**Załącznik nr 10 do SWZ**

Wykonawca:

……………………………………………………………

**SPECYFIKACJA TECHNICZNA**

**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** | | **Wpisać tak lub nie,**  **a w przypadku gdy zamawiający wskazał dopuszczalny zakres należy wskazać jaki zakres oferuje Wykonawca** |
|  | 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. |  |
|  | | Szkolenie z obsługi przy uruchomieniu urządzenia. |  |
|  | | Czas naprawy urządzenia, nie dłuższy niż pięć dni roboczych, od momentu zgłoszenia. |  |
|  | | Przy przedłużającej się naprawie sprzęt zastępczy. |  |
|  | | **Gwarancja minimum 24 miesiące od daty uruchomienia na wszystkie części składowe urządzenia.**  **UWAGA!! Parametr oceniany:**  **24 miesiące – 0 pkt**  **36 miesięcy – 40 pkt** | **Podać:** |
|  | | 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. |  |
|  | | Instrukcje obsługi w wersji papierowej i elektronicznej w języku polskim  ( wymagane przy dostawie sprzętu ) |  |
|  | | Dostępność wyposażenia i części zamiennych min. 8 lat |  |
|  | | Autoryzowany, polskojęzyczny serwis gwarancyjny (podać adres) |  |

**Oświadczamy, że oferowany sprzęt jest 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).**

…………….………….……… dnia ……………………

………………………………………………...……………

Podpis Wykonawcy/Wykonawców

**Załącznik nr 11 do SWZ**

Wykonawca:

……………………………………………………………

**SPECYFIKACJA TECHNICZNA**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP.** | **Wymagania dla przedmiotu zamówienia** | **Wpisać tak lub nie,**  **a w przypadku gdy zamawiający wskazał dopuszczalny zakres należy wskazać jaki zakres oferuje Wykonawca** |
|  | Producent |  |
|  | Model |  |
|  | Kraj pochodzenia |  |
|  | Rok produkcji 2025 . |  |
|  | Aparat fabrycznie nowy,  Nie dopuszcza się urządzeń rekondycjonowanych lub powystawowych. |  |
|  | Urządzenie do rehabilitacji kończyn dolnych+ osprzęt |  |
|  | Przeznaczone do rehabilitacji i treningu kończyn dolnych w zamkniętym łańcuchu kinematycznym (CKC). |  |
|  | Wykorzystanie elastycznych elementów oporowych (gum) do ćwiczeń wzmacniających. |  |
|  | Możliwość wykonywania ćwiczeń dynamicznych oraz ćwiczeń z biofeedbackiem. |  |
|  | Funkcje pomiaru zakresu ruchomości oraz oceny obciążenia kończyny. |  |
|  | Współpraca z dedykowanym oprogramowaniem |  |
|  | Płynna regulacja pochylenia oparcia od pozycji siedzącej do leżącej. |  |
|  | Regulacja kąta nachylenia podnóżków oraz podparcia stopy. |  |
|  | Możliwość dostosowania położenia siedziska do długości kończyn pacjenta. |  |
|  | Bezprzewodowa transmisja danych do komputera drogą radiową. |  |
|  | Zasilanie wewnętrzne z baterii 5V, ładowanej za pomocą kabla USB. |  |
|  | Maksymalna waga pacjenta: do 120 kg. |  |
|  | Osprzęt:  Stabilny stojak na kółkach- 2szt  - monitor dla pacjenta min 42 cale  - monitor dla terapeuty20 cale-( umożliwia dyskretną obsługę , gdzie pacjent nie odczuwa zakłóceń ani rozproszenia podczas terapii  - 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 |  |
|  | 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 |  |
| **Wymagania dodatkowe** | |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia urządzenia o w/w parametrach do miejsca dostawy oraz jego montażu i uruchomienia. |  |
|  | Szkolenie z obsługi przy uruchomieniu urządzenia. |  |
|  | Czas naprawy urządzenia, nie dłuższy niż pięć dni roboczych, od momentu zgłoszenia. |  |
|  | Przy przedłużającej się naprawie sprzęt zastępczy. |  |
|  | **Gwarancja minimum 24 miesiące od daty uruchomienia na wszystkie części składowe urządzenia.**  **UWAGA!! Parametr oceniany:**  **24 miesiące – 0 pkt**  **36 miesięcy – 40 pkt** | **Podać:** |
|  | 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. |  |
|  | Instrukcje obsługi w wersji papierowej i elektronicznej w języku polskim  ( wymagane przy dostawie sprzętu ) |  |
|  | Dostępność wyposażenia i części zamiennych min. 8 lat |  |
|  | Autoryzowany, polskojęzyczny serwis gwarancyjny (podać adres) |  |
|  | Zamawiający wymaga, aby oferowany sprzęt był wyrobem medycznym klasy I |  |

