

Projekt nr FELU.08.05-IZ.00-0028/24 pt. „Rozwój usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej na terenie Miasta Dęblin” realizowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Działania 8.5 Usługi społeczne, Priorytetu VIII Zwiększanie spójności społecznej programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027

**Zał. nr 1**

**Opis przedmiotu zamówienia - Specyfikacja techniczna**

1. **Łóżko rehabilitacyjne – 8 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Czterosegmentowe | TAK |  |
| 3. | Elementy drewniane - kolorystyka : Kolor okleiny: BUK JASNY | TAK |  |
| 4. | Regulacja wysokości leża od 30 cm do 70 cm ± 5 cm | Podać |  |
| 5. | Wszystkie funkcje łóżka sterowane elektrycznie przy pomocy pilota | TAK |  |
| 6. | Elementy metalowe malowane proszkowo | TAK |  |
| 7. | Uchwyty do mocowania wyposażenia dodatkowego, | TAK |  |
| 8. | Cztery koła antystatyczne z możliwością blokady | TAK |  |
| 9. | Leże metalowe | TAK |  |
| 10. | Obciążenie maksymalne: 165 kg ± 10 kg | Podać |  |
| 11. | Wymiary zewnętrzne: 105 x 217 cm ± 5 cm | Podać |  |
| 12. | Wymiary leża: 90 x 200 cm ± 2 cm | Podać |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | NIE |  |
| 2. | Posiada deklarację zgodności producenta | TAK |  |
| 3. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | NIE |  |
| 2. | Autoryzacja na sprzedaż urządzenia na terenie Polski | NIE |  |
| 3. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) | TAK |  |

1. **Łóżko rehabilitacyjne dla osób otyłych – 4 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Trzy segmentowe | TAK |  |
| 3. | Elementy drewniane - kolorystyka : Kolor okleiny: BUK JASNY | TAK |  |
| 4. | Regulacja wysokości leża od 30 cm do 80 cm ± - 7 cm | Podać |  |
| 5. | Wszystkie funkcje łóżka sterowane elektrycznie przy pomocy pilota | TAK |  |
| 6. | Elementy metalowe malowane proszkowo | TAK |  |
| 7. | Uchwyty do mocowania wyposażenia dodatkowego, | TAK |  |
| 8. | Cztery koła antystatyczne z możliwością blokady | TAK |  |
| 9. | Waga pacjenta 240 kg ± - 5 kg | Podać |  |
| 10. | Obciążenie maksymalne: 270 kg ± 15% | Podać |  |
| 11. | Wymiary zewnętrzne:133 cm x 208 ± 5 cm | Podać |  |
| 12. | Wymiary leża: 120 cm x 200 cm ± 2 cm | Podać |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | NIE |  |
| 2. | Posiada deklarację zgodności producenta | TAK |  |
| 3. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | NIE |  |
| 2. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy) | TAK |  |

1. **Materac przeciwodleżynowy gofrowy – 12 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Wysokiej jakości materac zapewniający dzięki specjalnej konstrukcji wysoki komfort użytkowania | TAK |  |
| 3. | Materac posiada pokrowiec nieprzemakalny | TAK |  |
| 4. | Dopuszczalne obciążenie: 130 kg ± 5% | Podać |  |
| 5. | Wymiary: 90 cm x 200 cm x 12 cm ± 2 cm | Podać |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | NIE |  |
| 2. | Posiada deklarację zgodności producenta | TAK |  |
| 3. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | NIE |  |
| 2. | Autoryzacja na sprzedaż urządzenia na terenie Polski | NIE |  |
| 3. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). | TAK |  |

1. **Materac przeciwodleżynowy zmiennociśnieniowy – 12 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Wysokiej jakości materac zapewniający dzięki specjalnej konstrukcji wysoki komfort użytkowania | TAK |  |
| 3. | Wymiary: 200 cm x 90 cm ± 5 cm | Podać |  |
| 4. | Obciążenie: 125 kg ± 5kg | Podać |  |
| 5. | Pompa zmiennociśnieniowa | TAK |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | NIE |  |
| 2. | Posiada deklarację zgodności producenta | TAK |  |
| 3. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | NIE |  |
| 2. | Autoryzacja na sprzedaż urządzenia na terenie Polski | NIE |  |
| 3. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). | TAK |  |

