**Formularz cenowy**

**NA DOSTAWĘ SPRZĘTÓW MEDYCZNYCH, REHABILITACYJNYCH ORAZ WENTYLACYJNYCH**

w cz. nr II zamówienia ***- DOSTAWA SPRZĘTÓW REHABILITACYJNYCH***

*Zamawiający:*

***Andrzej Skrzypek NZOZ OPIEKUN Sp. z o. o.***

***ul. Kazimierza Tumidajskiego 2***

***20-247 Lublin***

**WYKONAWCA (pełna nazwa):**……………………………………………………..............................................

**Adres siedziby Wykonawcy:** ……………………..………………...……………………………….….……………………

**imię i nazwisko osoby do kontaktu z Zamawiającym**: ……...…………………………………………….…….

**tel.:** .………………………………………

**e- mail:** ………………………..……..…

**Nr KRS[[1]](#footnote-1): ……………………………….**

**NIP: …………………………..…………**

Odpowiadając na Zapytanie ofertowe pn.***Dostawa sprzętów medycznych, rehabilitacyjnych oraz wentylacyjnych*** składam/składamy ofertęna cz. nr II zamówienia pn. ***Dostawa*** ***sprzętów rehabilitacyjnych***

CENA OFERTY:

**Cena netto** **za wykonanie przedmiotu zamówienia wynosi: ................................ zł** (słownie: *…………………….……………………………………………………………………………………………………………………….*)[[2]](#footnote-2)

Na cenę tę składają się:

1. **………………. zł netto (słownie: *…………..………… złotych*) za dostawę** **systemu do badań wysiłkowych (1 sztuka)**. Stawka podatku VAT na oferowany przedmiot zamówienia wynosi: …...%.
2. **………………. zł netto (słownie: *…………….…… złotych*) za dostawę urządzeń do laseroterapii (3 sztuki).** Stawka podatku VAT na oferowany przedmiot zamówienia wynosi: …...%.
3. **………………. zł netto (słownie: *…………..………… złotych*) za dostawę urządzenia do laseroterapii / lasera niskoenergetycznego (1 sztuka).** Stawka podatku VAT na oferowany przedmiot zamówienia wynosi: …...%.
4. **………………. zł netto (słownie: *…………..………… złotych*) za dostawę aparatu do terapii ultradźwiękowej (1 sztuka).** Stawka podatku VAT na oferowany przedmiot zamówienia wynosi: …...%.
5. **………………. zł netto (słownie: *…………..………… złotych*) za dostawę aparatu do magnetoterapii i laseroterapii wielokanałowego (1 sztuka).** Stawka podatku VAT na oferowany przedmiot zamówienia wynosi: …...%.
6. **………………. zł netto (słownie: *…………..………… złotych*) za dostawę aparatu do elektroterapii (1 sztuka).** Stawka podatku VAT na oferowany przedmiot zamówienia wynosi: …...%.
7. **………………. zł netto (słownie: *…………..………… złotych*) za dostawę koncentratorów tlenu (10 sztuk).** Stawka podatku VAT na oferowany przedmiot zamówienia wynosi: …...%.
8. **………………. zł netto (słownie: *…………..………… złotych*) za dostawę przenośnych koncentratorów tlenu (3 sztuki).** Stawka podatku VAT na oferowany przedmiot zamówienia wynosi: …...%.
9. **………………. zł netto (słownie: *…………..………… złotych*) za dostawę ssaków elektrycznych i akumulatorowych (5 sztuk).** Stawka podatku VAT na oferowany przedmiot zamówienia wynosi: …...%.
10. **………………. zł netto (słownie: *…………..………… złotych*) za dostawę kaszlatora (1 sztuka).** Stawka podatku VAT na oferowany przedmiot zamówienia wynosi: …...%.
11. **………………. zł netto (słownie: *…………..………… złotych*) za dostawę aparatu do masażu uciskowego (1 sztuka).** Stawka podatku VAT na oferowany przedmiot zamówienia wynosi: …...%.
12. **………………. zł netto (słownie: *…………..………… złotych*) za dostawę stołu składanego do masażu (1 sztuki sztuka).** Stawka podatku VAT na oferowany przedmiot zamówienia wynosi: …...%.
13. **………………. zł netto (słownie: *…………..………… złotych*) za dostawę łóżka rehabilitacyjnego wielofunkcyjnego (1 sztuka).** Stawka podatku VAT na oferowany przedmiot zamówienia wynosi: …...%.

**Cena brutto** za wykonanie przedmiotu zamówienia wynosi: .................................... zł (słownie: *……………………………………………………………………………………………………………………………………………..*)[[3]](#footnote-3)

PODWYKONAWSTWO:

**Części zamówienia, których wykonanie planuję zlecić podwykonawcom[[4]](#footnote-4):** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**OFEROWANY SYSTEM DO BADAŃ WYSIŁKOWYCH (1 sztuka):**

