Załącznik nr 17 SWZ

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia**

**Pakiet 16**

**Stół rehabilitacyjny 3 częściowy – 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** |
|  | | | | | |  |
|  | | 3-sekcyjny stół rehabilitacyjny nowy, nieużywany. Wyklucza się urządzenie demo | | TAK |  |  |
|  | | Mobilny system jezdny z 4 unoszonymi kołami kierunkowymi i centralnym mechanizmem blokowania | | TAK |  |  |
|  | | Innowacyjne zabezpieczenie przed niepożądaną zmianą ustawień dzięki magnetycznym kluczom | | TAK |  |  |
|  | | 3-sekcyjna budowa z elektryczną regulacją wysokości za pomocą ramki wokół podstawy stołu | | TAK |  |  |
|  | | Sekcja nożna z podwójnym systemem sprężyn gazowych (0° do +90°) | | TAK |  |  |
|  | | Regulacja zagłówka za pomocą sprężyny gazowej  (od -70° do +40°) z ergonomicznym otworem na twarz i zaślepką | | TAK |  |  |
|  | | Szerokość leżyska: 64 cm | | TAK |  |  |
|  | | 2-warstwowa tapicerka min. 10 kolorów do wyboru | | TAK |  |  |
|  | | Łącznik z tapicerki maskujący przerwy między sekcjami | | TAK |  |  |
|  | | Stabilna stalowa rama o konstrukcji krzyżakowej malowana proszkowo | | TAK |  |  |
|  | | Relingi do zamocowania pasów oraz otwory na bananki | | TAK |  |  |
|  | | Uchwyt na papier higieniczny | | TAK |  |  |
|  | | Gumowe stopki z regulacją wysokości do 1 cm umożliwiające wypoziomowanie stołu | | TAK |  |  |
|  | | Długość [cm] min. 200 | | TAK |  |  |
|  | | Wysokość [cm] min. 50-100 | | TAK |  |  |
|  | | Waga [kg]max. 115 | | TAK |  |  |
|  | | Obciążenie dynamiczne [kg]: 200 | | TAK |  |  |
|  | | Mobilny system jezdny z 4 unoszonymi kołami kierunkowymi i centralnym mechanizmem blokowania | | 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 |  |  |