**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych- Załącznik nr 1**

**Opis przedmiotu zamówienia:**

Przedmiotem zamówienia jest „Zakup sprzętu dla Powiatowego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Starachowicach”

**Zadanie nr 1 – Poręcz do nauki chodzenia 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
|  | **Poręcz do nauki chodzenia** |  |  |
| 1. | Poręcze wykonane ze stalowych profili pokrytych farbą proszkową, odporną na zarysowania (kolor biały). | Tak |  |
| 2. | Długość: 3000 mm (+/-200mm) | Tak |  |
| 3. | Dopuszczalne obciążenie: 150 kg (+/- 5kg) | Tak |  |
| 4. | Waga: 44kg  | Tak |  |
| 5. | Regulacja wysokości poręczy: 655mm-1055mm(+/-50mm) | Tak |  |
| 6. | Regulacja rozstawu szerokości poręczy: 370mm-700mm(+/-50mm) | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Poręcz do nauki chodzenia** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

 ..............................................

*(pieczęć i podpis Wykonawcy)*

**Zadanie nr 2 – Wózek inwalidzki 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
|  | **Wózek inwalidzki** |  |  |
| 1. | przedłużone oparcie z funkcją regulacji kąta nachylenia od 0°– 90° | Tak |  |
| 2. | zagłówek zapinany na rzepy | Tak |  |
| 3. | pas dla użytkownika | Tak |  |
| 4. | podłokietniki z funkcją demontażu | Tak |  |
| 5. | hamulec postojowy | Tak |  |
| 6. | tylne koła pompowane o średnicy 24'' | Tak |  |
| 7. | przednie koła pełne gumowe o średnicy 8'' | Tak |  |
| 8. | plastikowe ciągi | Tak |  |
| 9. | uchylne podnóżki regulowane pod kątem | Tak |  |
| 10. | regulacja środka ciężkości na przednich kołach | Tak |  |
| 11. | kółka anty-wywrotne | Tak |  |
| 12. | maksymalne obciążenie: min. 100 kg | Tak |  |
| 13. | Wyposażenie: przedłużone oparcie, poduszka stabilizująca głowę, pompka, zestaw kluczy | Tak |  |
| 14. | Szerokość całkowita: 63–68 (+/-5cm) | Tak |  |
| 15. | Szerokość wewnętrzna: 41, 46 cm(+/-5cm) | Tak |  |
| 16. | Głębokość całkowita: 125 cm(+/-5cm) | Tak |  |
| 17. | Wysokość siedziska od podłoża: 50 cm(+/-5cm) | Tak |  |
| 18. | Wysokość całkowita: 118–121 cm(+/-5cm) | Tak |  |
| 19. | Wysokość podłokietnika: 23 cm(+/-2cm) | Tak |  |
| 20. | Wymiary siedziska: 40, 45 x 39 cm(+/-5cm) | Tak |  |
| 21. | Waga: 17–18 kg | Tak |  |
| 22. | Szerokość po złożeniu: 40 cm | Tak |  |
| 23. | Kolory ramy: srebrny | Tak |  |
| 24. | Kolory tapicerki: czarny | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Wózek inwalidzki** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

 ..............................................

*(pieczęć i podpis Wykonawcy)*

**Zadanie nr 3 – Laska inwalidzka z trzypunktowym podparciem 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
|  | **Laska inwalidzka z trzypunktowym podparciem** |  |  |
| 1. | Wykonana z aluminium, podstawa wykonana ze stali | Tak |  |
| 2. | Trzy punkty podparcia zakończone gumowymi zabezpieczeniami antypoślizgowymi  | Tak |  |
| 3. | Anatomicznie profilowany uchwyt |  |  |
| 4. | Uniwersalna - możliwość użytkowania jako wersji prawej i lewej | Tak |  |
| 5. | Regulacja skokowa wysokości co 2,5 cm | Tak |  |
| 6. | Wysokość: 73-95,5 cm (+/-5cm) | Tak |  |
| 7. | Waga: 0,76 kg (+/- 0,2 kg) | Tak |  |
| 8. | Maksymalne obciążenie min. 100 kg | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Laska inwalidzka z trzypunktowym podparciem** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

 ..............................................