|  |
| --- |
| **Typ/model oferowanej** **system do badań wysiłkowych : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Producent: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Oferowany okres gwarancji: \_\_\_\_\_ miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru bez zastrzeżeń** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Odpowiedź Wykonawcy – TAK/NIE**  **Należy podać zakresy lub opisać oferowane parametry** | **Należy podać nr strony instrukcji, karty katalogowej lub innego dokumentu producenta potwierdzającego oferowane parametry** |
|  | **Urządzenie umożliwiające monitorowanie parametrów fizjologicznych podczas wykonywania wysiłku fizycznego** |  |  |
|  | **Parametry monitorowane:**   * **częstość serca,** * **poziom tlenu we krwi,** * **elektrokardiogram /EKG/** |  |  |
|  | **Opcjonalnie: ciśnienie krwi, poziom dwutlenku węgla we krwi, parametry oddechowe** |  |  |
|  | **Możliwa integracja z innymi systemami medycznymi i narzędziami diagnostycznymi** |  |  |
|  | **Kompletny system do przeprowadzania elektrokardiograficznych badań wysiłkowych składający się z cykloergometru oraz oprogramowania** |  |  |
|  | **doskonała jakość przebiegów EKG dzięki zastosowaniu cyfrowych filtrów eliminujących pływanie linii izoelektrycznej oraz zakłócenia pochodzenia mięśniowego** |  |  |
|  | **nieprzerwana rejestracja i prezentacja sygnału EKG z 12 odprowadzeń,** |  |  |
|  | **prezentacja uśrednionych zespołów P-QRS-T z 12 odprowadzeń wraz z wynikami pomiarów poziomu i nachylenia odcinka ST** |  |  |
|  | **automatyczny pomiar HR, poziomu ST i nachylenia odcinka ST** |  |  |
|  | **automatyczne sterowanie obciążeniem cykloergometru i bieżni,** |  |  |
|  | **archiwizacja i wydruk raportu przeprowadzonego badania,** |  |  |
|  | **automatyczne wyznaczenie punktów pomiarowych z możliwością ręcznej korekty, automatyczna analiza arytmii** |  |  |
|  | **prezentacja parametrów dotyczących: fazy badania, bieżącego obciążenia, czasu etapu i całkowitego czasu wysiłku** |  |  |
|  | **monitorowane parametry: częstość rytmu, MET, podwójny produkt, ciśnienie krwi, poziom, nachylenie odcinka ST oraz obciążenie, wydruk EKG w czasie rzeczywistym** |  |  |
|  | **monitorowane parametry: częstość rytmu, MET, podwójny produkt, ciśnienie krwi, poziom, nachylenie odcinka ST oraz obciążenie, wydruk EKG w czasie rzeczywistym** |  |  |
|  | **podgląd trendów wszystkich mierzonych parametrów w trakcie badania** |  |  |
|  | **system alarmów dla monitorowanych parametrów i arytmii** |  |  |
|  | **archiwizacja i wydruk raportu umożliwiającego wiarygodną ocenę badania (raport taki zawiera zapis EKG, uśrednione zespoły P-QRS-T oraz tabelę z wynikami pomiarów)** |  |  |
|  | **standardowe protokoły badań oraz możliwość definiowania własnych protokołów również w trybie RAMP** |  |  |
|  | **podgląd raportu na ekranie przed wydrukiem raportu** |  |  |
|  | **funkcja reanalizy wykonanego badania** |  |  |
|  | **prezentacja trendów 3D ilustrujących zmiany odcinka ST** |  |  |
|  | **Cykloergometr:**  **zakres obciążenia: minimum od 25 do 1000 W** |  |  |
|  | **Zakres obrotów: min. od 5 do 150 obr. / min.** |  |  |
|  | **Obsługa: za pomocą komputera, port RS-232 / USB** |  |  |
|  | **Hamowanie: hamulec magnetyczny sterowany procesorem, z kontrolą momentu obrotowego** |  |  |
|  | **Sterowanie obciążeniem: przez mikroprocesor** |  |  |
|  | **Obciążenie: niezależne od prędkości** |  |  |
|  | **Dostosowanie tempa jazdy: indywidualnie do pacjenta** |  |  |
|  | **Waga pacjenta: do min. 200 kg** |  |  |
|  | **Zasilanie: zewnętrzne, zasilacz** |  |  |
|  | **Tryb pracy: ciągła lub ciągła z przerywanym obciążeniem** |  |  |
|  | **Detekcja odpięcia elektrody INOP: tak, bez udziału komputera i nadrzędnego oprogramowania** |  |  |
|  | **Wbudowany moduł EKG: 12 standardowych odprowadzeń (tryb: diagnostyka)** |  |  |
|  | **Wbudowany moduł EKG: 2 odprowadzenia (tryb: trening)** |  |  |
|  | **Wbudowany moduł EKG: filtracja cyfrowa zakłóceń mięśniowych: brak, 25 Hz, 35 Hz, 45 Hz** |  |  |
|  | **Wbudowany moduł EKG: filtracja cyfrowa zakłóceń sieciowych: brak, 50 Hz, 60 Hz** |  |  |
|  | **Wbudowany moduł EKG: filtracja cyfrowa, filtr izolinii: brak, 0,25 Hz, 0,45 Hz, 0,75 Hz, 1,5 Hz** |  |  |
|  | **Wbudowany moduł EKG: odporność na defibrylację typu CF** |  |  |
|  | **Wbudowany moduł EKG: zakres częstotliwości 0,05-150 Hz (przy wyłączonych filtrach) wg EN 60601-2-25** |  |  |
|  | **Wbudowany moduł EKG: zakres pomiaru HR 25-300 bpm** |  |  |
|  | **Standardowe wyposażenie: elektrody jednorazowe (50 szt.), instrukcja użytkowania, kabel do transmisji danych, kabel pacjenta (system wysiłkowy), kabel sieciowy, pasta abrazyjna, zasilacz sieciowy** |  |  |
|  | **Stanowisko diagnostyki medycznej - stanowisko diagnostyczne, umożliwiające wykonanie elektrokardiograficznych badań wysiłkowych oraz klasycznych badań spoczynkowych. Pozwala na przeglądanie, opis, generowanie raportów oraz archiwizację badań EKG** |  |  |
|  | **nieprzerwana rejestracja i prezentacja sygnału EKG z 12 odprowadzeń** |  |  |
|  | **prezentacja uśrednionych zespołów P-QRS-T z 12 odprowadzeń wraz z wynikami pomiarów poziomu i nachylenia odcinka ST** |  |  |
|  | **automatyczny pomiar HR, poziomu ST i nachylenia odcinka ST, automatyczne sterowanie obciążeniem cykloergometru i bieżni** |  |  |
|  | **archiwizacja i wydruk raportu przeprowadzonego badania** |  |  |
|  | **automatyczne wyznaczenie punktów pomiarowych z możliwością ręcznej korekty** |  |  |
|  | **automatyczna analiza arytmii** |  |  |
|  | **prezentacja parametrów dotyczących: fazy badania, bieżącego obciążenia, czasu etapu i całkowitego czasu wysiłku** |  |  |
|  | **monitorowane parametry: częstość rytmu, MET, podwójny produkt, ciśnienie krwi, poziom, nachylenie odcinka ST oraz obciążenie** |  |  |
|  | **wydruk EKG w czasie rzeczywistym** |  |  |
|  | **podgląd trendów wszystkich mierzonych parametrów w trakcie badania, system alarmów dla monitorowanych parametrów i arytmii** |  |  |
|  | **archiwizacja i wydruk raportu umożliwiającego wiarygodną ocenę badania (raport taki zawiera zapis EKG, uśrednione zespoły P-QRS-T oraz tabelę z wynikami pomiarów)** |  |  |
|  | **standardowe protokoły badań oraz możliwość definiowania własnych protokołów również w trybie RAMP** |  |  |
|  | **podgląd raportu na ekranie przed wydrukiem raportu** |  |  |
|  | **funkcja reanalizy wykonanego badania** |  |  |
|  | **prezentacja trendów 3D ilustrujących zmiany odcinka ST** |  |  |
|  | **Wyposażenie: stanowisko diagnostyki medycznej z wózkiem, monitorem LCD minimum 27", drukarką laserową A4 i komputerem** |  |  |
|  | **Gwarancja: min 2 lata** |  |  |