1. **Lecznicza kołdra obciążeniowa – 3 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Materiał wysokiej jakości zapewniający wysoki komfort użytkowania | TAK |  |
| 3. | Wymiary: 150 cm x 220c m ± 10 cm | Podać |  |
| 4. | Waga: 7 kg ± 1 kg | Podać |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | NIE |  |
| 2. | Posiada deklarację zgodności producenta | TAK |  |
| 3. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | NIE |  |
| 2. | Autoryzacja na sprzedaż urządzenia na terenie Polski | NIE |  |
| 3. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). | TAK |  |

1. **Poduszka p/w odleżynowa – 5 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Materiał wysokiej klasy zapewniający wysoki komfort użytkowania | TAK |  |
| 3. | Wymiary: 50 cm x 40cm x 50cm ± 5 cm | Podać |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | NIE |  |
| 2. | Posiada deklarację zgodności producenta | TAK |  |
| 3. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | NIE |  |
| 2. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). | TAK |  |

1. **Podpórka ułatwiająca chodzenie typu Ambona do 180 kg – 5 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Cztery koła | TAK |  |
| 3. | Regulowana wysokość podparcia pod łokcie 78-129 cm | TAK |  |
| 4. | Ergonomiczne uchwyty. | TAK |  |
| 5. | Szerokość całkowita: 60 cm +/- 5cm  Długość całkowita: 66,5 cm  Wysokość podparcia : 51 cm x31 cm +/- 5 cm  Waga urządzenia max. 16 kg | Podać |  |
| 6. | Maksymalne obciążenie: 180 kg ± 5% | TAK |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | NIE |  |
| 2. | Posiada deklarację zgodności producenta | TAK |  |
| 3. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | NIE |  |
| 2. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). Wymagany czas usunięcia usterki max. 3 dni zgłoszenia. | TAK |  |

1. **Wózek inwalidzki ze stabilizacją głowy – 2 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Rama krzyżowa;  Uchylne i demontowalne podłokietniki;  Podnóżki odchylane i odpinane. | TAK |  |
| 3. | Koła tylne wyposażone w system szybkiego demontażu. | TAK |  |
| 4. | Waga wózka do 19 kg ± 5% | Podać |  |
| 5. | Dopuszczalne obciążenie 120 kg ± 10% | TAK |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | NIE |  |
| 2. | Posiada deklarację zgodności producenta | TAK |  |
| 3. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | NIE |  |
| 2. | Autoryzacja  na sprzedaż urządzenia na terenie Polski | NIE |  |
| 3. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). | TAK |  |

1. **Ssak elektryczny przenośny – 3 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Wymiary: 36 x 16 x 27 cm+/- 2 cm | Podać |  |
| 3. | Filtr antyprzelewowy | TAK |  |
| 6. | Głośność: 65 db +/- 2% | Podać |  |
| 7. | Regulacja siły ssania | TAK |  |
| 8. | Czas pracy ciągły | TAK |  |
| 9. | Naczynie o pojemności 1litr +/- 3% | Podać |  |
| 10. | Wyposażony w baterie | TAK |  |
| 11. | Kabel zasilający | TAK |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | TAK |  |
| 2. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | NIE |  |
| 2. | Autoryzacja na sprzedaż urządzenia na terenie Polski | NIE |  |
| 3. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). Wymagany czas usunięcia usterki max. 3 dni zgłoszenia. | TAK |  |

1. **Koncentrator tlenu stacjonarny – 2 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Wymiary: 500 x 390 x 245 mm +/- 2% | TAK |  |
| 3. | Waga: 15 kg +/- 1 kg | Podać |  |
| 4. | Stężenie tlenu; 87%-96% | TAK |  |
| 5. | wyposażony w nebulizator i czujnik stężenia | TAK |  |
| 8. | Butla nawilżacza: 1 sztuka | TAK |  |
| 9. | Pilot zdalnego sterowania | TAK |  |
| 10. | Wyświetlacz LCD | TAK |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | TAK |  |
| 2. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | NIE |  |
| 2. | Autoryzacja na sprzedaż urządzenia na terenie Polski | NIE |  |
| 3. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). Wymagany czas usunięcia usterki max. 3 dni zgłoszenia. | TAK |  |

