**Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego nr 2025-92539-257743**

…………………………………...

Nazwa Wykonawcy

**FORMULARZ CENOWY**

**Formularz cenowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Przedmiot zamówienia | J. m. | Ilość | Cena jednostkowa netto | Wartość netto | Podatek VAT | | Wartość brutto |
| Stawka | Wartość |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| A | **Podgrzewacz parafiny/borowiny** | Szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| B | **Fotel zabiegowy z funkcją stołu zabiegowo chirurgicznego** | Szt. | 3 |  |  |  |  |  |
| C | **Fotel zabiegowy - multifunkcyjny** | Szt. | 3 |  |  |  |  |  |
| D | **Sauna fińska sucha** | Szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| E | **Bieżnia treningowa** | Szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| F | **Orbitrek magnetyczny** | Szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| G | **Orbitrek eliptyczny** | Szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| H | **Stół do masażu, wielofunkcyjny** | Szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| I | **Wioślarz magnetyczny** | Szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| J | **Aparat do masażu uciskowego** | Szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| K | **Aparat do laseroterapii biostymulacyjnej** | Szt. | 1 |  |  |  |  |  |
| **Wartość ogółem:** | | | | |  |  |  |  |

……….…………….………………………………….....

*Podpisy elektroniczne przedstawicieli Wykonawcy*

1. **Podgrzewacz parafiny/borowiny**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Producent, miejsce produkcji:** |  | | |
| **Nazwa, typ, model urządzenia:** |  | **Rok produkcji:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i warunki** | **Informacja (opis) Wykonawcy o zaoferowanym urządzeniu** |
|  | Certyfikat CE lub deklaracja zgodności. Urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane, nie powystawowe, rok produkcji nie starszy niż 2025 r. |  |
|  | Zasilanie elektryczne urządzenia: 230V, 50Hz ±10% |  |
|  | Urządzenie przeznaczone do ogrzewania parafiny i borowiny w kąpieli wodnej oraz ogrzewania okładów żelowych |  |
|  | Grzałka zlokalizowana na spodzie urządzenia w sposób nie zwiększający gabarytów zewnętrznych |  |
|  | Od frontu urządzenie wyposażone w elementy sterujące (regulacyjne) oraz sygnalizacyjne w tym minimum włącznik główny, termostat oraz zawór spustowy |  |
|  | Urządzenie wykonane ze stali nierdzewnej |  |
|  | Urządzenie wyposażone w kółka stabilizujące |  |
|  | Pojemność urządzenia minimum 20L |  |
|  | Wymiary zewnętrzne urządzenia maksymalnie (dł. x szer. x wys.): 550 x 350 x 250 [mm] |  |
|  | Temperatura robocza borowinowych nośników ciepła w zakresie minimum od 40° do 45° |  |
|  | Temperatura robocza parafiny w zakresie minimum od 56° do 58° |  |
|  | Zakres kontroli temperatury do minimum 90° |  |
|  | Urządzenie wyposażone w komplet akcesoriów oraz okablowania umożliwiający rozpoczęcie pracy w tym minimum:   * pojemnik 2/3, * pojemnik 1/3, * pokrywa 2/3, * pokrywa 1/3, * chochla 0,5L ±0,1L   Pojemniki oraz pokrywy wykonane ze stali nierdzewnej |  |
| **Warunki gwarancji** | | |
|  | Okres gwarancji, liczony od daty podpisania ostatecznego protokołu dostawy urządzenia: minimum 24 m-cy |  |
|  | Autoryzowane punkty serwisowe . |  |
|  | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniających do wymiany podzespołu na nowe – max. 3 naprawy tego samego podzespołu (z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika). |  |
|  | Czas reakcji serwisu „przyjęte zgłoszenie – podjęta naprawa” – max. 48 godzin w dni robocze od zgłoszenia awarii mailem na adres podany w umowie. |  |
|  | Czas naprawy – max. 5 dni roboczych od podjęcia naprawy. |  |
|  | W przypadku, gdy czas naprawy przekroczy 5 dni roboczych Wykonawca dostarczy urządzenie zastępcze. |  |
|  | Przerwa w eksploatacji aparatu łącznie z naprawą gwarancyjną wynosząca więcej niż 5 dni przedłużająca okres gwarancji o tę przerwę. |  |
|  | Przeglądy techniczne wymagane lub zalecane przez producenta w okresie gwarancji wykonane będą na koszt Wykonawcy. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu trwania gwarancji. |  |
|  | Szkolenie z obsługi aparatu dla personelu wskazanego przez zamawiającego na żądanie wg jego potrzeb ( w ramach umowy) min. 4 osób |  |
|  | Min. 10-cio letni okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty upływu terminu gwarancji |  |

**DODATKOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Dane** | **Należy podać** |
| 1. | Dane teleadresowe i kontaktowe do najbliższych dla siedziby Zamawiającego autoryzowanych punktów serwisowych |  |
| 2. | Częstotliwość wykonywania wymaganych lub zalecanych przez producenta przeglądów technicznych. |  |
| 3. | Przewidywany roczny koszt brutto okresowego przeglądu aparatu wykonywanego zgodnie z zaleceniem producenta po upływie gwarancji,  (szacunkowa kalkulacja sporządzona w dniu składania oferty, uwzględniająca wymianę części zużywalnych lub zamiennych w trakcie przeglądu) |  |
| 4 | Lista materiałów zużywalnych i jednorazowych wykorzystywanych przez oferowany sprzęt i aparaturę medyczną (podać nazwę oraz numer katalogowy) – może stanowić osobny załącznik do oferty. |  |