*(pieczęć i podpis Wykonawcy)*

**Zadanie nr 4 – Laska czteropunktowa – czwórnóg rehabilitacyjny 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
|  | **Laska czteropunktowa – czwórnóg rehabilitacyjny** |  |  |
| 1. | Wykonana z aluminium, podstawa wykonana ze stali | Tak |  |
| 2. | cztery punkty podparcia zakończone gumowymi zabezpieczeniami antypoślizgowymi  | Tak |  |
| 3. | Anatomicznie profilowany uchwyt |  |  |
| 4. | Uniwersalna - możliwość użytkowania jako wersji prawej i lewej | Tak |  |
| 5. | Regulacja skokowa wysokości co 2,5 cm | Tak |  |
| 6. | Wysokość: 73-95,5 cm (+/-5cm) | Tak |  |
| 7. | Waga: 1 kg (+/- 0,2 kg) | Tak |  |
| 8. | Maksymalne obciążenie min. 100 kg | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Laska czteropunktowa – czwórnóg rehabilitacyjny** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

 ..............................................

*(pieczęć i podpis Wykonawcy)*

**Zadanie nr 5 – Rotor kończyn górnych 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
|  | **Rotor kończyn górnych** |  |  |
| 1. | Rotor wykonany jest ze stali malowanej proszkowo, mechanizmu rotacyjnego z oporem oraz uchwytów | Tak |  |
| 2. | Szerokość: 46 cm (+/-2cm) | Tak |  |
| 3. | Wysokość: 32 - 43 cm (+/-2cm) |  |  |
| 4. | Głębokość: 41 cm (+/-2cm) | Tak |  |
| 5. | Waga: 5 kg (+/- 0,5kg) | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Rotor kończyn górnych** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

 ..............................................

*(pieczęć i podpis Wykonawcy)*

**Zadanie nr 6 – Rotor elektryczny 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
|  | **Rotor elektryczny** |  |  |
| 1. | Wielofunkcyjny wyświetlacz LCD wskazujący: czas, ilość obrotów, szacowany poziom obrotów na minutę, szacunkową liczbę spalonych kalorii. | Tak |  |
| 2. | Napęd: elektryczny z regulacją prędkości obrotów | Tak |  |
| 3. | - Zasilanie: AC | 230 V | 50 Hz |  |  |
| 4. | - Moc: 60 W | Tak |  |
| 5. | - Zakres regulacji obrotów: 25-65 RPM | Tak |  |
| 6. | - Wymiary: dł. 50 x szer. 46 x wys. 38 cm (+/-5cm) | Tak |  |
| 7. | Waga: 8 kg (+/-5kg) | Tak |  |
| 8. | Zestaw zawiera: 2 pedały (sandał), 2 uchwyty, mata antypoślizgowa | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Rotor elektryczny** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

 ..............................................

*(pieczęć i podpis Wykonawcy)*

**Zadanie nr 7 – Aluminiowa laska z regulacją wysokości 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
|  | **Aluminiowa laska z regulacją wysokości** |  |  |
| 1. | Wykonana z wytrzymałych materiałów wysokiej jakości | Tak |  |
| 2. | Stabilna podstawa pozwalająca na użytkowanie na wszystkich powierzchniach  | Tak |  |
| 3. | Prosty i szybki sposób składania | Tak |  |
| 4. | Szybki i prosty sposób rozkładania do pożądanej długości | Tak |  |
| 5. | Stopniowa regulacja wysokości: 60-97 (+/-5 cm) | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Aluminiowa laska z regulacją wysokości** | 1 | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

 ..............................................

*(pieczęć i podpis Wykonawcy)*

**Zadanie nr 8 – Ergonomiczne kule łokciowe z anatomiczną rączką 1 para.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
|  | **Ergonomiczne kule łokciowe z anatomiczną rączką**  |  |  |
| 1. | Szeroka, miękka i anatomicznie wyprofilowana część dłoniowa  | Tak |  |
| 2. | Część łokciowa o regulowanej wysokości  | Tak |  |
| 3. | Owal części łokciowej umożliwiający pozostawienie kuli na przedramieniu np. w trakcie otwierania drzwi | Tak |  |
| 4. | Wysokość regulowana: 74-96 cm (+/-5cm) | Tak |  |
| 5. | Wysokość części łokciowej: 74-96 cm (+/-5cm) | Tak |  |
| 4. | Waga: 860 g jedna kula (+/- 20 g) | Tak |  |
| 5. | Maksymalna waga użytkownika: do 130 kg | Tak |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Ergonomiczne kule łokciowe z anatomiczną rączką** | 1 para | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

 ..............................................

