | podać |
|  | Aparat fabrycznie nowy,  Nie dopuszcza się urządzeń rekondycjonowanych lub powystawowych. | TAK |
|  | Urządzenie do rehabilitacji kończyn dolnych + osprzęt | TAK |
|  | Przeznaczone do rehabilitacji i treningu kończyn dolnych w zamkniętym łańcuchu kinematycznym (CKC). | TAK |
|  | Wykorzystanie elastycznych elementów oporowych (gum) do ćwiczeń wzmacniających. | TAK |
|  | Możliwość wykonywania ćwiczeń dynamicznych oraz ćwiczeń z biofeedbackiem. | TAK |
|  | Funkcje pomiaru zakresu ruchomości oraz oceny obciążenia kończyny. | TAK |
|  | Współpraca z dedykowanym oprogramowaniem | TAK |
|  | Płynna regulacja pochylenia oparcia od pozycji siedzącej do leżącej. | TAK |
|  | Regulacja kąta nachylenia podnóżków oraz podparcia stopy. | TAK |
|  | Możliwość dostosowania położenia siedziska do długości kończyn pacjenta. | TAK |
|  | Bezprzewodowa transmisja danych do komputera drogą radiową. | TAK |
|  | Zasilanie wewnętrzne z baterii 5V, ładowanej za pomocą kabla USB. | TAK |
|  | Maksymalna waga pacjenta: do 120 kg. | TAK |
|  | Osprzęt:  Stabilny stojak na kółkach- 2szt  - monitor dla pacjenta min 42 cale  - monitor dla terapeuty min 20 cale  - obsługa komputera z dołączonej klawiatury bezprzewodowej z wbudowaną myszką  - Komputer spełniający minimalne wymagania: system operacyjny Windows 11, 32 lub 64 bit, Komputer PC z procesorem min 2 GHz, pamięć min. 8 GB RAM, karta grafiki zgodna z Direct X 10, wymagane złącza 2xUSB (3.0) i 2x (2.0), klucz licencyjny | TAK |
|  | Standardowe wyposażenie : ramę z kółkami jezdnymi, siedzisko z oparciem, podnóżki, zestaw gum, odbiornik USB, kabel i adaptery do ładowania, oprogramowanie PC, moduł odbiornika radiowego do PC + osprzęt | TAK |
| **Wymagania dodatkowe** | |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia urządzenia o w/w parametrach do miejsca dostawy oraz jego montażu i uruchomienia. | TAK |
|  | Szkolenie z obsługi przy uruchomieniu urządzenia. | TAK |
|  | Czas naprawy urządzenia, nie dłuższy niż pięć dni roboczych, od momentu zgłoszenia. | TAK |
|  | Przy przedłużającej się naprawie sprzęt zastępczy. | TAK |
|  | Gwarancja min 24 miesiące od daty uruchomienia, na wszystkie części składowe urządzenia. | TAK |
|  | W okresie gwarancji przeglądy okresowe nie rzadziej niż 1 raz w roku, wraz  z wymianą części zużywalnych przewidzianych przez producenta w procedurze przeglądowej, wliczone w koszt oferty. W przypadku, gdy producent zaleca wykonanie przeglądów rzadziej niż określone w zdaniu pierwszym, należy podać ilość przeglądów zgodnie z zaleceniami producenta oferowanego urządzenia. | TAK |
|  | Instrukcje obsługi w wersji papierowej i elektronicznej w języku polskim  ( wymagane przy dostawie sprzętu ) | TAK |
|  | Dostępność wyposażenia i części zamiennych min. 8 lat | TAK |
|  | Autoryzowany, polskojęzyczny serwis gwarancyjny (podać adres) | TAK |
|  | Zamawiający wymaga, aby oferowany sprzęt był wyrobem medycznym klasy I | TAK |

**Zamawiający wymaga, aby oferowany sprzęt był wyrobem medycznym, posiadającym aktualne dopuszczenia do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 1620).**