**OFEROWANE URZĄDZENIA DO LASEROTERAPII (3 SZTUK):**

|  |
| --- |
| **Typ/model oferowane** u**rządzenia do laseroterapii: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Producent: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Oferowany okres gwarancji: \_\_\_\_\_ miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru bez zastrzeżeń** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Odpowiedź Wykonawcy – TAK/NIE**  **Należy podać zakresy lub opisać oferowane parametry** | **Należy podać nr strony instrukcji, karty katalogowej lub innego dokumentu producenta potwierdzającego oferowane parametry** |
|  | **kolorowy wyświetlacz z panelem dotykowym min. 5"** |  |  |
|  | **1 kanał zabiegowy; tryb manualny; tryb programowy** |  |  |
|  | **jednostki chorobowe wybierane po nazwie lub dziedzinie** |  |  |
|  | **baza wbudowanych programów zabiegowych** |  |  |
|  | **możliwość tworzenia programów użytkownika; programy ulubione, możliwość edycji nazw programów użytkownika** |  |  |
|  | **encyklopedia z opisem metodyki zabiegu** |  |  |
|  | **statystyki przeprowadzanych zabiegów** |  |  |
|  | **regulacja głośności sygnalizatora dźwiękowego** |  |  |
|  | **tryb STANDBY** |  |  |
|  | **tryb oszczędzania energii** |  |  |
|  | **współpraca z aplikatorami: skanującym, prysznicowym i sondami punktowymi** |  |  |
|  | **tryb emisji: ciągły i impulsowy** |  |  |
|  | **regulacja mocy promieniowania laserowego** |  |  |
|  | **regulacja wypełnienia** |  |  |
|  | **możliwość automatycznego powtórzenia zabiegu** |  |  |
|  | **automatyczny test mocy promieniowania laserowego** |  |  |
|  | **automatyczne przeliczanie czasu względem parametrów zabiegowych - dawki, mocy, wypełnienia, pola zabiegowego** |  |  |
|  | **trzy tryby naświetlania pola zabiegowego w aplikatorach skanujących** |  |  |
|  | **dedykowane tryby do współpracy z aplikatorami światłowodowymi** |  |  |
|  | **końcówki światłowodowe do laseropunktury i zastosowań laryngologicznych** |  |  |
|  | **wiązka pilotująca wskazująca miejsce aplikacji** |  |  |
|  | **wbudowane programy zabiegowe:**   * **programy sondy IR minimum 35** * **programy z częstotliwością Nogiera min. 8** * **programy z częstotliwością Volla min. 30** * **programy aplikatora prysznicowego min. 50** * **programy do ustawienia dla użytkownika** |  |  |
|  | **długość fali sond promieniowania podczerwonego 808 nm** |  |  |
|  | **maksymalna moc sond promieniowania podczerwonego 400 mW** |  |  |
|  | **regulacja mocy 25%, 50%, 75%, 100%** |  |  |
|  | **częstotliwość trybu impulsowego 1 - 5000 Hz** |  |  |
|  | **wypełnienie w trybie impulsowym 10 - 90%, impuls 50 μs** |  |  |
|  | **wymiary maksymalne 30x30x20 cm** |  |  |
|  | **masa aparatu do 3 kg** |  |  |
|  | **akumulator Li-ion, pojemność akumulatora minimum 2100 mAh** |  |  |
|  | **zasilanie 240 V, 50/ 60 Hz** |  |  |
|  | **okulary ochronne 2 sztuki** |  |  |
|  | **Gwarancja- min 2 lata** |  |  |

