Załącznik nr 13 SWZ

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia**

**Pakiet 12**

**Cykloergometr – nowy**

**Rok produkcji: min. 2025   
Ilość: 1 szt.**

**Typ / Nr fabryczny:** ………………………………………………………………..…………  
 (proszę uzupełnić)

**Model / Marka:** ………………………………………………………………………….……  
 (proszę uzupełnić)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Opis przedmiotu zamówienia** | | **Parametry wymagane przez Zamawiającego** | **Parametry oferowane przez Wykonawcę** | **Numer katalogowy** |
|  | | | | | |  |
|  | | Cykloergometr nowy, nieużywany. Wyklucza się aparat demo. | | TAK |  |  |
|  | | Parametry wyświetlacza: WATT, PULS, CZAS, DYSTANS, 1/MIN, KCAL, KM/H | | TAK |  |  |
|  | | Programy testowe: PWC 130, PWC 150, PWC 170 | | TAK |  |  |
|  | | Programy treningowe: MANUAL, CARDIO, COUNTDOWN, WHO PROFILE, dla 457 dodatkowo PROFILE, PROFILE UŻYTKOWNIKA, WYBÓR EKG | | TAK |  |  |
|  | | Sterowanie: Niezależne od prędkości | | TAK |  |  |
|  | | Wymiary urządzenia: (dł./szer./wys. cm) min. 120/60/140 cm | | TAK |  |  |
|  | | Możliwości ustawień: Pozioma i pionowa regulacja siodełka | | TAK |  |  |
|  | | Waga koła zamachowego 1-8 kg | | TAK |  |  |
|  | | System oporu mechanicznego | | TAK |  |  |
|  | | Ćwiczenia mięśni ud, łydek, pośladów. | | TAK |  |  |
|  | | Waga max 50 kg | | TAK |  |  |
|  | | Zakres prędkości: 20-120 obrotów/min | | TAK |  |  |
|  | | Zakres mocy: 15-400 W | | TAK |  |  |
|  | | Gradacja / stopnie:5 W | | TAK |  |  |
|  | | Maks. Obciążenie do 200 kg | | TAK |  |  |
|  | | Przyłącze zasilania: 230 V | | TAK |  |  |
|  | | zgodny z dyrektywą medyczną 93/42/EWG | | TAK |  |  |
|  | **Informacje dodatkowe** | | | | | |
|  |  | | Instrukcja obsługi w języku polskim (z dostawą) | TAK |  |  |
|  |  | | Gwarancja minimum 24 m-ce | TAK |  |  |
|  |  | | Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres min. 6 lat | TAK |  |  |
|  |  | | Czas reakcji od chwili zgłoszenia awarii w okresie gwarancji wynosi 24 godzin, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy | TAK |  |  |
|  |  | | Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych i zostanie zainstalowany bez żadnego uszczerbku | TAK |  |  |
|  |  | | Przeglądy w okresie trwania gwarancji łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta (w ilości, zakresie – zgodnie z wymogami producenta) na koszt Wykonawcy (bez wezwania wykonawcy). Ostatni przegląd Wykonawca wykona w ostatnim miesiącu obowiązywania gwarancji | TAK |  |  |
|  |  | | Wykonawca gwarantuje, że wyżej wyspecyfikowany przedmiot oferty jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji | TAK |  |  |
|  |  | | Serwis autoryzowany (nazwa i adres) | TAK |  |  |
|  |  | | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE | TAK |  |  |
|  |  | | Paszport techniczny | TAK |  |  |