**Część nr 3** – Zestaw do treningu wytrzymałościowego i wydolnościowego – 1 szt.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | | | **Opis parametrów wymaganych** | | **Parametr wymagany** | |
|  | | | Rotor elektryczny kończyn górnych lub kończyn dolnych | | TAK | |
|  | | | Min. cztery tryby pracy: tryb pasywny, tryb aktywny, tryb ze stałą prędkością, tryb wspomagany | | TAK, podać | |
|  | | | Ustawianie czasu zabiegi minimum od 1 do 120 min. | | TAK | |
|  | | | Ustawianie prędkości w zakresie minimum od 5 do 60 obr./min | | TAK | |
|  | | | Regulacja stopnia oporu min. o 24 stopnie. | | TAK | |
|  | | | Wybór kierunku obrotu treningu | | TAK | |
|  | | | Wykrywanie skurczu | | TAK | |
|  | | | Kolorowy ekran dotykowy | | TAK | |
|  | | | Możliwość wizualizacji wykresu słupkowego pokazującego aktywność kończyn | | TAK | |
|  | | | Wizualizacja danych po zakończonym treningu | | TAK | |
|  | | | Mocowanie stóp i podudzi za pomocą pasków | | TAK | |
|  | | | Regulowane podparcia podudzi | | TAK | |
|  | | | Paski rzepowe do mocowania rąk | | TAK | |
|  | | | Regulowana wysokość o minimum 13 cm | | TAK | |
|  | | | Ekran dotykowy minimum 8” | | TAK | |
|  | | | Wymiary max. (dł. x szer. x wys.): 710×760×1072 mm | | TAK | |
|  | | | Waga: 55 kg (+/- 2kg) | | TAK | |
|  | | | Koła transportowe | | TAK | |
|  | | | Instrukcja obsługi w języku polskim | | TAK | |
|  | | | Deklaracja Zgodności, Certyfikat CE | | TAK | |
|  | | | Gwarancja minimum 24 miesiące | | TAK | |
| **Wymagania dodatkowe** | | |  | |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia urządzenia o w/w parametrach do miejsca dostawy oraz jego montażu i uruchomienia. | | TAK | |
|  | Szkolenie z obsługi przy uruchomieniu urządzenia. | | TAK | |
|  | Czas naprawy urządzenia, nie dłuższy niż pięć dni roboczych, od momentu zgłoszenia. | | TAK | |
|  | Przy przedłużającej się naprawie sprzęt zastępczy. | | TAK | |
|  | Gwarancja min 24 miesiące od daty uruchomienia, na wszystkie części składowe urządzenia. | | TAK | |
|  | W okresie gwarancji przeglądy okresowe nie rzadziej niż 1 raz w roku, wraz  z wymianą części zużywalnych przewidzianych przez producenta w procedurze przeglądowej, wliczone w koszt oferty. W przypadku, gdy producent zaleca wykonanie przeglądów rzadziej niż określone w zdaniu pierwszym, należy podać ilość przeglądów zgodnie z zaleceniami producenta oferowanego urządzenia. | | TAK | |
|  | Instrukcje obsługi w wersji papierowej i elektronicznej w języku polskim  ( wymagane przy dostawie sprzętu ) | | TAK | |
|  | Dostępność wyposażenia i części zamiennych min. 8 lat | | TAK | |
|  | Autoryzowany, polskojęzyczny serwis gwarancyjny (podać adres) | | TAK | |

**Zamawiający wymaga, aby oferowany sprzęt był wyrobem medycznym, posiadającym aktualne dopuszczenia do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 1620)**

**Część nr 4** – Zestaw do treningu wytrzymałościowego i wydolnościowego – 1 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | | **Opis techniczny** | |
|  | | System hamowania: Komputerowo sterowany hamulec na prądy wirowe. | |
|  | | Zakres obciążenia: 6 – 1000 W, niezależny od prędkości obrotowej. | |
|  | | Zakres prędkości obrotowej: od 30 do 130 obr./min. | |
|  | | Regulacja kierownicy (wysokość): W zakresie od 90 o 126 cm. | |
|  | | Regulacja kierownicy (pochylenie): W zakresie 360°. | |
|  | | Maksymalna waga pacjenta: do 160 kg | |
|  | | Zakres wzrostu pacjenta: od 120 do 210 cm. | |
|  | | Interfejsy cyfrowe: RS-232 oraz USB w standardzie. | |
|  | | Interfejsy bezprzewodowe: Bluetooth lub Wi-Fi (opcjonalnie). | |
|  | | Jednostki sterujące: wyświetlacz LCD | |
|  | | Protokoły wysiłkowe: minimum 5 stałych programów (np. WHO, Hollmann) oraz 10 programowalnych przez użytkownika. | |
|  | | Zasilanie: 100 – 240 V / 50 – 60 Hz. | |
|  | | Pobór mocy: Maksymalnie 100 VA. | |
|  | | Autoryzacja od producenta aparatu na sprzedaż i serwis na terenie Polski | |
|  | | Gwarancja minimum 24 miesiące | |
|  | | Sprzęt fabrycznie nowy | |
| **Wymagania dodatkowe** | | |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia urządzenia o w/w parametrach do miejsca dostawy oraz jego montażu i uruchomienia. | | TAK |
|  | Szkolenie z obsługi przy uruchomieniu urządzenia. | | TAK |
|  | Czas naprawy urządzenia, nie dłuższy niż pięć dni roboczych, od momentu zgłoszenia. | | TAK |
|  | Przy przedłużającej się naprawie sprzęt zastępczy. | | TAK |
|  | Gwarancja min 24 miesiące od daty uruchomienia, na wszystkie części składowe urządzenia. | | TAK |
|  | W okresie gwarancji przeglądy okresowe nie rzadziej niż 1 raz w roku, wraz  z wymianą części zużywalnych przewidzianych przez producenta w procedurze przeglądowej, wliczone w koszt oferty. W przypadku, gdy producent zaleca wykonanie przeglądów rzadziej niż określone w zdaniu pierwszym, należy podać ilość przeglądów zgodnie z zaleceniami producenta oferowanego urządzenia. | | TAK |
|  | Instrukcje obsługi w wersji papierowej i elektronicznej w języku polskim  ( wymagane przy dostawie sprzętu ) | | TAK |
|  | Dostępność wyposażenia i części zamiennych min. 8 lat | | TAK |
|  | Autoryzowany, polskojęzyczny serwis gwarancyjny (podać adres) | | TAK |

**Zamawiający wymaga, aby oferowany sprzęt był wyrobem medycznym, posiadającym aktualne dopuszczenia do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 r. (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 1620).**