**OFEROWANE URZĄDZENIE DO LASEROTERAPII / LASER NISKOENERGETYCZNY (1 SZTUKA):**

|  |
| --- |
| **Typ/model oferowane urządzenie do laseroterapii / laser niskoenergetyczny: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Producent: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Oferowany okres gwarancji: \_\_\_\_\_ miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru bez zastrzeżeń** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Odpowiedź Wykonawcy – TAK/NIE**  **Należy podać zakresy lub opisać oferowane parametry** | **Należy podać nr strony instrukcji, karty katalogowej lub innego dokumentu producenta potwierdzającego oferowane parametry** |
|  | **Sterowany mikroprocesorem nowoczesny biostymulator laserowy** |  |  |
|  | **Kolorowy, dużych rozmiarów (min 4,3”) ekran graficzny z panelem dotykowym** |  |  |
|  | **Przyjazna obsługa przyciskami oraz ekranem dotykowym** |  |  |
|  | **Możliwość pracy z różnymi sondami** |  |  |
|  | **Aparat powinien posiadać gotowe programy zabiegowe dla typowych schorzeń oraz możliwość tworzenia własnych programów przez terapeutę.** |  |  |
|  | **Ergonomiczne sondy** |  |  |
|  | **Gotowe programy zabiegowe dla typowych schorzeń** |  |  |
|  | **Programy własne – wygodny panel zapisu przez terapeutę (klawiatura ekranowa)** |  |  |
|  | **Indywidualna regulacja wszystkich parametrów zabiegowych** |  |  |
|  | **Nowoczesne wzornictwo aparatu i sond** |  |  |
|  | **Liczniki czasu i liczby wykonanych zabiegów** |  |  |
|  | **Funkcja powtórzeń dawki** |  |  |
|  | **Czujnik do pomiaru mocy lasera** |  |  |
|  | **Możliwość stosowania jako aparat przenośny** |  |  |
|  | **Sonda długość fali świetlnej 808 nm / moc impulsu 400 mW (praca ciągła i impulsowa z regulacją mocy)** |  |  |
|  | **Sonda Laserowa 9-diodowa, moc całkowita 1040mW, długość fali świetlnej 660nm oraz 808nm** |  |  |
|  | **Powierzchnia zabiegowa 50 cm2.** |  |  |
|  | **Praca ciągła i impulsowa z regulacją mocy** |  |  |
|  | **Okulary ochronne 2 sztuki** |  |  |
|  | **Zegar sterujący czasem zabiegu** |  |  |
|  | **Zasilanie 230 V / 50 Hz /** |  |  |
|  | **Pobór mocy maks. 50 VA** |  |  |
|  | **Wymiary maks. 400x300x150 mm** |  |  |
|  | **Masa aparatu do 3 kg** |  |  |
|  | **Gwarancja- min 2 lata** |  |  |

**OFEROWANY APARAT DO TERAPII ULTRADŹWIĘKOWEJ (1 SZTUKA):**

|  |
| --- |
| **Typ/model oferowany aparat do terapii ultradźwiękowej: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Producent: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Oferowany okres gwarancji: \_\_\_\_\_ miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru bez zastrzeżeń** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Odpowiedź Wykonawcy – TAK/NIE**  **Należy podać zakresy lub opisać oferowane parametry** | **Należy podać nr strony instrukcji, karty katalogowej lub innego dokumentu producenta potwierdzającego oferowane parametry** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Duży min (4,3’) kolorowy graficzny wyświetlacz z panelem dotykowym** |  |  |
|  | **Przyjazna obsługa przyciskami oraz ekranem dotykowym** |  |  |
|  | **Dwie wygodne, ergonomiczne wersje głowic. Głowice wodoodporne**  **Głowice dwuczęstotliwościowe:**  **GŁOWICA 1:**   * **powierzchnia terapeutyczna 5cm2** * **maks. moc średnia 12,5W** * **szczytowa moc impulsu 15W** * **częstotliwość ultradźwięków 1MHz lub 3,3MH**   **GŁOWICA 2:**   * **powierzchnia terapeutyczna 1,33 cm2** * **maks. moc średnia 3,3W** * **szczytowa moc impulsu 4W** * **częstotliwość ultradźwięków 1MHz lub 3,3MHz** |  |  |
|  | **Praca ciągła i impulsowa** |  |  |
|  | **Regulacja wypełnienia impulsów płynna lub skokowa** |  |  |
|  | **Sygnalizacja świetlna i dźwiękowa sprzęgania głowicy z pacjentem** |  |  |
|  | **Gotowe programy zabiegowe dla typowych schorzeń** |  |  |
|  | **Programy własne – wygodny panel zapisu przez terapeutę (klawiatura ekranowa)** |  |  |
|  | **Liczniki czasu i liczby wykonanych zabiegów** |  |  |
|  | **wymiary maks. 400 x 300 x 150 mm** |  |  |
|  | **masa sterownika maks. 3 kg** |  |  |
|  | **Gwarancja- min 2 lata** |  |  |

