

Formularz „Zestawienie wymaganych parametrów technicznych i użytkowych”

Zadanie 1

a) Rotor elektryczny - 1 szt.

Lp.	Parametr/warunek	Wartość wymagana	Wartość oferowana
1.	Urządzenie nowe, min. 2013 rok produkcji Producent Model/typ Kraj pochodzenia	TAK podać	
2.	Urządzenie do terapii ruchowej dla pacjentów leżących, ze statywem przyłóżkowym oraz mocowaniem do łóżka	TAK	
3.	Pasywne poruszanie nóg za pomocą silnika	TAK	
4.	Trening wspomagany - aktywny trening z pomocą silnika	TAK	
5.	Trening aktywny z możliwością dokładnego ustawienia oporu.	TAK	
6.	Możliwość terapii przyłóżkowej pacjentów leżących	TAK	
7.	Równomierne pedałowanie spowodowane napędem rozluźniającym	TAK	
8.	Program do rozluźniania spastyki, zgodny z terapeutyczną zasadą automatycznej zamiany kierunku pedałowania	TAK	
9.	Automatyczne rozpoznawanie nawet najmniejszej spastyki	TAK	
10.	Elektroniczny przycisk, uaktywniający funkcję pomocy przy zapinaniu nóg	TAK	
11.	Możliwość ustawienia obrotów min. od 1 do 60 na minutę.	TAK	
12.	Funkcja „wspomaganie pedałowania” - wyczuwalne i widoczne przejście z treningu biernego na pasywny; rozpoznawanie samodzielnej aktywności pacjenta; automatyczna redukcja prędkości przy zaprzestaniu pedałowania	TAK	
13.	Przycisk z wyłącznikiem bezpieczeństwa	TAK	
14.	Trening symetryczny: jednoczesne wyświetlanie danych o wysiłku, oddzielnie lewej i prawej strony	TAK	
15.	Pomiar początkowego, końcowego oraz średniego napięcia mięśniowego	TAK	
16.	Analiza treningu: wyświetlanie danych o treningu oraz uzyskanym postępie	TAK	
16a	Trening pasywny: - Prędkość - Czas treningu - Stopień trudności - Przebyty odcinek	TAK	
16b	Trening aktywny: - Zużyta energia - Osiągnięcia prawej i lewej strony - Opór hamulców - Dane o osiągnięciach	TAK	
17.	Obsługa monitora urządzenia za pomocą przycisków	TAK	
18.	Menu urządzenia w języku polskim	TAK	
19.	Wytrzymała i stabilna konstrukcja metalowa	TAK	
20.	Transport urządzenia na kółkach	TAK	
21.	Urządzenie wyposażone w hamulec	TAK	

22.	Łatwe pozycjonowanie rozstawu podstawy urządzenia	TAK	
23.	Pokryte materiałem do dezynfekcji obejmujące stopy wraz z rzepami mocującymi	TAK	
24.	Prowadnice na nogi wraz z ustawianym odciążaniem stawów kolanowych	TAK	
25.	Dodatkowe 2 komplety rzepów mocujących nogi (do prowadnic stóp i podudzi)	TAK	

b) Rower rehabilitacyjny stacjonarny – 2 szt.

Lp.	Parametr/warunek	Wartość wymagana	Wartość oferowana
1.	Urządzenie nowe, min. 2013 rok produkcji Producent Model/typ Kraj pochodzenia	TAK podać	
2.	Komputer treningowy	TAK	
3.	Odporna na pot klawiatura foliowa	TAK	
4.	Pomiar czasu, odcinek treningowy, odcinek całkowity, prędkość, kadencja	TAK	
5.	Czujniki tętna w uchwytach	TAK	
6.	Pomiar tętna w fazie spoczynku z oceną sprawności	TAK	
7.	Alarm w przypadku przekroczenia górnej granicy tętna	TAK	
8.	Ręczne sterowanie obciążeniem	TAK	
9.	Trening ukierunkowany na strefy (FAT/FIT/MANUELL)	TAK	
10.	Wyświetlacz ciągły min. 10 funkcji (wraz z wykresem częstotliwości kroku)	TAK	
11.	Koło zamachowe min. 7 kg	TAK	
12.	Maksymalne obciążenie wagowe min. 150 kg	TAK	
13.	System hamowania - magnetyczny	TAK	
14.	System napędowy - pas z żebrowaniem wzdłużnym	TAK	
15.	Zakres obciążenia stopniowo regulowany ręcznie od 1 do 10	TAK	
16.	Zasilanie elektryczne	TAK	
17.	Kierownica z regulacją kąta nachylenia	TAK	
18.	Kółka/rolki transportowe	TAK	
19.	Niskie wejście	TAK	
20.	Pedały pasowe z punktem ciężkości	TAK	
21.	Regulacja siedziska w poziomie	TAK	
22.	Szybka regulacja wysokości siedziska	TAK	

c) Aparat wielofunkcyjny do elektroterapii – 1 szt.