1. **Fotel zabiegowy z funkcją stołu zabiegowo chirurgicznego**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Producent, miejsce produkcji:** |  | | |
| **Nazwa, typ, model urządzenia:** |  | **Rok produkcji:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i warunki** | **Informacja (opis) Wykonawcy o zaoferowanym urządzeniu** |
|  | Certyfikat CE lub deklaracja zgodności. Urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane, nie powystawowe, rok produkcji nie starszy niż 2025 r. |  |
|  | Zasilanie elektryczne urządzenia: 230V, 50Hz ±10% |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości siedziska, kątów pochylenia segmentów oparcia pleców oraz podudzia |  |
|  | Segment oparcia pleców wyposażony w miękki zagłówek. Zagłówek wyprofilowany do kształtu głowy i szyi |  |
|  | Segment podudzia wyposażony w wysuwany podnóżek w zakresie minimum 12 cm |  |
|  | Segmenty siedziska, oparcia pleców ,podudzia oraz podłokietniki tapicerowane. Tapicerka siedziska, oparcia oraz podnóżka wyprofilowana zapewniająca stabilne podparcie pacjenta |  |
|  | Możliwość uzyskania pozycji leżącej do celów zabiegowo-chirurgicznych |  |
|  | Konstrukcja fotela zabezpieczona osłonami wykonanymi z tworzywa ABS |  |
|  | Fotel wyposażony w składane podłokietniki. Podłokietniki zdejmowalne z możliwiością rotacji minimum 180° |  |
|  | Sterowanie regulacjami fotela minimum z pilota przewodowego ręcznego. Uchwyt na pilot sterujący |  |
|  | Wymiary fotela:   * całkowita długość fotela w zakresie 185 ± 50 [mm] * całkowita szerokość fotela 570 ± 20 [mm] * Szerokość siedziska minimum 500 [mm] |  |
|  | Zakres regulacji wysokości (leża) w zakresie minimum od 620 do 850 [mm] |  |
|  | Kątowa regulacja segmentu oparcia pleców minimum 75° |  |
|  | Kątowa regulacja segmentu podudzia minimum 90° |  |
|  | Bezpieczne dopuszczalne obciążenie minimum 150kg |  |
| **Warunki gwarancji** | | |
|  | Okres gwarancji, liczony od daty podpisania ostatecznego protokołu dostawy urządzenia: minimum 24 m-cy |  |
|  | Autoryzowane punkty serwisowe . |  |
|  | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniających do wymiany podzespołu na nowe – max. 3 naprawy tego samego podzespołu (z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika). |  |
|  | Czas reakcji serwisu „przyjęte zgłoszenie – podjęta naprawa” – max. 48 godzin w dni robocze od zgłoszenia awarii mailem na adres podany w umowie. |  |
|  | Czas naprawy – max. 5 dni roboczych od podjęcia naprawy. |  |
|  | W przypadku, gdy czas naprawy przekroczy 5 dni roboczych Wykonawca dostarczy urządzenie zastępcze. |  |
|  | Przerwa w eksploatacji aparatu łącznie z naprawą gwarancyjną wynosząca więcej niż 5 dni przedłużająca okres gwarancji o tę przerwę. |  |
|  | Przeglądy techniczne wymagane lub zalecane przez producenta w okresie gwarancji wykonane będą na koszt Wykonawcy. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu trwania gwarancji. |  |
|  | Szkolenie z obsługi aparatu dla personelu wskazanego przez zamawiającego na żądanie wg jego potrzeb ( w ramach umowy) min. 4 osób |  |
|  | Min. 10-cio letni okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty upływu terminu gwarancji |  |

**DODATKOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Dane** | **Należy podać** |
| 1. | Dane teleadresowe i kontaktowe do najbliższych dla siedziby Zamawiającego autoryzowanych punktów serwisowych |  |
| 2. | Częstotliwość wykonywania wymaganych lub zalecanych przez producenta przeglądów technicznych. |  |
| 3. | Przewidywany roczny koszt brutto okresowego przeglądu aparatu wykonywanego zgodnie z zaleceniem producenta po upływie gwarancji,  (szacunkowa kalkulacja sporządzona w dniu składania oferty, uwzględniająca wymianę części zużywalnych lub zamiennych w trakcie przeglądu) |  |
| 4 | Lista materiałów zużywalnych i jednorazowych wykorzystywanych przez oferowany sprzęt i aparaturę medyczną (podać nazwę oraz numer katalogowy) – może stanowić osobny załącznik do oferty. |  |

1. **Fotel zabiegowy - multifunkcyjny**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Producent, miejsce produkcji:** |  | | |
| **Nazwa, typ, model urządzenia:** |  | **Rok produkcji:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i warunki** | **Informacja (opis) Wykonawcy o zaoferowanym urządzeniu** |
|  | Certyfikat CE lub deklaracja zgodności. Urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane, nie powystawowe, rok produkcji nie starszy niż 2025 r. |  |
|  | Zasilanie elektryczne urządzenia: 230V, 50Hz ±10% |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości siedziska, kątów pochylenia segmentów oparcia pleców oraz podudzia |  |
|  | Segment oparcia pleców wyposażony w miękki zagłówek. Zagłówek wyprofilowany do kształtu głowy i szyi |  |
|  | Segment podudzia wyposażony w wysuwany podnóżek w zakresie minimum 12 cm |  |
|  | Segmenty siedziska, oparcia pleców ,podudzia oraz podłokietniki tapicerowane. Tapicerka siedziska, oparcia oraz podnóżka wyprofilowana zapewniająca stabilne podparcie pacjenta |  |
|  | Konstrukcja fotela zabezpieczona osłonami wykonanymi z tworzywa ABS |  |
|  | Fotel wyposażony w składane podłokietniki. Podłokietniki zdejmowalne z możliwiością rotacji minimum 180° |  |
|  | Sterowanie regulacjami fotela minimum z pilota przewodowego ręcznego. Uchwyt na pilot sterujący |  |
|  | Wymiary fotela:   * całkowita długość fotela w zakresie 185 ± 50 [mm] * całkowita szerokość fotela 570 ± 20 [mm]   Szerokość siedziska minimum 500 [mm] |  |
|  | Zakres regulacji wysokości (leża) w zakresie minimum od 620 do 850 [mm] |  |
|  | Kątowa regulacja segmentu oparcia pleców minimum 75° |  |
|  | Kątowa regulacja segmentu podudzia minimum 90° |  |
|  | Bezpieczne dopuszczalne obciążenie minimum 150kg |  |
| **Warunki gwarancji** | | |
|  | Okres gwarancji, liczony od daty podpisania ostatecznego protokołu dostawy urządzenia: minimum 24 m-cy |  |
|  | Autoryzowane punkty serwisowe . |  |
|  | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniających do wymiany podzespołu na nowe – max. 3 naprawy tego samego podzespołu (z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika). |  |
|  | Czas reakcji serwisu „przyjęte zgłoszenie – podjęta naprawa” – max. 48 godzin w dni robocze od zgłoszenia awarii mailem na adres podany w umowie. |  |
|  | Czas naprawy – max. 5 dni roboczych od podjęcia naprawy. |  |
|  | W przypadku, gdy czas naprawy przekroczy 5 dni roboczych Wykonawca dostarczy urządzenie zastępcze. |  |
|  | Przerwa w eksploatacji aparatu łącznie z naprawą gwarancyjną wynosząca więcej niż 5 dni przedłużająca okres gwarancji o tę przerwę. |  |
|  | Przeglądy techniczne wymagane lub zalecane przez producenta w okresie gwarancji wykonane będą na koszt Wykonawcy. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu trwania gwarancji. |  |
|  | Szkolenie z obsługi aparatu dla personelu wskazanego przez zamawiającego na żądanie wg jego potrzeb ( w ramach umowy) min. 4 osób |  |
|  | Min. 10-cio letni okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty upływu terminu gwarancji |  |

**DODATKOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Dane** | **Należy podać** |
| 1. | Dane teleadresowe i kontaktowe do najbliższych dla siedziby Zamawiającego autoryzowanych punktów serwisowych |  |
| 2. | Częstotliwość wykonywania wymaganych lub zalecanych przez producenta przeglądów technicznych. |  |
| 3. | Przewidywany roczny koszt brutto okresowego przeglądu aparatu wykonywanego zgodnie z zaleceniem producenta po upływie gwarancji,  (szacunkowa kalkulacja sporządzona w dniu składania oferty, uwzględniająca wymianę części zużywalnych lub zamiennych w trakcie przeglądu) |  |
| 4 | Lista materiałów zużywalnych i jednorazowych wykorzystywanych przez oferowany sprzęt i aparaturę medyczną (podać nazwę oraz numer katalogowy) – może stanowić osobny załącznik do oferty. |  |

1. **Sauna fińska sucha**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Producent, miejsce produkcji:** |  | | |
| **Nazwa, typ, model urządzenia:** |  | **Rok produkcji:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i warunki** | **Informacja (opis) Wykonawcy o zaoferowanym urządzeniu** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane, nie powystawowe, rok produkcji nie starszy niż 2025 r. |  |
|  | Zasilanie elektryczne urządzenia: 400V |  |
|  | Sauna mobilna |  |
|  | Suna zbudowana z drewna dedykowanego do budowy saun – suszonego świerku o grubości minimum 44m. Drewno przygotowane i poddane obróbce celem przeznaczenia na budowę sauny |  |
|  | Deski ze świerku zabezpieczone minimum dwukrotną warstwą lakierobejcy z zewnętrznej strony. Kolor lakierobejcy do wybory przez Zamawiającego |  |
|  | Konstrukcja sauny spięta opaskami ze stali nierdzewnej – 2 szt. |  |
|  | Sauna przeznaczona do użytku przez minimum 4 lub 6 osób w zależności od pozycji terapeutycznej |  |
|  | Długość wewnętrzna sauny minimum 220cm. Długość zewnętrzna sauny minimum maksymalnie 250cm. Dodatkowo zabudowa w postaci daszku 30cm ±5cm. Średnica sauny 2m ±10cm |  |
|  | Sauna zasilania piecem elektrycznym o mocy minimum 9kW |  |
|  | Piec wyposażony w czasomierz i sterownik temperatury w zakresie minimum 85 – 110 stopni |  |
|  | Piec wyposażony w komplet kamieni wulkanicznych |  |
|  | Oświetlenie wewnętrzne sauny LED RGB (12V). Sterowanie oświetleniem z pilota / sterownika zamontowanego pod ławkami |  |
|  | Oświetlenie zewnętrzne sauny. Sterownik ruchu oświetlenia zewnętrznego |  |
|  | Schody wykonane z deski tarasowej (antypoślizgowe) – zaimpregnowane minimum dwukrotnie |  |
|  | W zestawie minimum: osłony – 2 szt., kliny, podkładki pod podpory – 4 szt., podpory – 4 szt., schodki, wiadro drewniane, cebrzyk, chochla drewniana, termometr wewnętrzny ścienny, higrometr wewnętrzny ścienny, klepsydra ścienna |  |
| **Warunki gwarancji** | | |
|  | Okres gwarancji, liczony od daty podpisania ostatecznego protokołu dostawy urządzenia: minimum 24 m-cy |  |
|  | Autoryzowane punkty serwisowe . |  |
|  | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniających do wymiany podzespołu na nowe – max. 3 naprawy tego samego podzespołu (z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika). |  |
|  | Czas reakcji serwisu „przyjęte zgłoszenie – podjęta naprawa” – max. 48 godzin w dni robocze od zgłoszenia awarii mailem na adres podany w umowie. |  |
|  | Czas naprawy – max. 5 dni roboczych od podjęcia naprawy. |  |
|  | W przypadku, gdy czas naprawy przekroczy 5 dni roboczych Wykonawca dostarczy urządzenie zastępcze. |  |
|  | Przerwa w eksploatacji aparatu łącznie z naprawą gwarancyjną wynosząca więcej niż 5 dni przedłużająca okres gwarancji o tę przerwę. |  |
|  | Przeglądy techniczne wymagane lub zalecane przez producenta w okresie gwarancji wykonane będą na koszt Wykonawcy. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu trwania gwarancji. |  |
|  | Szkolenie z obsługi aparatu dla personelu wskazanego przez zamawiającego na żądanie wg jego potrzeb ( w ramach umowy) min. 4 osób |  |
|  | Min. 10-cio letni okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty upływu terminu gwarancji |  |

**DODATKOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Dane** | **Należy podać** |
| 1. | Dane teleadresowe i kontaktowe do najbliższych dla siedziby Zamawiającego autoryzowanych punktów serwisowych |  |
| 2. | Częstotliwość wykonywania wymaganych lub zalecanych przez producenta przeglądów technicznych. |  |
| 3. | Przewidywany roczny koszt brutto okresowego przeglądu aparatu wykonywanego zgodnie z zaleceniem producenta po upływie gwarancji,  (szacunkowa kalkulacja sporządzona w dniu składania oferty, uwzględniająca wymianę części zużywalnych lub zamiennych w trakcie przeglądu) |  |
| 4 | Lista materiałów zużywalnych i jednorazowych wykorzystywanych przez oferowany sprzęt i aparaturę medyczną (podać nazwę oraz numer katalogowy) – może stanowić osobny załącznik do oferty. |  |

1. **Bieżnia treningowa**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Producent, miejsce produkcji:** |  | | |
| **Nazwa, typ, model urządzenia:** |  | **Rok produkcji:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i warunki** | **Informacja (opis) Wykonawcy o zaoferowanym urządzeniu** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane, nie powystawowe, rok produkcji nie starszy niż 2025 r. |  |
|  | Bieżnia elektryczna przeznaczona do prowadzenia efektywnych treningów biegowych, kondycyjnych i siłowych |  |
|  | Elektryczny system oporu |  |
|  | Bieżnia treningowa wyposażona w napęd elektryczny: silnik o mocy minimum 3,5 konia mechanicznego |  |
|  | Możliwość rozpędzenia pasa bieżnego w zakresie prędkości minimum od 1 do 22 kilometrów na godzinę |  |
|  | Możliwość pochylenia blatu – pasa bieżnego w zakresie do minimum 15% |  |
|  | Bieżnia posiadająca system telemetrycznego pomiaru tętna |  |
|  | Bieżnia wyposażona w uchwyt na smartfon oraz bidon |  |
|  | Bieżnia wyposażona w port audio umożliwiający podłączenie np. odtwarzacza MP3 i słuchawek |  |
|  | Przycisk awaryjny zatrzymania bieżni |  |
|  | Komputer treningowy z czytelnym wyświetlaczem LED. Licznik pozwalający na bieżąco kontrolować swoje postępy i odczytywać ważne dane dotyczące ćwiczeń. Ekran pokazujący informacje w zakresie minimum:   * prędkość bieżni, * czas ćwiczeń, * przebyty dystans, * ilość spalonych kalorii, * kąt nachylenia pasa, * wskazania pulsu i HRC |  |
|  | Pas bieżny o wymiarach 155 x 50 centymetrów ±5cm |  |
|  | Łączność z aplikacjami treningowymi umożliwiając użytkownikom dostęp do interaktywnych treningów i scenariuszy biegowych |  |
|  | Stópki z możliwością poziomowania bieżni |  |
|  | Całkowite wymiary urządzenia maksymalnie: długość – 200centymetrów, szerokość – 95 centymetrów, wysokość – 160 centymetrów |  |
|  | Masa całkowita urządzenia maksymalnie 120 kilogramów |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie bieżni, dopuszczalna masa użytkownika minimum 150kg |  |
| **Warunki gwarancji** | | |
|  | Okres gwarancji, liczony od daty podpisania ostatecznego protokołu dostawy urządzenia: minimum 24 m-cy |  |
|  | Autoryzowane punkty serwisowe . |  |
|  | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniających do wymiany podzespołu na nowe – max. 3 naprawy tego samego podzespołu (z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika). |  |
|  | Czas reakcji serwisu „przyjęte zgłoszenie – podjęta naprawa” – max. 48 godzin w dni robocze od zgłoszenia awarii mailem na adres podany w umowie. |  |
|  | Czas naprawy – max. 5 dni roboczych od podjęcia naprawy. |  |
|  | W przypadku, gdy czas naprawy przekroczy 5 dni roboczych Wykonawca dostarczy urządzenie zastępcze. |  |
|  | Przerwa w eksploatacji aparatu łącznie z naprawą gwarancyjną wynosząca więcej niż 5 dni przedłużająca okres gwarancji o tę przerwę. |  |
|  | Przeglądy techniczne wymagane lub zalecane przez producenta w okresie gwarancji wykonane będą na koszt Wykonawcy. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu trwania gwarancji. |  |
|  | Szkolenie z obsługi aparatu dla personelu wskazanego przez zamawiającego na żądanie wg jego potrzeb ( w ramach umowy) min. 4 osób |  |
|  | Min. 10-cio letni okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty upływu terminu gwarancji |  |

**DODATKOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Dane** | **Należy podać** |
| 1. | Dane teleadresowe i kontaktowe do najbliższych dla siedziby Zamawiającego autoryzowanych punktów serwisowych |  |
| 2. | Częstotliwość wykonywania wymaganych lub zalecanych przez producenta przeglądów technicznych. |  |
| 3. | Przewidywany roczny koszt brutto okresowego przeglądu aparatu wykonywanego zgodnie z zaleceniem producenta po upływie gwarancji,  (szacunkowa kalkulacja sporządzona w dniu składania oferty, uwzględniająca wymianę części zużywalnych lub zamiennych w trakcie przeglądu) |  |
| 4 | Lista materiałów zużywalnych i jednorazowych wykorzystywanych przez oferowany sprzęt i aparaturę medyczną (podać nazwę oraz numer katalogowy) – może stanowić osobny załącznik do oferty. |  |