1. **Koncentrator tlenu przenośny – 2 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Głośność 39 db +/- 1 % | TAK |  |
| 3. | **6-stopniowe ustawienie przepływu tlenu,** | TAK |  |
| 5. | działania baterii min 3 godz., | TAK |  |
| 6. | wskaźnik naładowania baterii | TAK |  |
| 7. | stężenie tlenu 90% | TAK |  |
| 8. | Zasilacz sieciowy oraz samochodowy | TAK |  |
| 9. | Wymiary:18,3 cm x: 8,3 x 20,5 cm +/- 5% | Podać |  |
| 10. | Waga: 2,2 kg +/- 5% | Podać |  |
|  | | | |
| 1. | Certyfikat CE | TAK |  |
| 2. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | NIE |  |
| 2. | Autoryzacja na sprzedaż urządzenia na terenie Polski | NIE |  |
| 3. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). Wymagany czas usunięcia usterki max. 3 dni zgłoszenia. | TAK |  |

1. **Laska inwalidzka – 2 sztuk.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Konstrukcja aluminiowa | TAK |  |
| 3. | Waga do 2 kg. ± 5% | Podać |  |
| 4. | Obciążenie maksymalne 100 kg. ± 5% | Podać |  |
| 5. | Regulacja wysokości od 66-88 cm | Podać |  |
| 6. | Antypoślizgowa nasadka amortyzująca wstrząsy | TAK |  |
| 7. | Antypoślizgowy uchwyt | TAK |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | NIE |  |
| 2. | Posiada deklarację zgodności producenta | TAK |  |
| 3. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | NIE |  |
| 2. | Autoryzacja na sprzedaż urządzenia na terenie Polski | NIE |  |
| 3. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn – pt z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). | TAK |  |

1. **Laska rehabilitacyjna – 2 sztuk.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Konstrukcja aluminiowa | TAK |  |
| 3. | Waga do 2 kg. ± 10% | Podać |  |
| 4. | Obciążenie maksymalne 100 kg. ± 5% | Podać |  |
| 5. | Regulacja wysokości | Podać |  |
| 6. | Nóżki czwórnogu pokryty nasadką gumową cm ± 5% | Podać |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | NIE |  |
| 2. | Posiada deklarację zgodności producenta | TAK |  |
| 3. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | NIE |  |
| 2. | Autoryzacja na sprzedaż urządzenia na terenie Polski | NIE |  |
| 3. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn – pt z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). | TAK |  |

1. **Kule ortopedyczne łokciowe ergodynamiczne – 4 sztuk.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Konstrukcja aluminiowa | TAK |  |
| 3. | Waga do 2 kg. ± 5% | Podać |  |
| 4. | Obciążenie maksymalne 130 kg. ± 5% | Podać |  |
| 5. | Regulacja wysokości | TAK |  |
| 6. | Antypoślizgowy uchwyt | TAK |  |
| 7. | Antypoślizgowa stopka | TAK |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | NIE |  |
| 2. | Posiada deklarację zgodności producenta | TAK |  |
| 3. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | NIE |  |
| 2. | Autoryzacja na sprzedaż urządzenia na terenie Polski | NIE |  |
| 3. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn – pt z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). | TAK |  |

1. **Inhalator – 4 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Przepływ powietrza: 8,2 l/min - 6,8 l/min | Podać |  |
| 3. | Głośność do 55 db +/- 5% | Podać |  |
| 4. | Ciśnienie maksymalne 3,5±0,5 bar | TAK |  |
| 5. | Maksymalna podawana objętość leku 8 ml | TAK |  |
| 6. | Wymiary: 26 x 12 x 23,5 cm +/- 2 cm | Podać |  |
| 7. | Waga urządzenia: 2,4 kg +/- 5% | Podać |  |
| 8. | Pokrętło regulacji ciśnienia | TAK |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | TAK |  |
| 2. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | NIE |  |
| 2. | Autoryzacja na sprzedaż urządzenia na terenie Polski | NIE |  |
| 3. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). Wymagany czas usunięcia usterki max. 3 dni zgłoszenia. | TAK |  |