Lp.	Parametr/warunek	Wartość wymagana	Wartość oferowana
1.	Urządzenie nowe, min. 2013 rok produkcji Producent Model/typ Kraj pochodzenia	TAK podać	
2.	Dotykowy kolorowy wyświetlacz	TAK	
3.	Wbudowane gotowe protokoły zabiegowe	TAK	
4.	Możliwość modyfikacji programów zabiegowych	TAK	

5.	Praca ciągła oraz impulsowa	TAK	
6.	Regulacja wypełnienia impulsów płynna lub skokowa	TAK	
7.	Moc maksymalna min. 3W/cm ²	TAK	
8.	Głowica przeznaczona do pracy na sucho i w wodzie	TAK	
9.	Głowica wieloczęstotliwościowa 1 – 3,3 MHz o powierzchni min. 5cm ²	TAK	
10.	Kontrola kontaktu głowicy z pacjentem	TAK	

d) Aparat wielofunkcyjny do elektroterapii – 1 szt.

Lp.	Parametr/warunek	Wartość wymagana	Wartość oferowana
1.	Urządzenie nowe, min. 2013 rok produkcji Producent Model/typ Kraj pochodzenia	TAK podać	
2.	Aparat do terapii kombinowanej, elektrofonoforezy, terapii ultradźwiękowej i elektroterapii.	TAK	
3.	Dwa w pełni niezależne kanały elektroterapii	TAK	
4.	Możliwość pracy obwodów wyjściowych w trybie stabilizacji prądu pacjenta lub stabilizacji napięcia wyjściowego.	TAK	
5.	ELEKTROTERAPIA – prądy: - interferencyjne (izoplanarny, dynamiczny, statyczny, jednokanałowy (AMF)) - TENS (symetryczny, asymetryczny, naprzemienny, Burst) - TENS do terapii porażień spastycznych - Kotz'a/rosyjska stymulacja - tonoliza - diadynamiczne (MF, DF, CP, CP-ISO, LP) - impulsowe (prostokątny, trójkątny) - impulsowe wg Traberta, Leduca, neofaradyczny - unipolarne falujące - galwaniczne - mikroprądy	TAK	
6.	ELEKTRODIAGNOSTYKA: - elektrodiagnostyka z graficzną prezentacją krzywej I/t - automatyczne wyliczanie reobazy, chronaksji, współczynnika akomodacji	TAK	
7.	TERAPIA ULTRADŹWIĘKOWA - głowica 1 MHz, 4 cm ² - emisja ciągła – efekt termiczny - emisja pulsująca – mikromasaż - kontrola przylegania czoła głowicy sprzężona z - zegarem zabiegowym - stabilizacja emitowanej mocy	TAK	
8.	Pełna kontrola nad parametrami zabiegowymi dla zaawansowanych użytkowników	TAK	
9.	PROGRAMY ZABIEGOWE: - uproszczenie obsługi aparatu - jednostki chorobowe wybierane po nazwie - min. 200 wbudowanych programów zabiegowych - min.100 programów do ustawienia dla użytkownika	TAK	

	- min. 80 programów ulubionych - nadawanie własnych nazw programom		
10.	Min. 30 wbudowanych sekwencji zabiegowych	TAK	
11.	Autotest – bieżąca kontrola sprawności aparatu	TAK	
12.	Test elektrod	TAK	
13.	Komplet akcesoriów do aparatu (przewody pacjenta, elektrody do elektroterapii, pokrowce, pasy rzepowe)	TAK	

e) Laser biostymulacyjny – 1 szt.