1. **Orbitrek magnetyczny**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Producent, miejsce produkcji:** |  | | |
| **Nazwa, typ, model urządzenia:** |  | **Rok produkcji:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i warunki** | **Informacja (opis) Wykonawcy o zaoferowanym urządzeniu** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane, nie powystawowe, rok produkcji nie starszy niż 2025 r. |  |
|  | Urządzenie do treningu kardio, poprawy kondycji fizycznej oraz budowy siły i wytrzymałości |  |
|  | Wbudowany monitor wydajności pozwalający śledzić wyniki treningu w czasie rzeczywistym oraz monitorować postępy jak i porównywać osiągnięcia z innymi użytkownikami. |  |
|  | Napęd za pośrednictwem linek połączonych z chwytami |  |
|  | Ergonomiczne, bezpaskowe uchwyty zapewniające wygodny, pewny chwyt. Uchwyty nie wchłaniające potu |  |
|  | Łączność bezprzewodowa minimum Bluetooth oraz ANT+ |  |
|  | Wymiary urządzenia: wysokość 215cm ±5cm, szerokość 50cm ±2cm, głębokość 40cm ±2cm |  |
|  | Waga urządzenia maksymalnie 22kg (bez podstawy). Waga podstawy maksymalnie 18kg |  |
| **Warunki gwarancji** | | |
|  | Okres gwarancji, liczony od daty podpisania ostatecznego protokołu dostawy urządzenia: minimum 24 m-cy |  |
|  | Autoryzowane punkty serwisowe . |  |
|  | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniających do wymiany podzespołu na nowe – max. 3 naprawy tego samego podzespołu (z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika). |  |
|  | Czas reakcji serwisu „przyjęte zgłoszenie – podjęta naprawa” – max. 48 godzin w dni robocze od zgłoszenia awarii mailem na adres podany w umowie. |  |
|  | Czas naprawy – max. 5 dni roboczych od podjęcia naprawy. |  |
|  | W przypadku, gdy czas naprawy przekroczy 5 dni roboczych Wykonawca dostarczy urządzenie zastępcze. |  |
|  | Przerwa w eksploatacji aparatu łącznie z naprawą gwarancyjną wynosząca więcej niż 5 dni przedłużająca okres gwarancji o tę przerwę. |  |
|  | Przeglądy techniczne wymagane lub zalecane przez producenta w okresie gwarancji wykonane będą na koszt Wykonawcy. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu trwania gwarancji. |  |
|  | Szkolenie z obsługi aparatu dla personelu wskazanego przez zamawiającego na żądanie wg jego potrzeb ( w ramach umowy) min. 4 osób |  |
|  | Min. 10-cio letni okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty upływu terminu gwarancji |  |

**DODATKOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Dane** | **Należy podać** |
| 1. | Dane teleadresowe i kontaktowe do najbliższych dla siedziby Zamawiającego autoryzowanych punktów serwisowych |  |
| 2. | Częstotliwość wykonywania wymaganych lub zalecanych przez producenta przeglądów technicznych. |  |
| 3. | Przewidywany roczny koszt brutto okresowego przeglądu aparatu wykonywanego zgodnie z zaleceniem producenta po upływie gwarancji,  (szacunkowa kalkulacja sporządzona w dniu składania oferty, uwzględniająca wymianę części zużywalnych lub zamiennych w trakcie przeglądu) |  |
| 4 | Lista materiałów zużywalnych i jednorazowych wykorzystywanych przez oferowany sprzęt i aparaturę medyczną (podać nazwę oraz numer katalogowy) – może stanowić osobny załącznik do oferty. |  |

1. **Orbitrek eliptyczny**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Producent, miejsce produkcji:** |  | | |
| **Nazwa, typ, model urządzenia:** |  | **Rok produkcji:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i warunki** | **Informacja (opis) Wykonawcy o zaoferowanym urządzeniu** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane, nie powystawowe, rok produkcji nie starszy niż 2025 r. |  |
|  | Urządzenie do ćwiczeń cardio, trenażer ogólnorozwojowy |  |
|  | Telemetryczny system pomiaru pulsu |  |
|  | System oporu: powietrzny |  |
|  | Urządzenie wyposażone w wyświetlacz LCD |  |
|  | Komputer treningowy z czytelnym wyświetlaczem. Licznik pozwalający na bieżąco kontrolować swoje postępy i odczytywać ważne dane dotyczące ćwiczeń. Ekran pokazujący informacje w zakresie minimum:   * prędkość, * RPM, * Czas ćwiczeń, * Przebyty dystans, * ilość spalonych kalorii, * wskazania pulsu |  |
|  | Kółka transportowe |  |
|  | Urządzenie wyposażone w uchwyt na bidon oraz smartphone |  |
|  | Całkowite wymiary urządzenia maksymalnie: długość – 1350 mm ±50mm, szerokość – 650 mm ±50mm, wysokość – 1300 mm±50mm |  |
|  | Masa całkowita urządzenia maksymalnie 55 kilogramów |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie urządzenia, dopuszczalna masa użytkownika minimum 160kg |  |
| **Warunki gwarancji** | | |
|  | Okres gwarancji, liczony od daty podpisania ostatecznego protokołu dostawy urządzenia: minimum 24 m-cy |  |
|  | Autoryzowane punkty serwisowe . |  |
|  | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniających do wymiany podzespołu na nowe – max. 3 naprawy tego samego podzespołu (z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika). |  |
|  | Czas reakcji serwisu „przyjęte zgłoszenie – podjęta naprawa” – max. 48 godzin w dni robocze od zgłoszenia awarii mailem na adres podany w umowie. |  |
|  | Czas naprawy – max. 5 dni roboczych od podjęcia naprawy. |  |
|  | W przypadku, gdy czas naprawy przekroczy 5 dni roboczych Wykonawca dostarczy urządzenie zastępcze. |  |
|  | Przerwa w eksploatacji aparatu łącznie z naprawą gwarancyjną wynosząca więcej niż 5 dni przedłużająca okres gwarancji o tę przerwę. |  |
|  | Przeglądy techniczne wymagane lub zalecane przez producenta w okresie gwarancji wykonane będą na koszt Wykonawcy. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu trwania gwarancji. |  |
|  | Szkolenie z obsługi aparatu dla personelu wskazanego przez zamawiającego na żądanie wg jego potrzeb ( w ramach umowy) min. 4 osób |  |
|  | Min. 10-cio letni okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty upływu terminu gwarancji |  |

**DODATKOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Dane** | **Należy podać** |
| 1. | Dane teleadresowe i kontaktowe do najbliższych dla siedziby Zamawiającego autoryzowanych punktów serwisowych |  |
| 2. | Częstotliwość wykonywania wymaganych lub zalecanych przez producenta przeglądów technicznych. |  |
| 3. | Przewidywany roczny koszt brutto okresowego przeglądu aparatu wykonywanego zgodnie z zaleceniem producenta po upływie gwarancji,  (szacunkowa kalkulacja sporządzona w dniu składania oferty, uwzględniająca wymianę części zużywalnych lub zamiennych w trakcie przeglądu) |  |
| 4 | Lista materiałów zużywalnych i jednorazowych wykorzystywanych przez oferowany sprzęt i aparaturę medyczną (podać nazwę oraz numer katalogowy) – może stanowić osobny załącznik do oferty. |  |

1. **Stół do masażu, wielofunkcyjny**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Producent, miejsce produkcji:** |  | | |
| **Nazwa, typ, model urządzenia:** |  | **Rok produkcji:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i warunki** | **Informacja (opis) Wykonawcy o zaoferowanym urządzeniu** |
|  | Certyfikat CE lub deklaracja zgodności. Urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane, nie powystawowe, rok produkcji nie starszy niż 2025 r. |  |
|  | Zasilanie elektryczne urządzenia: 230V, 50Hz ±10% |  |
|  | Stół do masażu suchego i terapii manualnej dwusekcyjny |  |
|  | Tapicerka z materiału skóropodobnego odporna na zużycie, łatwa do utrzymania w czystości |  |
|  | Zagłówek stołu z wycięciem na twarz |  |
|  | Regulacja kąta pochylenia zagłówka w zakresie minimum od -80° do +45° |  |
|  | Możliwość wyboru przez Zamawiającego koloru tapicerki |  |
|  | Stół z elektryczną zmianą wysokości leżyska w zakresie minimum od 45 cm do 95 cm |  |
|  | Sterowanie pilotem ręcznym, pilot wyposażony w uchwyt do zawieszenia |  |
|  | Regulacji wysokości za pomocą ramy sterującej |  |
|  | Podstawa stołu wykonana ze stalowych profili malowanych proszkowo |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie stołu minimum 200kg |  |
|  | Długość stołu (leża) 195cm ±2cm |  |
|  | Szerokość stołu (leża) 70 cm ±2cm |  |
|  | Układ jezdny z centralnym hamulcem |  |
|  | Wieszak na ręcznik papierowy |  |
|  | Zatyczka zagłówka |  |
| **Warunki gwarancji** | | |
|  | Okres gwarancji, liczony od daty podpisania ostatecznego protokołu dostawy urządzenia: minimum 24 m-cy |  |
|  | Autoryzowane punkty serwisowe . |  |
|  | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniających do wymiany podzespołu na nowe – max. 3 naprawy tego samego podzespołu (z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika). |  |
|  | Czas reakcji serwisu „przyjęte zgłoszenie – podjęta naprawa” – max. 48 godzin w dni robocze od zgłoszenia awarii mailem na adres podany w umowie. |  |
|  | Czas naprawy – max. 5 dni roboczych od podjęcia naprawy. |  |
|  | W przypadku, gdy czas naprawy przekroczy 5 dni roboczych Wykonawca dostarczy urządzenie zastępcze. |  |
|  | Przerwa w eksploatacji aparatu łącznie z naprawą gwarancyjną wynosząca więcej niż 5 dni przedłużająca okres gwarancji o tę przerwę. |  |
|  | Przeglądy techniczne wymagane lub zalecane przez producenta w okresie gwarancji wykonane będą na koszt Wykonawcy. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu trwania gwarancji. |  |
|  | Szkolenie z obsługi aparatu dla personelu wskazanego przez zamawiającego na żądanie wg jego potrzeb ( w ramach umowy) min. 4 osób |  |
|  | Min. 10-cio letni okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty upływu terminu gwarancji |  |

**DODATKOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Dane** | **Należy podać** |
| 1. | Dane teleadresowe i kontaktowe do najbliższych dla siedziby Zamawiającego autoryzowanych punktów serwisowych |  |
| 2. | Częstotliwość wykonywania wymaganych lub zalecanych przez producenta przeglądów technicznych. |  |
| 3. | Przewidywany roczny koszt brutto okresowego przeglądu aparatu wykonywanego zgodnie z zaleceniem producenta po upływie gwarancji,  (szacunkowa kalkulacja sporządzona w dniu składania oferty, uwzględniająca wymianę części zużywalnych lub zamiennych w trakcie przeglądu) |  |
| 4 | Lista materiałów zużywalnych i jednorazowych wykorzystywanych przez oferowany sprzęt i aparaturę medyczną (podać nazwę oraz numer katalogowy) – może stanowić osobny załącznik do oferty. |  |