1. **Ciśnieniomierz – 4 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Wymiary 138 x 103 x 54 mm (długość, szerokość, wysokość) +/- 2 cm | Podać |  |
| 3. | Waga urządzenia 222 g (bez baterii) +/- 3% | Podać |  |
| 4. | Rozmiar mankietu 22 - 42 cm +/- 2 cm | Podać |  |
| 5. | Zasilanie bateryjne z zasilaczem | TAK |  |
| 6. | Rodzaj pomiaru: automatyczny | TAK |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | TAK |  |
| 2. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | NIE |  |
| 2. | Autoryzacja na sprzedaż urządzenia na terenie Polski | NIE |  |
| 3. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). Wymagany czas usunięcia usterki max. 3 dni zgłoszenia. | TAK |  |

1. **Lampa do naświetlania z koloroterapią i ze statywem – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Średnia energia światła na minutę śr. 2.4 J/cm2 ± 2% | TAK |  |
| 3. | Długość fali: 480 - 3400 nm | TAK |  |
| 4. | Zasilanie: 100-240 V | TAK |  |
| 5. | Waga: 0,5 kg ± 2% | Podać |  |
| 6. | Średnica filtra 5 cm ± 2% | Podać |  |
| 7. | Z filtrem Fulerenowym | TAK |  |
| 8. | Wyposażony w etui / walizkę do przechowywania | TAK |  |
| 9. | Statyw podłogowy | TAK |  |
| 10. | Przewód sieciowy - odłączany | TAK |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | NIE |  |
| 2. | Deklaracja zgodności z Dyrektywą 93/42/EWG | TAK |  |
| 3. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | NIE |  |
| 2. | Autoryzacja na sprzedaż urządzenia na terenie Polski | NIE |  |
| 3. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). | TAK |  |

1. **Podpórka pod plecy – 3 sztuk.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Konstrukcja aluminiowa składana | TAK |  |
| 3. | Waga do 2,7 kg. ± 5% | Podać |  |
| 4. | Obciążenie maksymalne 75 kg. ± 5% | Podać |  |
| 5. | Regulacja kąta nachylenia | TAK |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | NIE |  |
| 2. | Posiada deklarację zgodności producenta | TAK |  |
| 3. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | TAK |  |
| 2. | Autoryzacja na sprzedaż urządzenia na terenie Polski | NIE |  |
| 3. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn – pt z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). | TAK |  |

1. **Lampa do nagrzewania – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Nagrzewanie na podczerwień | TAK |  |
| 3. | Moc 300 W | TAK |  |
| 4. | Ochrona przed UV | TAK |  |
| 5. | Waga urządzenia 1,6 kg ± 0,2 kg | Podać |  |
| 6. | Wym. 27 x 19,5 x 19,5 cm ± 3 cm | Podać |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | TAK |  |
| 2. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | NIE |  |
| 2. | Autoryzacja na sprzedaż urządzenia na terenie Polski | NIE |  |
| 3. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). | TAK |  |

1. **Masażer dłoni (akumpresura, wibracje, grzanie)– 2 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Masaż pneumatyczny | TAK |  |
| 3. | 6 programów masażu | TAK |  |
| 4. | Terapia ciepłem do 39 st. C | TAK |  |
| 5. | 6 poziomów intensywności | TAK |  |
| 6. | Czas pracy od 10 do 15 minut | TAK |  |
| 7. | Wbudowana bateria | TAK |  |
| 8. | Zasilacz do urządzenia | TAK |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | TAK |  |
| 2. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | NIE |  |
| 2. | Autoryzacja na sprzedaż urządzenia na terenie Polski | NIE |  |
| 3. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn – pt z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). | TAK |  |

1. **Robot do rehabilitacji dłoni (rękawiczki do fizjoterapii) – 2 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Regulacja natężenia pracy | TAK |  |
| 3. | Regulacja trybów pracy od 1 do 9 programów | TAK |  |
| 4. | Zasilacz do ładowania | TAK |  |
| 5. | Rękawica pięciopalcowa | TAK |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | NIE |  |
| 2. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | NIE |  |
| 2. | Autoryzacja na sprzedaż urządzenia na terenie Polski | NIE |  |
| 3. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn – pt z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). | TAK |  |

