**EZ/25/2022/MK**

Załącznik nr 1.2 do SWZ

(Załącznik nr … do umowy)

**PAKIET NR 2**

 **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**(Wymagane minimalne parametry techniczno-funkcjonalne)**

***Wanna do masażu wirowego stóp i podudzi -1 sztuka***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **WYMAGANE MINIMALNE PARAMETRY TECHNICZNE** | **Wymogi graniczne** | **Parametry oferowane** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Model | Podać |  |
| 3 | Rok produkcji min. 2022 | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **WYMAGANE MINIMALNE PARAMETRY TECHNICZNE** | **Wymaganie** | **Parametry oferowane** |
| 1 | Wanna wykonana z tworzywa sztucznego typu GFK wzmacnianego włóknem szklanym | TAK |  |
| 2 | Wyposażona w min.6 dysz o regulowanym kierunku wypływu strumienia wody | TAK |  |
| 3 | Wyposazona w system biernej kąpieli perełkowej z regulacją intensywności masażu | TAK |  |
| 4 | Wyposażona w prysznic ręczny | TAK |  |
| 5 | Wyposażona w półautomatyczny spust wody | TAK |  |
| 6 | Wyposażona w krzesło z regulacją wysokości | TAK |  |
| 7 | Bezwylewkowy system napełniania ciepła/zimna woda | TAK |  |
| 8 | Elektroniczny, dotykowy panel sterujący o przekątnej min. 3.5” umożliwiający:-włączenie urządzenia-napełnianie wody do żądanego poziomu- ustawienie czasu zabiegu-zabezpieczenie przed pracą na sucho-automatyczne wyłączenie urządzenia po skończeniu czasu zabiegu-informacja o konieczności odkamieniania wirówki | TAK |  |
| 9 | Pompa z tworzywa sztucznego -230V, 50HZ, 1,1kW | TAK, PODAĆ |  |
| 10 | Zasysanie sitkiem filtrującym | TAK |  |
| 11 | Wymiary (+/- 5%):Długość: 890 mmSzerokość: 880 mmWysokość: 750 mm | TAK, PODAĆ |  |
| 12 | Pojemność 55 litrów (+/-5%) | TAK, PODAĆ |  |
| 13 | Karta gwarancyjna – załączyć do dostawy | Tak |  |
| 14 | Okres pełnej gwarancji –36 miesięcy | TAK |  |
| 15 | Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny  | Podać w interaktywnym formularzy ofertowym | *dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.35 SWZ.)* |

Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny prowadzi…………………………………....... (uzupełnić)

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie nawet jednego z w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane, urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**(Wymagane minimalne parametry techniczno-funkcjonalne)**

***Wanna do masażu wirowego kończyn górnych- 1 sztuka***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **WYMAGANE MINIMALNE PARAMETRY TECHNICZNE** | **Wymogi graniczne** | **Parametry oferowane** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Model | Podać |  |
| 3 | Rok produkcji min. 2022 | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **WYMAGANE MINIMALNE PARAMETRY TECHNICZNE** | **Wymaganie** | **Parametry oferowane** |
| 1 | Wanna wykonana jest z tworzywa sztucznego typu GFK wzmacnianego włóknem szklanym | TAK |  |
| 2 | Wyposażona w min. 10 dysz o regulowanym kierunku wypływu strumienia wody | TAK |  |
| 3 | Wyposażona w bezwylewkowy system napełniania ciepła/zimna woda | TAK |  |
| 4 | Wyposażona w system biernej kąpieli perełkowej | TAK |  |
| 5 | Wyposażona w prysznic | TAK |  |
| 6 | Wyposażona w półautomatyczny odpływ | TAK |  |
| 7 | Wyposażona w krzesło z regulacją wysokości | TAK |  |
| 8 | Elektroniczny, dotykowy panel sterujący o przekątnej min. 3.5” umożliwiający: -włączenie urządzenia -napełnianie wody do żądanego poziomu -zabezpieczenie przed pracą na sucho-ustawienie czasu zabiegu-automatyczne wyłączenie urządzenia po skończeniu czasu zabiegu-powiadamianie o konieczności odkamieniania po określonej ilości wykonanych zabiegów. | TAK, PODAĆ |  |
| 9 | Możliwość doposażenia wirówki w obręcz do masażu limfatycznego rąk | TAK |  |
| 10 | Pompa z tworzywa sztucznego -230V, 50HZ, o mocy min. 1,1kW | TAK |  |
| 11 | Zasysanie sitkiem filtrującym | TAK |  |
| 12 | Specjalnie wyprofilowana niecka umożliwiająca podjazd wózkiem inwalidzkim | TAK |  |
| 13 | Wymiary (DxSxW): 950x 1100x1070 (+/- 20mm) | TAK |  |
| 14 | Karta gwarancyjna – załączyć do dostawy | TAK |  |
| 15 | Okres pełnej gwarancji –36 miesięcy | TAK |   |
| 16 | Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny  | Podać w interaktywnym formularzy ofertowym | *dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.35 SWZ.)* |

Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny prowadzi…………………………………....... (uzupełnić)

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie nawet jednego z w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane, urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**(Wymagane minimalne parametry techniczno-funkcjonalne)**

***Wielofunkcyjny stół do ćwiczeń manualnych ręki- 1 sztuka***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **WYMAGANE MINIMALNE PARAMETRY TECHNICZNE** | **Wymogi graniczne** | **Parametry oferowane** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Model | Podać |  |
| 3 | Rok produkcji min. 2022 | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **WYMAGANE MINIMALNE PARAMETRY TECHNICZNE** | **Wymaganie** | **Parametry oferowane** |
| 1 | Min.12 niezależnych stanowisk do ćwiczeń ręki (po trzy stanowiska na każdą ze stron blatu) | TAK |  |
| 2 | Kolumna oporowa umieszczona w centralnej części stołu | TAK |  |
| 3 | Kolumna wykonana z profili aluminiowych. | TAK |  |
| 4 | Kolumna posiadająca min.4 niezależne stosy ciężarkowe rozmieszczone po jednym z każdej strony stołu | TAK |  |
| 5 | Możliwość ćwiczenia min. 4 pacjentów jednocześnie | TAK |  |
| 6 | Waga obciążenia stosu od 250-2750g. | TAK |  |
| 7 | Wymiary max: 120x120cm | TAK |  |
| 8 | Karta gwarancyjna – załączyć do dostawy | TAK |  |
| 9 | Okres pełnej gwarancji –36 miesięcy | TAK |  |
| 10 | Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny  | Podać w interaktywnym formularzy ofertowym | *dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.35 SWZ.)* |

Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny prowadzi…………………………………....... (uzupełnić)

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie nawet jednego z w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane, urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.