1. **Wioślarz magnetyczny**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Producent, miejsce produkcji:** |  | | |
| **Nazwa, typ, model urządzenia:** |  | **Rok produkcji:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i warunki** | **Informacja (opis) Wykonawcy o zaoferowanym urządzeniu** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane, nie powystawowe, rok produkcji nie starszy niż 2025 r. |  |
|  | Wszechstronne urządzenie treningowe, umożliwiające przeprowadzenie treningu cardio poprzez ruch wioślarski |  |
|  | System napędowy z łańcuchem |  |
|  | Możliwość regulacji oporu na co najmniej 10 poziomach |  |
|  | Wioślarz nie wymagający podłączenia do zewnętrznego źródła zasilania |  |
|  | Poziom oporu regulowany jest manualnie |  |
|  | Ergonomiczne, wygodne siedzisko zapewniające wygodę podczas intensywnych ćwiczeń |  |
|  | Siedzisko na aluminiowej prowadnicy z łożyskowanymi rolkami |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie urządzenia, dopuszczalna masa użytkownika minimum 150kg |  |
|  | Zintegrowany system Bluetooth umożliwiający korzystanie z aplikacji treningowych oraz pozwalająca na stałą kontrolę tętna |  |
|  | Telemetryczny system pomiaru pulsu za pomocą opaski na klatkę piersiową |  |
|  | Komputer treningowy z czytelnym wyświetlaczem LCD z regulacją kąta nachylenia. Zasilany bateryjnie. Licznik pozwalający na bieżąco kontrolować swoje postępy i odczytywać ważne dane dotyczące ćwiczeń. Ekran pokazujący informacje w zakresie minimum:   * czas na dystansie, * czas ćwiczeń, * przebyty dystans, * ilość spalonych kalorii, * poziom oporu, * liczba ruchów na minutę, * wskazania pulsu |  |
|  | Ergonomiczne platformy na stopy |  |
|  | Całkowite wymiary urządzenia: (dług. x szer. x wys.): 235 x 60 x 115 ±5cm |  |
|  | Kółka transportowe |  |
| **Warunki gwarancji** | | |
|  | Okres gwarancji, liczony od daty podpisania ostatecznego protokołu dostawy urządzenia: minimum 24 m-cy |  |
|  | Autoryzowane punkty serwisowe . |  |
|  | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniających do wymiany podzespołu na nowe – max. 3 naprawy tego samego podzespołu (z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika). |  |
|  | Czas reakcji serwisu „przyjęte zgłoszenie – podjęta naprawa” – max. 48 godzin w dni robocze od zgłoszenia awarii mailem na adres podany w umowie. |  |
|  | Czas naprawy – max. 5 dni roboczych od podjęcia naprawy. |  |
|  | W przypadku, gdy czas naprawy przekroczy 5 dni roboczych Wykonawca dostarczy urządzenie zastępcze. |  |
|  | Przerwa w eksploatacji aparatu łącznie z naprawą gwarancyjną wynosząca więcej niż 5 dni przedłużająca okres gwarancji o tę przerwę. |  |
|  | Przeglądy techniczne wymagane lub zalecane przez producenta w okresie gwarancji wykonane będą na koszt Wykonawcy. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu trwania gwarancji. |  |
|  | Szkolenie z obsługi aparatu dla personelu wskazanego przez zamawiającego na żądanie wg jego potrzeb ( w ramach umowy) min. 4 osób |  |
|  | Min. 10-cio letni okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty upływu terminu gwarancji |  |

**DODATKOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Dane** | **Należy podać** |
| 1. | Dane teleadresowe i kontaktowe do najbliższych dla siedziby Zamawiającego autoryzowanych punktów serwisowych |  |
| 2. | Częstotliwość wykonywania wymaganych lub zalecanych przez producenta przeglądów technicznych. |  |
| 3. | Przewidywany roczny koszt brutto okresowego przeglądu aparatu wykonywanego zgodnie z zaleceniem producenta po upływie gwarancji,  (szacunkowa kalkulacja sporządzona w dniu składania oferty, uwzględniająca wymianę części zużywalnych lub zamiennych w trakcie przeglądu) |  |
| 4 | Lista materiałów zużywalnych i jednorazowych wykorzystywanych przez oferowany sprzęt i aparaturę medyczną (podać nazwę oraz numer katalogowy) – może stanowić osobny załącznik do oferty. |  |

1. **Aparat do masażu uciskowego**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Producent, miejsce produkcji:** |  | | |
| **Nazwa, typ, model urządzenia:** |  | **Rok produkcji:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i warunki** | **Informacja (opis) Wykonawcy o zaoferowanym urządzeniu** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane, nie powystawowe, rok produkcji nie starszy niż 2025 r. |  |
|  | Aparat do masażu uciskowego współpracujący z mankietami 4 komorowymi |  |
|  | Możliwość podłączenia 2 (4 komorowych) mankietów jednocześnie |  |
|  | Możliwość regulacji ciśnienia zabiegu |  |
|  | Aparat przenośny |  |
|  | Zasilanie sieciowe 230V; 50Hz ±10% |  |
|  | Możliwość regulacji czasu zabiegu w zakresie minimum od 1 do 30 minut |  |
|  | Płynna regulacja podciśnienia w zakresie minimum od 20 do 300 mmHg |  |
|  | Waga urządzenia maksymalnie 3kg |  |
|  | Wymiary urządzenia maksymalnie 300x250x150mm |  |
|  | Wyposażenie:   * 1x mankiet 4 komorowy na kończynę górną * 2 mankiety 4 komorowe na kończyny dolne * Mankiet foliowy jednorazowy – 100 szt. * Komplet akcesoriów oraz przewodów niezbędnych do pracy |  |
| **Warunki gwarancji** | | |
|  | Okres gwarancji, liczony od daty podpisania ostatecznego protokołu dostawy urządzenia: minimum 24 m-cy |  |
|  | Autoryzowane punkty serwisowe . |  |
|  | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniających do wymiany podzespołu na nowe – max. 3 naprawy tego samego podzespołu (z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika). |  |
|  | Czas reakcji serwisu „przyjęte zgłoszenie – podjęta naprawa” – max. 48 godzin w dni robocze od zgłoszenia awarii mailem na adres podany w umowie. |  |
|  | Czas naprawy – max. 5 dni roboczych od podjęcia naprawy. |  |
|  | W przypadku, gdy czas naprawy przekroczy 5 dni roboczych Wykonawca dostarczy urządzenie zastępcze. |  |
|  | Przerwa w eksploatacji aparatu łącznie z naprawą gwarancyjną wynosząca więcej niż 5 dni przedłużająca okres gwarancji o tę przerwę. |  |
|  | Przeglądy techniczne wymagane lub zalecane przez producenta w okresie gwarancji wykonane będą na koszt Wykonawcy. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu trwania gwarancji. |  |
|  | Szkolenie z obsługi aparatu dla personelu wskazanego przez zamawiającego na żądanie wg jego potrzeb ( w ramach umowy) min. 4 osób |  |
|  | Min. 10-cio letni okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty upływu terminu gwarancji |  |

**DODATKOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Dane** | **Należy podać** |
| 1. | Dane teleadresowe i kontaktowe do najbliższych dla siedziby Zamawiającego autoryzowanych punktów serwisowych |  |
| 2. | Częstotliwość wykonywania wymaganych lub zalecanych przez producenta przeglądów technicznych. |  |
| 3. | Przewidywany roczny koszt brutto okresowego przeglądu aparatu wykonywanego zgodnie z zaleceniem producenta po upływie gwarancji,  (szacunkowa kalkulacja sporządzona w dniu składania oferty, uwzględniająca wymianę części zużywalnych lub zamiennych w trakcie przeglądu) |  |
| 4 | Lista materiałów zużywalnych i jednorazowych wykorzystywanych przez oferowany sprzęt i aparaturę medyczną (podać nazwę oraz numer katalogowy) – może stanowić osobny załącznik do oferty. |  |

1. **Aparat do laseroterapii biostymulacyjnej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Producent, miejsce produkcji:** |  | | |
| **Nazwa, typ, model urządzenia:** |  | **Rok produkcji:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i warunki** | **Informacja (opis) Wykonawcy o zaoferowanym urządzeniu** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane, nie powystawowe, rok produkcji nie starszy niż 2025 r. |  |
|  | Laser frakcyjny CO2 |  |
|  | Długość fali: 10600 nm ±10nm |  |
|  | Maksymalna moc minimum: 40 W |  |
|  | Tryb pracy minimum: Impulsowy, Ciągły |  |
|  | Promień celujący: Czerwony laser diodowy |  |
|  | Rozmiar plamki w zakresie minimum 0,1 x 0,1 – 20 x 20mm |  |
|  | Tryb impulsowy:   * Czas trwania regulowany w zakresie minimum 0,1 do 2,6 ms * Interwał regulowany w zakresie minimum 0,1 do 2,6 ms * Energia impulsu regulowana w zakresie minimum od 1 do 100mJ |  |
|  | Przerwa w skanowaniu w zakresie minimum od 0 do 6s |  |
|  | Laser wyposażony w predefiniowane programy zabiegowe. Możliwość ustawienia indywidualnych parametrów użytkownika |  |
|  | Laser montowany na dedykowanej podstawie jezdnej |  |
|  | Zasilanie sieciowe 230V; 50Hz ±10% |  |
|  | Transmisja wiązki: minimum 7-przegubowe ramię optyczne |  |
|  | Tryb skanowania: skanowanie ogólne / stopniowe skanowanie / skanowanie na maksymalną odległość |  |
|  | Waga lasera maksymalnie 50kg |  |
|  | Laser wyposażony w wyświetlacz kolorowy, dotykowy |  |
|  | Kąt promienia: 0,3mrad |  |
| **Warunki gwarancji** | | |
|  | Okres gwarancji, liczony od daty podpisania ostatecznego protokołu dostawy urządzenia: minimum 24 m-cy |  |
|  | Autoryzowane punkty serwisowe . |  |
|  | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniających do wymiany podzespołu na nowe – max. 3 naprawy tego samego podzespołu (z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika). |  |
|  | Czas reakcji serwisu „przyjęte zgłoszenie – podjęta naprawa” – max. 48 godzin w dni robocze od zgłoszenia awarii mailem na adres podany w umowie. |  |
|  | Czas naprawy – max. 5 dni roboczych od podjęcia naprawy. |  |
|  | W przypadku, gdy czas naprawy przekroczy 5 dni roboczych Wykonawca dostarczy urządzenie zastępcze. |  |
|  | Przerwa w eksploatacji aparatu łącznie z naprawą gwarancyjną wynosząca więcej niż 5 dni przedłużająca okres gwarancji o tę przerwę. |  |
|  | Przeglądy techniczne wymagane lub zalecane przez producenta w okresie gwarancji wykonane będą na koszt Wykonawcy. Ostatni przegląd w ostatnim miesiącu trwania gwarancji. |  |
|  | Szkolenie z obsługi aparatu dla personelu wskazanego przez zamawiającego na żądanie wg jego potrzeb ( w ramach umowy) min. 4 osób |  |
|  | Min. 10-cio letni okres zagwarantowania dostępności części zamiennych od daty upływu terminu gwarancji |  |

**DODATKOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Dane** | **Należy podać** |
| 1. | Dane teleadresowe i kontaktowe do najbliższych dla siedziby Zamawiającego autoryzowanych punktów serwisowych |  |
| 2. | Częstotliwość wykonywania wymaganych lub zalecanych przez producenta przeglądów technicznych. |  |
| 3. | Przewidywany roczny koszt brutto okresowego przeglądu aparatu wykonywanego zgodnie z zaleceniem producenta po upływie gwarancji,  (szacunkowa kalkulacja sporządzona w dniu składania oferty, uwzględniająca wymianę części zużywalnych lub zamiennych w trakcie przeglądu) |  |
| 4 | Lista materiałów zużywalnych i jednorazowych wykorzystywanych przez oferowany sprzęt i aparaturę medyczną (podać nazwę oraz numer katalogowy) – może stanowić osobny załącznik do oferty. |  |

……….…………….………………………………….....

*Podpisy elektroniczne przedstawicieli Wykonawcy*