Lp.	Parametr/warunek	Wartość wymagana	Wartość oferowana
1.	Urządzenie nowe, min. 2013 rok produkcji Producent Model/ typ Kraj pochodzenia	TAK podać	
2.	Zestaw do biostymulacji laserowej, umożliwiający pracę zarówno przy pomocy sond punktowych, sondy prysznicowej jak i w trybie automatycznym z wykorzystaniem sondy skanującej.	TAK	
3.	Regulacja mocy sond i aplikatorów	TAK	
4.	Tryby emisji: ciągły i impulsowy	TAK	
5.	Regulacja mocy w zakresie min. 25-100%	TAK	
6.	Zakres częstotliwości 1-5000Hz	TAK	
7.	Regulacja wypełnienia lub czasu impulsu	TAK	
8.	Możliwość podłączenia minimum 2 sond punktowych oraz aplikatora skanującego równocześnie	TAK	
9.	Liczniki czasu pracy sond laserowych	TAK	
10.	Stabilizacja i regulacja mocy sond	TAK	
11.	Sterownik z wyświetlaczem graficznym	TAK	
12.	Tryby pracy: programowy/manualny	TAK	
13.	Wbudowane programy zabiegowe usprawniające obsługę aparatu: - jednostki chorobowe wybierane wg nazwy - min. 30 programów dla sondy IR - min. 20 programów dla sondy R - min. 20 programów użytkownika - min. 8 programów z częstotliwościami Nogiera - min. 30 programów z częstotliwościami Volla	TAK	
14.	Możliwość tworzenia sekwencji zabiegowych - min. 10 sekwencji dla sond punktowych - min. 25 sekwencji dla aplikatorów skanujących	TAK	
15.	Ramię statywu z regulowaną wysokością w zakresie min. 60-140 cm	TAK	
16.	Możliwość ustawienia aplikatora w min. 2 płaszczyznach	TAK	
17.	Określanie pola zabiegowego w minimum 3 trybach kreślenia: elipsa, linia, krzywe w granicach prostokąta	TAK	
18.	Automatyczne przeliczanie czasu pracy w zależności od wielkości pola zabiegowego	TAK	
19.	Ramię podtrzymywane za pomocą siłownika pneumatycznego	TAK	

20.	Półka na sterownik i okulary	TAK	
21.	Aplikator na podstawie jezdnej	TAK	
22.	Aplikator skanujący o mocy min. R 50mW oraz IR 400mW	TAK	
23.	Sonda punktowa R 660nm/40mW	TAK	
24.	Sonda punktowa IR 808nm/400mW	TAK	
25.	Uchwyt do sond punktowych	TAK	
26.	Okulary ochronne - 4 szt.	TAK	

f) Diatermia indukcyjna typu Terapuls – 1 szt.

Lp.	Parametr/warunek	Wartość wymagana	Wartość oferowana
1.	Urządzenie nowe, min. 2013 rok produkcji Producent Model/typ Kraj pochodzenia	TAK podać	
2.	Ekranowany generator dwukanałowy pola magnetycznego	TAK	
3.	Ekranowany przewód	TAK	
4.	Ekranowana elektroda	TAK	
5.	Częstotliwość znamionowa: 27,12 Hz +/-2%	TAK	
6.	Szczytowa moc w impulsie min. 200 W	TAK	
7.	Średnia moc w impulsie - przy pracy jednokanałowej min. 65W - przy pracy dwukanałowej min. 2x37W	TAK	
8.	Szerokość impulsu w zakresie min. 65-400 ms	TAK	
9.	Częstotliwość powtarzania impulsów - min. 25 do 875 Hz przy pracy jednokanałowej - min. 25 do 500 Hz przy pracy dwukanałowej	TAK	
10.	Bank gotowych procedur terapeutycznych	TAK	
11.	Możliwość wprowadzenia własnych procedur terapeutycznych	TAK	
12.	Programowanie czasu terapii w zakresie min. od 1 do 60 minut	TAK	
13.	Ramię/uchwyt do mocowania elektrod	TAK	
14.	Elektroda indukcyjna pola magnetycznego średnica 14 cm – 1 szt.	TAK	
15.	Ekran LCD	TAK	
16.	Możliwość przemieszczania aparatu - 4 kółka jezdne	TAK	
17.	Możliwość podłączenia opcjonalnej elektrody indukcyjnej pola magnetycznego o średnicy 8 cm	TAK	
18.	Masa urządzenia max 45 kg	TAK	
19.	Zasilanie 230 V, 50/60 Hz	TAK	

Wymogiem jest aby wartości podane w kolumnie „Wartość oferowana” były zgodne z danymi zawartymi w oficjalnym dokumencie przedstawiającym dane techniczne np. Product Data.