**OFEROWANY** **APARAT DO MAGNETOTERAPII I LASEROTERAPII WIELOKANAŁOWY (1 SZTUKA):**

|  |
| --- |
| **Typ/model oferowany aparat do magnetoterapii i laseroterapii wielokanałowy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Producent: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Oferowany okres gwarancji: \_\_\_\_\_ miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru bez zastrzeżeń** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Odpowiedź Wykonawcy – TAK/NIE**  **Należy podać zakresy lub opisać oferowane parametry** | **Należy podać nr strony instrukcji, karty katalogowej lub innego dokumentu producenta potwierdzającego oferowane parametry** |
|  | **Gotowe programy zabiegowe dla typowych schorzeń** |  |  |
|  | **Programy własne – możliwość zapisywanie własnych programów zabiegowych przez terapeutę** |  |  |
|  | **Indywidualna regulacja wszystkich parametrów zabiegowych** |  |  |
|  | **Kolorowy, dużych rozmiarów (min. 5,7”) ekran graficzny z panelem dotykowym** |  |  |
|  | **Obsługa przyciskami oraz ekranem dotykowym** |  |  |
|  | **Szeroki zakres częstotliwości pracy pola magnetycznego– od 1 do 100Hz** |  |  |
|  | **Programy –automatyczna zmiana modulacji** |  |  |
|  | **Automatyczne wykrywanie aplikatora - zastosowane kodowanie przewodu aplikatora umożliwia automatyczne wykrywanie rodzaju podłączonego aplikatora** |  |  |
|  | **Regulacja mocy lasera w szerokim zakresie od 10 do 1440mW dla opcjonalnej sondy prysznicowej** |  |  |
|  | **Częstotliwość zmian pola magnetycznego min. 1 – 100 [Hz]** |  |  |
|  | **Zmiana indukcji pola magnetycznego min. 0 – 20 [mT]** |  |  |
|  | **Czas impuls / przerwa 0,5 – 8 [s]** |  |  |
|  | **Zasilanie 230V / 50Hz/ 400 W** |  |  |
|  | **Masa aparatu do 7kg** |  |  |
|  | **Rozmiar sterownika maks. 150x400x350 mm** |  |  |
|  | **Leżanka z przesuwnikiem do ruchu poziomego aplikatora** |  |  |
|  | **Aplikator pola magnetycznego do aparatów typu rozmiar 600mm +/- 20 mm** |  |  |
|  | **Sonda punktowa długość fali świetlnej 808 nm / moc impulsu min. 400 mW** |  |  |
|  | **Okulary ochronne 2 sztuki** |  |  |
|  | **2 niezależne kanały magnetoterapii z osobnymi ustawieniami** |  |  |
|  | **Kanał do laseroterapii** |  |  |
|  | **Gwarancja- min 2 lata** |  |  |

**OFEROWANY APARAT DO ELEKTROTERAPII (1 SZTUKA):**

|  |
| --- |
| **Typ/model oferowany aparat do elektroterapii: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Producent: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Oferowany okres gwarancji: \_\_\_\_\_ miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru bez zastrzeżeń** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Odpowiedź Wykonawcy – TAK/NIE**  **Należy podać zakresy lub opisać oferowane parametry** | **Należy podać nr strony instrukcji, karty katalogowej lub innego dokumentu producenta potwierdzającego oferowane parametry** |
|  | **Uniwersalny 2-kanałowy aparat do elektroterapii** |  |  |
|  | **Aparat umożliwiający wykonywanie zabiegów:**   * **prądami interferencyjnymi: statycznym (klasycznym), dynamicznym (izoplanarnym), 2-przewodowym (premodulowanym) oraz przerywanym** * **prądami diadynamicznymi wg Bernarda typu DF, MF, RS, MM, CP, LP, CPiso, LPiso (z ustawianiem sekwencji)** * **stymulacji porażeń (prądy średniej częstotliwości, modulowane w kształcie trójkąta, prostokąta, trapezu i sinusoidy – każdy unipolarny i bipolarny)** * **stymulacji porażeń spastycznych (tonoliza) w systemie dwukanałowym** * **stymulacji TENS, również tzw. modulacja drażniąca** * **stymulacji TENS BURST (wybuchowy)** * **stymulacji HV (wysokonapięciowa)** * **stymulacji wg Kotz’a (rosyjska stymulacja)** * **prądem Träberta (UR) (2-5)** * **prądem faradycznym i neofaradycznym** * **elektrogimnastyki z szeroką regulacją** * **jonoforezy** * **galwanizacji** |  |  |
|  | **gotowe parametry zabiegów dla typowych schorzeń (ponad 100)** |  |  |
|  | **indywidualna regulacja parametrów zabiegu** |  |  |
|  | **własne ustawienia parametrów zabiegu wybranych przez obsługę (min. 50)** |  |  |
|  | **ustawianie sekwencji prądów diadynamicznych** |  |  |
|  | **funkcja elektrogimnastyki z szeroką możliwością regulacji** |  |  |
|  | **dwa obwody zabiegowe (niezależna regulacja amplitudy)** |  |  |
|  | **przyjazna dla obsługi funkcja półautomatycznej elektrodiagnostyki (wyznaczanie krzywej i/t, automatyczne wyliczanie wartości współczynników), wyniki ostatniego badania pozostają w pamięci aparatu** |  |  |
|  | **dużych rozmiarów ekran ciekłokrystaliczny LCD – ułatwiający odczyt parametrów**  **wykrywanie przerwy w obwodzie zabiegowym** |  |  |
|  | **liczniki czasu i liczby zabiegów** |  |  |
|  | **Gwarancja- min 2 lata** |  |  |

**OFEROWANE KONCENTRATORY TLENU (10 SZTUK):**

|  |
| --- |
| **Typ/model oferowane koncentratory tlenu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Producent: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Oferowany okres gwarancji: \_\_\_\_\_ miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru bez zastrzeżeń** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Odpowiedź Wykonawcy – TAK/NIE**  **Należy podać zakresy lub opisać oferowane parametry** | **Należy podać nr strony instrukcji, karty katalogowej lub innego dokumentu producenta potwierdzającego oferowane parametry** |
|  | **Wysokie stężenie tlenu 5 l/min: 93% ± 3 % -** |  |  |
|  | **Uchwyt oraz kółka dają możliwość łatwego przemieszczania** |  |  |
|  | **Niskie zużycie energii** |  |  |
|  | **Wskaźnik ilości przepracowanych godzin** |  |  |
|  | **Wymiary maks.: 65 x 35 x 36 cm** |  |  |
|  | **Waga: do 20 kg** |  |  |
|  | **Zasilanie: 220-230V** |  |  |
|  | **Pobór mocy do 320W przy 5 l/min** |  |  |
|  | **Regulacja przepływu: 0,5 l/min - 5,0 l/min** |  |  |
|  | **Stężenie tlenu: 0,5 - 5 l/min: 93% ± 3 %** |  |  |
|  | **Poziom hałasu: < 40 dB** |  |  |
|  | **Progi alarmowe OPI (wskaźnik stężenia procentowego tlenu): Temperatura robocza: od 12°C do 32°C** |  |  |
|  | **Wilgotność względna przechowywania/transportu: do 95% w temperaturze od -34°C do 71°C** |  |  |
|  | **Wilgotność względna pracy: do 95%** |  |  |
|  | **Gwarancja- min 2 lata** |  |  |