1. **Przyłóżkowe urządzenie rehabilitacyjne z osprzętem 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Długość: 226-260 cm ± 10 cm  Szerokość: 70 cm ± 10 cm  Wysokość: 204 cm ± 10 cm | Podać |  |
| 3. | Materiał: stalowana konstrukcja malowana proszkowo | TAK |  |
| 4. | Kolor: biały | TAK |  |
| 5. | Waga: max. 37 kg± 5% | Podać |  |
| 6. | maksymalne obciążenie: 160kg± 5 kg | Podać |  |
| 7. | 4 jezdne kółka z hamulcem | TAK |  |
| 8. | 53-elementowy osprzęt do kabiny | TAK |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | TAK |  |
|  | Posiada deklarację zgodności producenta | TAK |  |
| 2. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | TAK |  |
| 2. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). | TAK |  |

1. **Przyrząd do ćwiczeń i rehabilitacji ręki, łokcia, barku – poliester 2 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Długość: 80 cm ± 5 cm  Obwód: 48 cm ± 5 cm  Ilość komór: 4 | Podać |  |
| 3. | Mankiet z materiału łatwo zmywalnego | TAK |  |
| 4. | Kolor: dowolny | TAK |  |
| 5. | W zestawie z elektrostymulatorem | TAK |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | TAK |  |
| 2. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | TAK |  |
| 2. | Autoryzacja na sprzedaż urządzenia na terenie Polski | NIE |  |
| 3. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). | TAK |  |

1. **Rękawica do rehabilitacji dłoni - prawa ręka – XL 2 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Przewód na wejście USB typ C | TAK |  |
| 3. | Rozmiar rękawicy XL Prawa ręka | TAK |  |
| 4. | Pięciostopniowa regulacja intensywności pracy | TAK |  |
| 5. | Wymiary:  Długość dłoni 19–22 cm ± 3 cm Szerokość dłoni 10–12 cm ± 3 cm | Podać |  |
| 6. | Automatyczny czasomierz 15 minutowy | TAK |  |
| 7. | Miękki materiał | TAK |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | TAK |  |
| 2. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | TAK |  |
| 2. | Autoryzacja na sprzedaż urządzenia na terenie Polski | NIE |  |
| 3. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). | TAK |  |

1. **Rękawica do rehabilitacji dłoni - lewa ręka – XL 2 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Przewód na wejście USB typ C | TAK |  |
| 3. | Rozmiar rękawicy XL Lewa ręka | TAK |  |
| 4. | Pięciostopniowa regulacja intensywności pracy | TAK |  |
| 5. | Wymiary:  Długość dłoni 19–22 cm ± 3 cm  Szerokość dłoni 10–12 cm ± 3 cm | Podać |  |
| 6. | Automatyczny czasomierz 15 minutowy | TAK |  |
| 7. | Miękki materiał | TAK |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | TAK |  |
| 2. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | TAK |  |
| 2. | Autoryzacja na sprzedaż urządzenia na terenie Polski | NIE |  |
| 3. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). | TAK |  |

1. **Stolik - nakładka na łóżko 4 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Wymiary zewnętrzne: 105 x38x 5 cm± 3 cm | Podać |  |
| 3. | Waga: 4,5 kg ± 3 % | Podać |  |
| 4. | Nakładany na barierki łóżka | TAK |  |
| 5. | Blat w kolorze jasny buk | TAK |  |
| 6. | Posiada haczyki do powieszenia przy łóżku | TAK |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | NIE |  |
| 2. | Posiada deklarację zgodności producenta | TAK |  |
| 3. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | TAK |  |
| 2. | Autoryzacja na sprzedaż urządzenia na terenie Polski | NIE |  |
| 3. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). | TAK |  |

