Załącznik nr 16 SWZ

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia**

**Pakiet 15**

1. **Drabinka rehabilitacyjna – nowa**

**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** |
|  | | | | | |  |
|  | | Nowa drabinka rehabilitacyjno-gimnastyczna, nieużywana drewniana o wymiarach min.   * wysokość 220 cm * szerokość 90cm | | TAK |  |  |
|  | | Powierzchnia drabinki pokryta trwałym, przyjaznym dla środowiska lakierem wodnym | | TAK |  |  |
|  | | Boki drabinki o wymiarach min.  * szerokość 100 mm * grubość 30 mm | | TAK |  |  |
|  | | Szczeble o przekroju owalnym min. 43 x 33 mm | | TAK |  |  |
|  | | Minimum 13 szczebli | | TAK |  |  |
|  | | Uchwyt mocujący do ściany wraz z zestawem montażowym. | | TAK |  |  |
|  | | Montaż drabinki | | TAK |  |  |
|  | **Informacje dodatkowe** | | | | | |
|  |  | | Instrukcja obsługi w języku polskim (z dostawą) | TAK |  |  |
|  |  | | Gwarancja minimum 24 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 |  |  |

1. **Poręcz do nauki chodzenia - nowa**

**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** |
|  | | | | | |  |
| 1. | | Urządzenie nowe, nieużywane, wyklucza się urządzenie demo. Powierzchnia bieżni wykonana ze sklejki o wysokiej twardości, pokryta specjalną wykładziną antypoślizgową, co zapewni bezpieczeństwo podczas ćwiczeń i zminimalizuje ryzyko poślizgnięcia. | | TAK |  |  |
| 2. | | Poręcz wykonana ze stali, malowana proszkowo. Regulacja wysokości poręczy umożliwia dopasowanie do ich wzrostu oraz postury pacjenta, co zwiększa komfort i stabilność ruchową. | | TAK |  |  |
| 3. | | Długość całkowita toru min 300cm | | TAK |  |  |
| 4. | | Długość bieżni min 200 cm | | TAK |  |  |
| 5. | | Regulacja wysokości poręczy od 63 -115 cm | | TAK |  |  |
| 6. | | Regulacja rozstawu poręczy od 35-75 cm | | TAK |  |  |
| 7. | | Szerokość całkowita max 100 cm | | TAK |  |  |
|  | | Szerokość bieżni min 55cm | | TAK |  |  |
|  | | Waga max. 50 kg | | TAK |  |  |
|  | | Obciążenie max. 150 kg | | TAK |  |  |
|  | **Informacje dodatkowe** | | | | | |
|  | 1. | | Instrukcja obsługi w języku polskim (z dostawą) | TAK |  |  |
|  | 2. | | Gwarancja minimum 24 m-ce | TAK |  |  |
|  | 3. | | Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych i zostanie zainstalowany bez żadnego uszczerbku | TAK |  |  |
|  | 4. | | Wykonawca gwarantuje, że wyżej wyspecyfikowany przedmiot oferty jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji | TAK |  |  |
|  | 5. | | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE | TAK |  |  |

1. **Pionizator – 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** |
|  | | | | | |  |
| 1. | | Urządzenie do pionizacji nowe, nieużywane. Wyklucza się urządzenie demo. Umożliwia bezpieczne i komfortowe pionizowanie pacjentów, | | TAK |  |  |
| 2. | | Funkcja podnoszenia pacjenta z pozycji siedzącej do wyprostowanej za pomocą dwuczęściowego systemu sterującego: kontroler oraz bateria  oddzielna, w zestawie druga bateria oraz  zewnętrzna ładowarka. Minimum 35 podniesień na jedno ładowanie. | | TAK |  |  |
| 3. | | Platforma na stopy wyposażona w antypoślizgowe wkładki oraz prawidłowe wsparcie kolan z pasem zabezpieczającym łydki, które stabilizuje nogi. | | TAK |  |  |
| 4. | | Płyta pod stopy ze specjalnymi korytkami stabilizującymi z paskiem | | TAK |  |  |
| 5. | | Cztery punkty podparcia: stopy, kolana, biodra, klatka piersiowa. | | TAK |  |  |
| 6. | | Kółka wyposażone w blokadę | | TAK |  |  |
| 7. | | Ruchoma rama jezdna, umożliwiająca płynną regulację rozstawu dla osiągnięcia maksymalnej stabilności | | TAK |  |  |
| 8. | | Konstrukcja umożliwia łatwe i szybkie składanie do transportu bez używania jakichkolwiek narzędzi | | TAK |  |  |
| 9. | | Szeroki pas stabilizuje sylwetkę na plecach | | TAK |  |  |
| 10. | | Nosidło w rozmiarze M i L | | TAK |  |  |
|  | | Podparcie pod biodra, które służy do podnoszenia pacjenta posiada dodatkowo wszyte pasy z regulacją długości rozmiar M i L | | TAK |  |  |
|  | | Najniższa pozycja ramienia min 1000 mm | | TAK |  |  |
|  | | Najwyższa pozycja ramienia min 1700 mm | | TAK |  |  |
|  | | Zakres unoszenia ramienia min 650 mm | | TAK |  |  |
|  | | Minimalny dystans między nogami podstawy: 460 mm | | TAK |  |  |
|  | | Maksymalny dystans między nogami podstawy: 750 mm | | TAK |  |  |
|  | | Masa własna pionizatora : max 45 kg | | TAK |  |  |
|  | | Maksymalna waga użytkownika: 150 kg | | TAK |  |  |
|  | **Informacje dodatkowe** | | | | | |
|  | 1. | | Instrukcja obsługi w języku polskim (z dostawą) | TAK |  |  |
|  | 2. | | Gwarancja minimum 24 m-ce | TAK |  |  |
|  | 3. | | Czas reakcji od chwili zgłoszenia awarii w okresie gwarancji wynosi 24 godzin, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy | TAK |  |  |
|  | 4. | | Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych i zostanie zainstalowany bez żadnego uszczerbku | TAK |  |  |
|  | 5. | | 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 |  |  |
|  |  | | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE | TAK |  |  |
|  |  | | Paszport techniczny | TAK |  |  |