**OFEROWANE PRZENOŚNE KONCENTRATORY TLENU (3 SZTUKI):**

|  |
| --- |
| **Typ/model oferowane przenośne koncentratory tlenu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Producent: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Oferowany okres gwarancji: \_\_\_\_\_ miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru bez zastrzeżeń** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Odpowiedź Wykonawcy – TAK/NIE**  **Należy podać zakresy lub opisać oferowane parametry** | **Należy podać nr strony instrukcji, karty katalogowej lub innego dokumentu producenta potwierdzającego oferowane parametry** |
|  | **Koncentrator tlenu przenośny z akumulatorem** |  |  |
|  | **Koncentrator dostarczający do 2 litrów tlenu** |  |  |
|  | **tryb podwójnego przepływu** |  |  |
|  | **prosty i łatwy w użyciu tryb automatyczny** |  |  |
|  | **łatwo wymienialne moduły sitowe** |  |  |
|  | **Rozmiar (W×D×H): maks. 220 mm × 170 mm × 320 mm** |  |  |
|  | **Waga: poniżej 5 kg** |  |  |
|  | **Wymagania dotyczące zasilania:**   * **Adapter AC: 100-240V AC(+/- 10%)** * **wejście 50-60 Hz, 24V DC, wyjście 6.25A** * **Adapter DC: wejście 11.5 - 16V DC, 19V, wyjście 7.9A** |  |  |
|  | **Koncentracja tlenu: od 87% - 96%** |  |  |
|  | **Maksymalne ciśnienie tłoczenia tlenu: 20.5 psi** |  |  |
|  | **Czułość wyzwalani oddechu: -0.12cm/H20** |  |  |
|  | **Poziom hałasu: do 38 dB(A)** |  |  |
|  | **Typy alarmu:**   * **Niska czystość tlenu** * **Nie wykryto oddechu** * **Słaba bateria** |  |  |
|  | **Wymagany serwis** |  |  |
|  | **Czas pracy baterii: ok 4 godzin z 1 baterią i 8 godzin z 2 bateriami na 18 BMP** |  |  |
|  | **Lekkie urządzenie zapewniające możliwość działania w czasie transportu** |  |  |
|  | **Zasilanie bateryjne: Możliwość zasilania koncentratora tlenu z baterii** |  |  |
|  | **Gwarancja – min 2 lata** |  |  |

**OFEROWANE** **SSAKI ELEKTRYCZNE I AKUMULATOROWE (5 SZTUK):**

|  |
| --- |
| **Typ/model oferowane ssaki elektryczne i akumulatorowe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Producent: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Oferowany okres gwarancji: \_\_\_\_\_ miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru bez zastrzeżeń** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Odpowiedź Wykonawcy – TAK/NIE**  **Należy podać zakresy lub opisać oferowane parametry** | **Należy podać nr strony instrukcji, karty katalogowej lub innego dokumentu producenta potwierdzającego oferowane parametry** |
|  | **Pompa próżniowa bezolejowa** |  |  |
|  | **Zasilanie dualne – praca na prądzie elektrycznym jak i baterii wewnętrznej** |  |  |
|  | **Możliwe dostosowanie mocy do różnych zastosowań klinicznych** |  |  |
|  | **Łatwy transport i użytkowanie mobilne** |  |  |
|  | **Poziom podciśnienia maksymalny min. 82 kPa -0,082 MPa** |  |  |
|  | **Ustawianie poziomu podciśnienia za pomocą zaworu** |  |  |
|  | **Zawór bezpieczeństwa chroniący przed nadmiernym ssaniem w pokrywie butli** |  |  |
|  | **Filtr antybakteryjny hydrofobowy** |  |  |
|  | **Zbiornik z poliwęglanu o pojemności 1 litr – 1 sztuka Przewód silikonowy pacjenta dł. 1,5 metra** |  |  |
|  | **Zasilanie 230 V 50/60 Hz i z akumulatora wewnętrznego na czas pracy minimum 50 minut** |  |  |
|  | **Wydajność maksymalna min. 32 l / min powietrza** |  |  |
|  | **Opcja dalszej rozbudowy o w wózek jezdny na 4 kołach** |  |  |
|  | **Maksymalna waga ssaka bez wózka do 7 kg** |  |  |
|  | **Wymiary zewnętrzne saka bez wózka maksymalnie 400x200x300 +/- 20 mm** |  |  |
|  | **Maksymalny pobór mocy 140VA + 20%** |  |  |
|  | **Maksymalny czas ładowania do pełnego akumulatora do 90 minut** |  |  |
|  | **Możliwość jednoczesnego zasilania ssaka i ładowania akumulatora po podłączeniu do gniazda 12V typu samochodowego** |  |  |
|  | **Ładowarka akumulatora wbudowana wewnątrz ssaka** |  |  |
|  | **Gwarancja min 2 lata** |  |  |

