Załącznik nr 14 SWZ

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia**

**Pakiet 13**

1. **Rotor pasywny**

**Rok produkcji: min. 2025   
Ilość: 2 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** |
|  | | | | | |  |
|  | | | Rotor pasywny nowy, nieużywany. Wyklucza się urządzenie demo | TAK |  |  |
|  | | | Rehabilitacja kończyn górnych i dolnych | TAK |  |  |
|  | | | Wyświetlacz LCD, dystans, czas, kalorie, prędkość, poziom, całkowita ilość ruchów | TAK |  |  |
|  | | | Sterowany z silnikiem elektrycznym za pomocą pilota | TAK |  |  |
|  | | | Pedały ergonomiczne, z paskiem, przystosowane do pedałowania zarówno nogami jak i rękoma | TAK |  |  |
|  | | | Przenośny | TAK |  |  |
|  | | | Stabilna konstrukcja | TAK |  |  |
|  | | | Waga max 15 kg | TAK |  |  |
|  | | | Poziom oporu 0-24 | TAK |  |  |
|  | | | Prędkość obrotowa od 5-60 obr/min | TAK |  |  |
|  | | | Zasilanie 100-240 V | TAK |  |  |
|  | **Informacje dodatkowe** | | | | | |
|  |  | Instrukcja obsługi w języku polskim (z dostawą) | | TAK |  |  |
|  |  | Gwarancja minimum 12 m-ce | | TAK |  |  |
|  |  | Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych i zostanie zainstalowany bez żadnego uszczerbku | | TAK |  |  |
|  |  | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE | | TAK |  |  |
|  |  | Wykonawca gwarantuje, że wyżej wyspecyfikowany przedmiot oferty jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji | | TAK |  |  |
|  |  | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE | | TAK |  |  |
|  |  | Paszport techniczny | | TAK |  |  |

1. **Rotor aktywny - nowy**

**Rok produkcji: min. 2025   
Ilość: 2 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** |
|  | | | | | |  |
|  | | Rotor aktywny nowy, nieużywany. Wyklucza się urządzenie demo | | TAK |  |  |
|  | | Rehabilitacja kończyn górnych i dolnych | | TAK |  |  |
|  | | Regulowane pokrętło napięcia | | TAK |  |  |
|  | | Cyfrowy wyświetlacz: dystans, prędkość, czas, kalorie | | TAK |  |  |
|  | | Pedały ergonomiczne, z paskiem, przystosowane do pedałowania zarówno nogami jak i rękoma | | TAK |  |  |
|  | | Przenośny | | TAK |  |  |
|  | | Stabilna konstrukcja | | TAK |  |  |
|  | | Waga max 15 kg | | TAK |  |  |
|  | | Poziom oporu 0-24 | | TAK |  |  |
|  | **Informacje dodatkowe** | | | | | |
|  |  | | Instrukcja obsługi z języku polskim (z dostawą) | TAK |  |  |
|  |  | | Gwarancja minimum 12 m-ce | TAK |  |  |
|  |  | | Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych i zostanie zainstalowany bez żadnego uszczerbku | TAK |  |  |
|  |  | | Wykonawca gwarantuje, że wyżej wyspecyfikowany przedmiot oferty jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji | TAK |  |  |
|  |  | | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE | TAK |  |  |
|  |  | | Paszport techniczny | TAK |  |  |