1. **Stolik przyłóżkowy do karmienia 4 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
|  | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
|  | regulacji wysokości stolika w zakresie 77-113 cm, | TAK |  |
|  | Zewnętrzny wymiary blatu: 79cm ×40 cm± 3 cm | Podać |  |
|  | Regulowany obszar blatu o wymiarze 60 x 40 cm± 3 cm | Podać |  |
|  | regulacji nachylenia blatu w zakresie 0° - 45° | TAK |  |
|  | Elementy drewniane w kolorze bukowym | TAK |  |
|  | 4 kółka jezdne, w tym 2 z możliwością blokady, | TAK |  |
|  | Waga 10 kg ± 5% | Podać |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | NIE |  |
| 2. | Posiada deklarację zgodności producenta | TAK |  |
| 3. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | NIE |  |
| 2. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). | TAK |  |

1. **Poduszka z żelem chłodzącym 4 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Wymiary: ok 49,5 x 29,5 cm± 3 cm | Podać |  |
| 3. | Wysokość profilu: 9,5 x 6,5 x 7 cm± 2 cm | Podać |  |
| 4. | Materiał: pianka VISCO z pamięcią kształtu, żel chłodzący | TAK |  |
| 5. | Waga: 1.6 kg ± 3 % | Podać |  |
| 6. | Poszewka | TAK |  |
| 7. | Kolor: biały | TAK |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | NIE |  |
| 2. | Posiada deklarację zgodności producenta | TAK |  |
| 3. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | NIE |  |
| 2. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). | TAK |  |

1. **Poduszka pneumatyczna do mycia głowy z pompką 4 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | wymiary basenu: 61 cm x 53 cm x 20 cm ± 5 cm | Podać |  |
| 3. | Pojemność basenu: 10 litrów ± 5 % | Podać |  |
| 4. | Wąż spustowy | TAK |  |
| 5. | Zbiornik spustowy | TAK |  |
| 6. | Pompka w zestawie | TAK |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | NIE |  |
| 2. | Posiada deklarację zgodności producenta | TAK |  |
| 3. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | NIE |  |
| 2. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). | TAK |  |

1. **Podnośnik transportowo-kąpielowy 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Pozycje przenoszenia: siedząca, półleżąca, leżąca | TAK |  |
| 3. | Nośność min 130 kg | TAK |  |
| 4. | Wymiary: (dł. x szer. x wys.) 860 x 718 x 1375 mm ± 3 cm | Podać |  |
| 5. | 2 podwójne koła przednie 100 mm | TAK |  |
| 6. | 2 podwójne koła tylne z hamulcami 125 mm | TAK |  |
| 7. | Zakres podnoszenia: minimalny – maksymalny 475 – 1175 mm | TAK |  |
| 8. | Wysokość regulowana elektrycznie | TAK |  |
| 9. | Wycięcie w siedzisku do lepszej higieny | TAK |  |
| 10. | Wysokość urządzenia regulowana elektrycznie, | TAK |  |
| 11. | Pilot sterujący | TAK |  |
| 12. | Pady bezpieczeństwa | TAK |  |
| 13. | Natężenie prądu 1 A | TAK |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | NIE |  |
| 2. | Posiada deklarację zgodności producenta | TAK |  |
| 3. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | TAK |  |
| 2. | Autoryzacja na sprzedaż urządzenia na terenie Polski | NIE |  |
| 3. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). | TAK |  |

1. **Przenośnik tamowo-rolkowy do przekręcania 2 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Konstrukcja aluminiowa | TAK |  |
| 3. | Nośność 160 kg ± 5 kg | Podać |  |
| 4. | Wymiary: 1100 x 395 mm ±10mm | podać |  |
| 5. | Rolki z materiału skóropodobnego | TAK |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | NIE |  |
| 2. | Posiada deklarację zgodności producenta | TAK |  |
| 3. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | TAK |  |
| 2. | Autoryzacja na sprzedaż urządzenia na terenie Polski | NIE |  |
| 3. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). | TAK |  |

1. **Pudełka na protezę 10 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Tworzywo sztuczne, odporne na dezynfekcje | TAK |  |
| 3. | Wewnętrzny koszyczek/sitko ułatwiający odsączanie protezy z płynów | TAK |  |
| 4. | Wymiary: 8 cm x 7 cm x głębokość 5 cm ± 1 cm | Podać |  |
| 5. | Posiada szczelną pokrywę | TAK |  |
| 6. | Kolor: zielony | TAK |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | NIE |  |
| 2. | Posiada deklarację zgodności producenta | TAK |  |
| 3. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | TAK |  |
| 2. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). | TAK |  |