Zamawiający ma prawo wystąpić do Wykonawcy o udostępnienie takiego dokumentu celem weryfikacji.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do zażądania w wyznaczonym przez siebie terminie, dokonania przez Wykonawcę prezentacji/ pokazu oferowanego sprzętu. Niespełnienie tego wymagania spowoduje odrzucenie oferty jako niezgodnej z treścią SIWZ.

Zadanie 2

a) Urządzenie do masażu wirowego kończyn górnych – 1 szt.

Lp.	Parametr/warunek	Wartość wymagana	Wartość oferowana
1.	Urządzenie nowe, min. 2013 rok produkcji Producent Model/typ Kraj pochodzenia	TAK podać	
2.	Wanna do masażu wirowego kończyn górnych	TAK	
3.	Profil wanny umożliwiający komfortowy podjazd z boków i od przodu wózkami inwalidzkimi	TAK	
4.	Płaska podstawa stalowa w kształcie podkowy zapewniająca dobrą stabilizację i nieutrudniająca dostępu do wanny.	TAK	
5.	Materiał kompozytowy z włókna szklanego	TAK	
6.	Ilość dysz do hydromasażu – min. 12 szt.	TAK	
7.	Dysze do hydromasażu z funkcją napowietrzania wody	TAK	
8.	Regulacja wydajności dysz i stopnia napowietrzania	TAK	
9.	Zabezpieczenie pompy przed pracą na sucho	TAK	
10.	Prysznic do higienicznego mycia wanny	TAK	
11.	Pojemność użytkowa 30 l +/-2%	TAK	
12.	Czas napełniania max. 1 min.	TAK	
13.	Czas wypuszczania wody max 0,5 minuty	TAK	
14.	Waga max 70 kg	TAK	
15.	Wymiary (dł. szer. wys.) 950x 870 x1050 +/-2%	TAK	
16.	Sterowanie manualne	TAK	
17.	Zabezpieczenie przed osadzaniem się kamienia - elektromagnetyczny zmiękczaczy wody	TAK	
18.	Krzesło obrotowe z oparciem, z regulacją wysokości, powierzchnia zmywalna, kółka do powierzchni twardych	TAK	

b) Urządzenie do masażu wirowego kończyn dolnych – 1 szt.

Lp.	Parametr/warunek	Wartość wymagana	Wartość oferowana
1.	Urządzenie nowe, min. 2013 rok produkcji Producent Model/typ Kraj pochodzenia	TAK podać	
2.	Wanna do masażu wirowego kończyn dolnych	TAK	
3.	Materiał kompozytowy z włókna szklanego	TAK	
4.	Dysze do masażu wirowego minimum 14 szt.	TAK	

5.	Dysze wyposażone w funkcję napowietrzania strumienia wody	TAK	
6.	Możliwość regulacji wydajności dysz	TAK	
7.	System dysz posiadający funkcję przepłukiwania	TAK	
8.	Możliwość całkowitego odwodnienia układu hydromasażu	TAK	
9.	Manualne ustawienie parametrów terapii	TAK	
10.	Pojemność użytkowa 45 l +/- 5% Pojemność maksymalna do 55 l	TAK	
11.	Czas napełniania do 1,5 min	TAK	
12.	Czas wypuszczania wody do 1 min	TAK	
13.	Maksymalny pobór mocy 600VA	TAK	
14.	Wymiary (dł. x szer. x wys.) 880 mm x 760 mm x 780 mm (+/- 2%)	TAK	
15.	Zabezpieczenie przed osadzaniem się kamienia - elektromagnetyczny zmiękcacz wody	TAK	
16.	Krzesło obrotowe z oparciem, z regulacją wysokości, powierzchnia zmywalna, kółka do powierzchni twardych	TAK	

Wanny i wirówki muszą posiadać jednolite spójne wzornictwo i stylizację o takich samych cechach linii, konturów, kształtów.

Wirówki muszą posiadać jednolitą kolorystykę w standardzie dostępnym u Wykonawcy. Kolor zostanie uzgodniony z Zamawiającym w trakcie realizacji zamówienia.

Do dokumentacji przetargowej należy załączyć rysunki zawierające propozycję lokalizacji urządzeń w pomieszczeniu 3/16a Zakładu Rehabilitacji wskazanym przez Zamawiającego (wg załącznika) oraz warunki techniczne umożliwiające wcześniejsze wykonanie przyłączy instalacyjnych branży sanitarnej i elektrycznej.

Ze względu na ograniczoną powierzchnię użytkową w/w pomieszczenia Zamawiający zaleca przeprowadzenie wcześniejszej wizji lokalnej.