**OFEROWANY KASZLATOR (1 SZTUKA):**

|  |
| --- |
| **Typ/model oferowany kaszlator \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Producent: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Oferowany okres gwarancji: \_\_\_\_\_ miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru bez zastrzeżeń** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Odpowiedź Wykonawcy – TAK/NIE**  **Należy podać zakresy lub opisać oferowane parametry** | **Należy podać nr strony instrukcji, karty katalogowej lub innego dokumentu producenta potwierdzającego oferowane parametry** |
|  | **Urządzenie do wspomagania kaszlu, przeznaczone do codziennej terapii osób z przewlekłymi chorobami układu oddechowego** |  |  |
|  | **Narzędzie do rozluźniania i przemieszczania się wydzieliny oraz w celu rekrutacji obszarów płuc** |  |  |
|  | **Aparat wyposażony w funkcję coachingu by wspierać terapię, wykorzystujące elementy wizualne w celu motywowania pacjenta** |  |  |
|  | **Do użytku w domu pacjenta, w szpitalu lub w gabinecie lekarskim** |  |  |
|  | **Konstrukcja kaszlatora oparta na stacji z wymiennym modułem o wadze maks. 2 kg, zdolna do pracy z wewnętrzną baterią, co daje wygodę w zakresie mobilności** |  |  |
|  | **Ustawienie ciśnienia w zakresie od -70 do +70 mbar** |  |  |
|  | **Tryby pracy:**   * **Tryb kaszlu – (synchronizowany, auto i manualny)** * **Rekrutacja płuc/rehabilitacja oddechowa** * **Regulowane oscylacje** * **Trzy konfigurowalne ustawienia wstępne** * **Funkcja coachingu (edukacji) by wspierać terapię pacjenta** |  |  |
|  | **Elementy wizualne w celu motywowania pacjenta podczas terapii** |  |  |
|  | **Terapia ustawiana przy użyciu min. 7 calowego ekranu dotykowemu HD** |  |  |
|  | **Monitorowanie danych:**   * **Na ekranie głównym podgląd danych z ostatniej sesji** * **Objętość oddechowa wdechowa (VTI)** * **Czas wdechu (czas I)** * **Czas wydechu (czas E)** * **Czas pauzy (czas P)** * **Przepływ szczytowy** |  |  |
|  | **Konstrukcja umożliwiająca łatwe czyszczenie i dezynfekcję** |  |  |
|  | **Gwarancja min 2 lata** |  |  |

**OFEROWANY APARAT DO MASAŻU UCISKOWEGO (1 SZTUKA):**

|  |
| --- |
| **Typ/model oferowany aparat do masażu uciskowego \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Producent: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Oferowany okres gwarancji: \_\_\_\_\_ miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru bez zastrzeżeń** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Odpowiedź Wykonawcy – TAK/NIE**  **Należy podać zakresy lub opisać oferowane parametry** | **Należy podać nr strony instrukcji, karty katalogowej lub innego dokumentu producenta potwierdzającego oferowane parametry** |
|  | **Aparat wielokomorowy – min. 12 komór w rękawie** |  |  |
|  | **Różne tryby pracy** |  |  |
|  | **Możliwa praca na jednym lub dwu mankietach 12 komorowych jednocześnie** |  |  |
|  | **Min. 10 programów masażu uciskowego** |  |  |
|  | **Ustawianie czasu utrzymania ciśnienia w komorach** |  |  |
|  | **Zakresy regulacji ciśnienia: 10-200 mmHg (+/-10 mm Hg)** |  |  |
|  | **Duży czytelny wyświetlacz LCD, min. 5’’**  **Obsługa urządzenia za pomocą dotykowych przycisków** |  |  |
|  | **Mankiety posiadające specjalną wielowarstwową konstrukcję:**   * **warstwa zewnętrzna wykonana z miękkiego, ale trwałego materiału;** * **warstwa wewnętrzna wykonana z tkaniny bawełnianej (100% bawełny)** |  |  |
|  | **Możliwość ustawiania ciśnienia w każdej komorze osobno** |  |  |
|  | **Możliwość ustawienia czasu przerwy pomiędzy jednym napełnieniem mankietu, a następnym** |  |  |
|  | **Funkcja umożliwiająca zapis ustawień, aby były dostępne po następnym wyłączeniu i włączeniu urządzenia** |  |  |
|  | **Funkcja przywrócenia domyślnych wartości urządzenia** |  |  |
|  | **Aparat wyposażony w 1 mankiet na kończynę górną, 2 mankiety na kończyny dolne** |  |  |
|  | **Opcja wyposażenia urządzenia w mankiet na pas biodrowy** |  |  |
|  | **Możliwe wyłączenie konkretnej komory w mankiecie** |  |  |
|  | **Waga urządzenia bez mankietów: max 9 kg** |  |  |
|  | **Wymiary (szer. x gł. x wys.): maksymalne 450 x 350 x 200 mm** |  |  |
|  | **Pobór mocy: maksymalny 120 VA** |  |  |
|  | **Zasilanie: 230V, 50/60 Hz** |  |  |
|  | **Gwarancja min 2 lata** |  |  |

**OFEROWANY STÓŁ SKŁADANY DO MASAŻU (1 SZTUKA):**

|  |
| --- |
| **Typ/model oferowany stół składany do masażu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Producent: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Oferowany okres gwarancji: \_\_\_\_\_ miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru bez zastrzeżeń** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Odpowiedź Wykonawcy – TAK/NIE**  **Należy podać zakresy lub opisać oferowane parametry** | **Należy podać nr strony instrukcji, karty katalogowej lub innego dokumentu producenta potwierdzającego oferowane parametry** |
|  | **Mechanizm składania zapewniający łatwy transport i oszczędność miejsca** |  |  |
|  | **Stół posiadający stabilną konstrukcję** |  |  |
|  | **Bezpieczny dla pacjenta i dla terapeuty** |  |  |
|  | **Duży udźwig** |  |  |
|  | **Długość stołu min. 180 cm** |  |  |
|  | **Długość stołu z podgłówkiem min. 210 cm** |  |  |
|  | **Szerokość stołu 60 cm** |  |  |
|  | **Ilość segmentów blatu 2** |  |  |
|  | **Długości segmentów blatu (od lewej) 90 / 90 cm** |  |  |
|  | **Pianka tapicerki grubości min. 5 cm** |  |  |
|  | **Wysokość regulowana stołu od 62 cm do 91 cm w 10 pozycjach** |  |  |
|  | **Wymiary po złożeniu maksymalne 90 x 60 x 20 cm** |  |  |
|  | **Waga stołu (bez wyposażenia) 14kg +/- 5%** |  |  |
|  | **Waga wyposażenia maksymalnie do 2 kg** |  |  |
|  | **Wytrzymałość dynamiczna minimum 450 kg** |  |  |
|  | **Wytrzymałość statyczna 1400 kg** |  |  |
|  | **Podgłówek regulowany** |  |  |
|  | **Półka przednia pod ramiona** |  |  |
|  | **Gwarancja min 2 lata** |  |  |