1. **Basen do higieny domowej 6 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | dł. 48 cm (z rączką) x szer. 27 cm x wys. 8 cm ± 2 cm | Podać |  |
| 3. | Materiał, tworzywo sztuczne odporne na dezynfekcje i sterylizację | TAK |  |
| 4. | Z pokrywą i uchwytem | TAK |  |
| 5. | Kolor: turkusowy lub szary | TAK |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | NIE |  |
| 2. | Posiada deklarację zgodności producenta | TAK |  |
| 3. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | NIE |  |
| 2. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). | TAK |  |

1. **Stojak na kroplówki 2 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Stal chromowana, lakierowana | TAK |  |
| 3. | Płynna regulacja wysokości od 1,35 do 2,15 m± 10 cm | Podać |  |
| 4. | Uchwyt z 4 hakami | TAK |  |
| 5. | Kółka | TAK |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | NIE |  |
| 2. | Posiada deklarację zgodności producenta | TAK |  |
| 3. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | NIE |  |
| 2. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). | TAK |  |

1. **Wózek pielęgnacyjny z nachyleniem kąta podparcia – 2 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Szerokość siedziska min 44 cm ± 3 cm | Podać |  |
| 3. | Rama krzyżowa;  Uchylne i demontowalne podłokietniki;  Podnóżki odchylane i odpinane. | TAK |  |
| 4. | Koła tylne wyposażone w system szybkiego demontażu. | TAK |  |
| 5. | Waga wózka do 19 kg ± 5% | Podać |  |
| 6. | Dopuszczalne obciążenie 120 kg ± 5% | TAK |  |
| 7. | Podnóżki z regulacją kąta nachylenia do poziomu z bocznymi zabezpieczeniami, | TAK |  |
| 8. | Pasy bezpieczeństwa w zestawie | TAK |  |
| 9. | Tapicerka łatwa w czyszczeniu | TAK |  |
| 10. | Rama aluminiowa | TAK |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | NIE |  |
| 2. | Posiada deklarację zgodności producenta | TAK |  |
| 3. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | NIE |  |
| 2. | Autoryzacja na sprzedaż urządzenia na terenie Polski | NIE |  |
| 3. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). | TAK |  |

1. **Elektrostymulator przeciwbólowy i treningowy dla logopedy i fizjoterapeuty 1 szt**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Rodzaj generowanych prądów: EMS z funkcją termoterapii FIR | TAK |  |
| 3. | 10 kanałowy | TAK |  |
| 4. | Możliwe podłączenie 20 elektrod jednocześnie | TAK |  |
| 5. | Komplet zawiera: min.10 par elektrod silikonowych typu ,,bańki” | TAK |  |
| 5. | Komplet zawiera: min.10 przewodów połączeniowych typu PIN2 | TAK |  |
| 6. | Komplet zawiera: min.10 par promienników FIR | TAK |  |
| 7. | Komplet zawiera: min. 10 przewodów połączeniowych do promienników FIR | TAK |  |
| 8. | Komplet zawiera: min. 10 opasek stabilizujących do elektrod | TAK |  |
| 9. | Komplet zawiera: min. 1 przewód zasilający | TAK |  |
| 10. | Komplet zawiera: min. 1 metalowy stojak na elektrody | TAK |  |
| 11. | Posiada 8 programów pracy | TAK |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | TAK |  |
| 2. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | TAK |  |
| 2. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). | TAK |  |

1. **Poduszka do bezpiecznego obracania 10 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać | |  |
| 2. | Wymiary: 49 cm x 41,5 cm x 10,6 cm ± 5 cm | Podać | |  |
| 3. | Pas na rzepy do podciągania | TAK | |  |
| 4. | Materiał łatwo czyszczący, nieprzemakalny | TAK | |  |
| 5. | Odporny na przekształcenia | TAK | |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | | |
| 1. | Certyfikat CE | | NIE |  |
| 2. | Posiada deklarację zgodności producenta | | TAK |  |
| 3. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | | NIE |  |
| 2. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). | | TAK |  |