**Oświadczamy, że oferowany sprzęt jest 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).**

…………….………….……… dnia ……………………

………………………………………………...……………

Podpis Wykonawcy/Wykonawców

**Załącznik nr 12 do SWZ**

Wykonawca:

……………………………………………………………

**SPECYFIKACJA TECHNICZNA**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | | | **Opis parametrów wymaganych** | **Wpisać tak lub nie,**  **a w przypadku gdy zamawiający wskazał dopuszczalny zakres należy wskazać jaki zakres oferuje Wykonawca** | |
|  | | | Rotor elektryczny kończyn górnych lub kończyn dolnych |  | |
|  | | | Min. cztery tryby pracy: tryb pasywny, tryb aktywny, tryb ze stałą prędkością, tryb wspomagany |  | |
|  | | | Ustawianie czasu zabiegi minimum od 1 do 120 min. |  | |
|  | | | Ustawianie prędkości w zakresie minimum od 5 do 60 obr./min |  | |
|  | | | Regulacja stopnia oporu min. o 24 stopnie. |  | |
|  | | | Wybór kierunku obrotu treningu |  | |
|  | | | Wykrywanie skurczu |  | |
|  | | | Kolorowy ekran dotykowy |  | |
|  | | | Możliwość wizualizacji wykresu słupkowego pokazującego aktywność kończyn |  | |
|  | | | Wizualizacja danych po zakończonym treningu |  | |
|  | | | Mocowanie stóp i podudzi za pomocą pasków |  | |
|  | | | Regulowane podparcia podudzi |  | |
|  | | | Paski rzepowe do mocowania rąk |  | |
|  | | | Regulowana wysokość o minimum 13 cm |  | |
|  | | | Ekran dotykowy minimum 8” |  | |
|  | | | Wymiary max. (dł. x szer. x wys.): 710×760×1072 mm |  | |
|  | | | Waga: 55 kg (+/- 2kg) |  | |
|  | | | Koła transportowe |  | |
|  | | | Instrukcja obsługi w języku polskim |  | |
|  | | | Deklaracja Zgodności, Certyfikat CE |  | |
|  | | | Gwarancja minimum 24 miesiące |  | |
| **Wymagania dodatkowe** | | |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia urządzenia o w/w parametrach do miejsca dostawy oraz jego montażu i uruchomienia. | |  |
|  | Szkolenie z obsługi przy uruchomieniu urządzenia. | |  |
|  | Czas naprawy urządzenia, nie dłuższy niż pięć dni roboczych, od momentu zgłoszenia. | |  |
|  | Przy przedłużającej się naprawie sprzęt zastępczy. | |  |
|  | **Gwarancja minimum 24 miesiące od daty uruchomienia na wszystkie części składowe urządzenia.**  **UWAGA!! Parametr oceniany:**  **24 miesiące – 0 pkt**  **36 miesięcy – 40 pkt** | | **Podać:** |
|  | 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. | |  |
|  | Instrukcje obsługi w wersji papierowej i elektronicznej w języku polskim  ( wymagane przy dostawie sprzętu ) | |  |
|  | Dostępność wyposażenia i części zamiennych min. 8 lat | |  |
|  | Autoryzowany, polskojęzyczny serwis gwarancyjny (podać adres) | |  |

**Oświadczamy, że oferowany sprzęt jest 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) o ile dotyczy**

…………….………….……… dnia ……………………

………………………………………………...……………

Podpis Wykonawcy/Wykonawców

**Załącznik nr 13 do SWZ**

Wykonawca:

……………………………………………………………

**SPECYFIKACJA TECHNICZNA**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis techniczny** | | **Wpisać tak lub nie,**  **a w przypadku gdy zamawiający wskazał dopuszczalny zakres należy wskazać jaki zakres oferuje Wykonawca** | |
|  | 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 do 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: 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. | |  |
|  | | Szkolenie z obsługi przy uruchomieniu urządzenia. | |  |
|  | | Czas naprawy urządzenia, nie dłuższy niż pięć dni roboczych, od momentu zgłoszenia. | |  |
|  | | Przy przedłużającej się naprawie sprzęt zastępczy. | |  |
|  | | **Gwarancja minimum 24 miesiące od daty uruchomienia na wszystkie części składowe urządzenia.**  **UWAGA!! Parametr oceniany:**  **24 miesiące – 0 pkt**  **36 miesięcy – 40 pkt** | | **Podać:** |
|  | | 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. | |  |
|  | | Instrukcje obsługi w wersji papierowej i elektronicznej w języku polskim  ( wymagane przy dostawie sprzętu ) | |  |
|  | | Dostępność wyposażenia i części zamiennych min. 8 lat | |  |
|  | | Autoryzowany, polskojęzyczny serwis gwarancyjny (podać adres) | |  |

**Oświadczamy, że oferowany sprzęt jest 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).**

…………….………….……… dnia ……………………

………………………………………………...……………

Podpis Wykonawcy/Wykonawców