**OFEROWANE** **ŁÓŻKO REHABILITACYJNE WIELOFUNKCYJNE (1 SZTUKA):**

|  |
| --- |
| **Typ/model oferowane Łóżko rehabilitacyjne wielofunkcyjne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Producent: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Oferowany okres gwarancji: \_\_\_\_\_ miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru bez zastrzeżeń** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagany parametr** | **Odpowiedź Wykonawcy – TAK/NIE**  **Należy podać zakresy lub opisać oferowane parametry** | **Należy podać nr strony instrukcji, karty katalogowej lub innego dokumentu producenta potwierdzającego oferowane parametry** |
|  | **Łóżko rehabilitacyjne przeznaczone do opieki długoterminowej** |  |  |
|  | **Leże czterosegmentowe z regulacją segmentów oraz wysokości leża przy pomocy siłowników elektrycznych sterowanych pilotem przewodowym (pilot z kluczykiem umożliwiającym blokowanie obudowa łóżka z drewna i płyty laminowanej w komplecie z drewnianymi poręczami bocznymi**  **pozycja Trendelenburga i anty-Trendelendurga**  **wszystkich funkcji jednocześnie przez personel medyczny)** |  |  |
|  | **indywidualna blokada jazdy i obrotu czterech kół jezdnych** |  |  |
|  | **w leżu sprężynujące listwy lamelowe wzmocnione w części środkowej** |  |  |
|  | **szerokość całkowita 1050 mm ± 10mm (950mm ± 10mm)** |  |  |
|  | **długość całkowita 2140mm ± 10mm** |  |  |
|  | **wymiary leża 2020x890mm( 790mm) ± 5mm** |  |  |
|  | **regulacja wysokości 400 – 800mm ± 5mm** |  |  |
|  | **regulacja segmentu pleców w zakresie 0°¸ 70° (± 5°)** |  |  |
|  | **regulacja segmentu uda w zakresie 0°¸ 30° (± 5°)** |  |  |
|  | **kąt przechyłu Trendelenburga 0 – 12° (± 5°)** |  |  |
|  | **kąt przechyłu anty-Trendelenburga 0 – 12° (± 5°)** |  |  |
|  | **materac paroprzepuszczalny** |  |  |
|  | **uchwyt trójkątny na wysięgniku mocowanym w narożniku łózka** |  |  |
|  | **tapicerka – nieprzepuszczana/bawełniana; grubość – min. 10 cm** |  |  |
|  | **Gwarancja min 2 lata** |  |  |

Jednocześnie oświadczam/oświadczamy, iż[[5]](#footnote-5):

* 1. **nie podlegam/nie podlegamy wykluczeniu z postępowania na podstawie przesłanek, o których mowa w art. 7 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t. j. Dz.U. z 2025 r., poz. 514)**,
  2. zapoznałem/zapoznałam/zapoznaliśmy się z treścią Zapytania ofertowego i nie wnoszę/nie wnosimy do niego zastrzeżeń oraz przyjmuję/przyjmujemy warunki w nim zawarte,
  3. w przypadku udzielenia mi/nam zamówienia, zawrę/zawrzemy umowę na warunkach określonych w treści Zapytania ofertowego,
  4. w przypadku udzielenia mi/nam zamówienia wykonam/wykonany umowę na warunkach określonych w Zapytaniu ofertowym i załącznikach do niego,
  5. jestem związany/związana/ jesteśmy związani złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert w niniejszym postępowaniu,
  6. świadomy/świadoma/świadomi odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń, informuję/informujemy, iż dane zawarte w złożonej ofercie oraz wszystkich załączonych do niej dokumentach i oświadczeniach są zgodne z prawdą,
  7. wypełniłem/wypełniłam/wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/pozyskałam/pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie niniejszego zamówienia.

|  |  |
| --- | --- |
| *…………………………………………*  *(miejscowość i data)* | *……………………………………………*  *(podpis osób(-y) uprawnionej*  *do składania oświadczenia*  *woli w imieniu wykonawcy)* |

1. O ile dotyczy. [↑](#footnote-ref-1)
2. Cena netto wykonania przedmiotu zamówienia musi dotyczyć wykonania całego przedmiotu zamówienia opisanego w Zapytaniu ofertowym w tym w Załącznikach do niego, dotyczącego cz. nr I zamówienia. [↑](#footnote-ref-2)
3. Cena brutto wykonania przedmiotu zamówienia musi dotyczyć wykonania całego przedmiotu zamówienia opisanego w Zapytaniu ofertowym w tym w Załącznikach do niego dotyczącego cz. nr I zamówienia. [↑](#footnote-ref-3)
4. Proszę wpisać, jeżeli Wykonawca przewiduje realizację zamówienia z udziałem podwykonawcy/podwykonawców. [↑](#footnote-ref-4)
5. Treść oświadczenia należy odpowiednio zmodyfikować, tak, by było ono złożone zgodnie z prawdą. [↑](#footnote-ref-5)