1. **Mata ślizgowa do przekręcania leżącego do 150 kg 4 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Wymiary: 200 cm x 90 cm± 5 cm | Podać |  |
| 3. | Uchwyty na całej długości | TAK |  |
| 4. | Obciążenie min. 120 kg ± 5 kg | Podać |  |
| 5. | Materiał na bazie nylonu | TAK |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | NIE |  |
| 2. | Posiada deklarację zgodności producenta | TAK |  |
| 3. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | NIE |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | NIE |  |
| 2. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). | NIE |  |

1. **Deska ślizgowa do przenoszenia z łóżka na wózek 4 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Wymiary: 68 x 33 x 0,6 cm± 5 cm | Podać |  |
| 3. | Obciążenie: 135 kg ± 5 kg | Podać |  |
| 4. | Z uchwytem | TAK |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | NIE |  |
| 2. | Posiada deklarację zgodności producenta | TAK |  |
| 3. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | NIE |  |
| 2. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). | TAK |  |

1. **Pompa do żywienia - dieta płynna 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Wejście wtyczki: napięcie AC 100-240Vac/50-60Hz | TAK |  |
| 3. | Akumulator | TAK |  |
| 4. | Waga: 610 g ± 20 g | Podać |  |
| 5. | Wymiary (wys. x szer. x gł.): 138 x 128 x 48mm ± 10mm | Podać |  |
| 6. | Dokładność przepływu: ±7% | TAK |  |
| 7. | Zakres przepływu: 1 – 600 ml/h | TAK |  |
| 8. | Zakres objętości: 1-5000 ml ± 5 % | podać |  |
| 9. | Tryb pracy nocnej | TAK |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | TAK |  |
| 2. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | TAK |  |
| 2. | Autoryzacja na sprzedaż urządzenia na terenie Polski | NIE |  |
| 3. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). | TAK |  |

1. **Składany stół do fizjoterapii szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Wymiary leża: 70 x 190 cm ± 2 cm | Podać |  |
| 3. | Regulacja wysokości leża od 60 cm do 90 cm ± 5 cm | Podać |  |
| 4. | Waga do 20 kg ± 2 kg | Podać |  |
| 5. | Tapicerka w kolorze beżowym | TAK |  |
| 6. | Rama z drewna bukowego | TAK |  |
| 7. | Torba transportowa | TAK |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | NIE |  |
| 2. | Posiada deklarację zgodności producenta | TAK |  |
| 3. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | NIE |  |
| 2. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). | TAK |  |

1. **Pulsoksymetr 5 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Wymiary: 60 x 33 x 30 mm ± 2 cm | Podać |  |
| 3. | Waga: 35 g ± 5g | Podać |  |
| 4. | Wskaźnik niskiego poziomu baterii | TAK |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | TAK |  |
| 2. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | NIE |  |
| 2. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). | TAK |  |

1. **Termometry bezdotykowe 5 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Minimalne parametry jakościowe, techniczne, wydajnościowe, funkcjonalne i użytkowe** | **Parametr wymagany** | Parametr oferowanego sprzętu  (**wpisać TAK** – w przypadku potwierdzenia parametru **i podać wymagany parametr** w przypadkach wskazanych w tabeli **lub** w przypadku zaoferowania sprzętu równoważnego **opisać parametr sprzętu równoważnego**) |
| 1. | Model/typ  Producent  Fabrycznie nowy | Podać |  |
| 2. | Wymiary: 150 x 49 x 55 mm. ± 15mm | Podać |  |
| 3. | Waga bez baterii: 75 g ± 5g | Podać |  |
| 4. | Odległość pomiarowa: ≤3cm | TAK |  |
| 5. | Pomiar temperatury na podczerwień | TAK |  |
| 6. | Miejsce pomiaru: czoło, | TAK |  |
| 7. | Zasilanie bateryjne | TAK |  |
| **DOKUMENTACJA PRODUKTU** | | | |
| 1. | Certyfikat CE | TAK |  |
| 2. | Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie | TAK |  |
| **SZKOLENIE I SERWIS** | | | |
| 1. | Szkolenie z obsługi urządzenia | NIE |  |
| 2. | Czas reakcji serwisu na zgłoszenie awarii max. 24 godz. w dni robocze (liczone od pn. – pt. z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy). | TAK |  |