*(pieczęć i podpis Wykonawcy)*

**Zadanie nr 9 - Kabina do ćwiczeń i zawieszeń 1 szt.**

**Dane podstawowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nazwa i adres producenta (dystrybutora) |  |
| 2 | Kraj producenta |  |
| 3 | Nazwa, model, typ urządzenia |  |
| 4 | Rok produkcji |  |

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymogi graniczne TAK/NIE** | **Potwierdzenie - parametr****oferowany** |
|  | **UGUL - Kabina do ćwiczeń i zawieszeń** |  |  |
| 1. | Konstrukcja stalowa, malowana proszkowo w kolorze białym |  |  |
| 2. | Długość: 200 cm  | Tak |  |
| 3. | Szerokość: 200 cm  | Tak |  |
| 4. | Wysokość: 203 cm | Tak |  |
| 5. | Osprzęt do kabiny: | Tak |  |
| Linka długość 1600 mm (+/-10%) szt. 8 Przeznaczona do ćwiczeń i zawieszeń, wykonana ze stylonowego, wytrzymałego sznurka | Tak |  |
| Linka długość 2450 mm (+/-10%) szt. 1Przeznaczona do ćwiczeń kończyn górnych, w tym ćwiczeń samowspomagających. Linka posiada dwa drewniane uchwyty i dwa bloczki do regulacji wysokości linki  |
| Linka długość 5720 mm (+/-10%)szt. 1Przeznaczona do ćwiczeń z obciążeniem. Linka w komplecie z dwoma metalowymi uchwytami i trzema bloczkami do regulacji wysokości. |
| Linka długość 3750 mm (+/-10%) szt. 2Przeznaczona do wyciągów i ćwiczeń oporowych kończyn dolnych. Wyposażona w kauszę, karabińczyk, dwa bloczki i regulator długości. |
| Podwieszka przedramion i podudzi 100x420 mm (+/-10%) szt. 4Wytrzymała podwieszka wykonana z pikowanej tkaniny, wyposażona w zaczepy do podwieszania.  |
| Podwieszka ud i ramion 145x540 mm (+/-10%) szt. 4Wytrzymała podwieszka wykonana z pikowanej tkaniny, wyposażona w zaczepy do podwieszania.  |
| Podwieszka pod miednicę 230x750 mm (+/-10%) szt. 1 Wytrzymała podwieszka z tkaniny wyposażona w dwa trójkątne zaczepy |
| Podwieszka klatki piersiowej 225x675/340x100 mm (+/-10%) szt.1 Wykonana z pikowanej tkaniny podwieszka z zaczepami do podwieszania. Wyposażona w 4 trójkątne zaczepy. |
| Podwieszka pod głowę 150x530 mm (+/-10%)szt. 1 Solidna podwieszka wykonana z pikowanej tkaniny z otworem o średnicy 65 mm (+/-10%). Wyposażona w trójkątne zaczepy do podwieszania. |
| Podwieszka stóp 75x610 mm (+/-10%) szt. 2Podwieszka z pikowanej tkaniny do podwieszeń kończyn dolnych. Wyposażona w dwa półkoliste zaczepy do podwieszania.  |
| Podwieszka dwustawowa pelota 160x80 mm pas 40x1350 mm (+/-10%) szt. 2Wykonana z pikowanej tkaniny, wytrzymała podwieszka do kończyn dolnych i górnych. Wyposażona w dwa regulatory długości i dwie peloty, zaczep do podwieszeń trójkątny. |
| Pas do wyciągu za miednicę uniwersalny 1130x170 mm (+/-10%) szt. 1Wytrzymały pas stabilizacyjny wykonany z tkaniny. Zaczepy do podwieszeń trójkątne, zapinane na mocny rzep.  |
| Kamaszek szt. 1Przeznaczony do ćwiczeń oporowych stopy, wykonany ze skóry. Wyposażony w 6 półkolistych zaczepów do podwieszeń, zapinanie na mocny rzep.  |
| Ciężarek miękki 0,5kg szt. 2 |  |
|  | Ciężarek miękki 1kg szt. 2 | Obciążniki, woreczki ze skóry z określoną wagą i półkółkiem do zawieszeń, wypełnione śrutem. |  |  |
| Ciężarek miękki 1,5kg szt. 1 |
| Ciężarek miękki 2kg szt. 1 |
| Ciężarek miękki 2,5kg szt. 1 |
| Ciężarek miękki 3kg szt. 1 |
| Esik szt. 30  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Ilości docelowe | Cena netto/szt. | VAT | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | **Kabina do ćwiczeń i zawieszeń** | 1  | 0,00 zł | % | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  |  |  |  Razem | **0,00 zł** | **0,00 zł** |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne

i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

 ..............................................

*(pieczęć i podpis Wykonawcy)*