**Załącznik nr 2.9 do SWZ**

*Załącznik nr ........ do umowy*

**EZ/128/2025/MW**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

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

**PAKIET NR 9 *System do terapii zimnem (aparat do krioterapii) + Szyna CPM i CAM do ćwiczeń stawu biodrowego i kolanowego***

***Zadanie nr 1*** ***System do terapii zimnem (aparat do krioterapii) – 1 szt.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Wykonawca/Producent | Podać |   |
| 2. | Nazwa-model/typ | Podać |   |
| 4. | Rok produkcji | 2025, fabrycznie nowy |  |
| 5. | Gwarancja min. 24 miesięcy | TAK, podać | *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.35 SWZ.* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry ogólne** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1 | System do terapii zimnem i kompresją pneumatyczną (krioterapia + kompresjoterapia) | TAK  |  |
| 2 | Leczenie urazów, regeneracja po wysiłku, rehabilitacja pooperacyjna | TAK |  |
| 3 | Technologia chłodzenia: Cyrkulacja zimnej wody przez opatrunki/aplikatory | TAK, podać |  |
| 4 | Technologia kompresji: Kompresja pneumatyczna – regulowana (dynamiczna, cykliczna) | TAK |  |
| 5 | Liczba trybów kompresji: Minimum 4 poziomy kompresji | TAK, podać |  |
| 6 | Zakres ciśnienia kompresji: 5 – 75 mmHg(niskie, średnie, wysokie) | TAK |  |
| 7 | Zakres temperatury ok. 1,6 °C – 10°C (regulowana automatycznie) | TAK, podać |  |
| 8 | Regulacja czasu terapii: programowalna długość sesji | TAK |  |
| 9 | Czas trwania cyklu: od 20 do 60 minut (regulowany)  | TAK, podać |  |
| 10 | Waga urządzenia: max. 4 kg (bez wody i lodu) | TAK |  |
| 11 | Wyświetlacz LCD z intuicyjnym interfejsem użytkownika | TAK, podać |  |
| 12 | Możliwość pracy z aplikatorami kompatybilne z szeroką gamą opatrunków (kolano, bark, kręgosłup, itd.) | TAK, podać |  |
| 13 | Sygnalizacja dźwiękowa i wizualna błędów lub niskiego poziomu cieczy | TAK, podać |  |
| 14 | System dwukomorowy dostarczający obwodową i ruchomą terapię zimnem bez możliwości odmrożenia | TAK |  |
| 15 | W zestawie:W zestawie: – opatrunek do terapii kolana po artroskopii (np. typu ATX lub równoważny),– opatrunek do terapii stawu kolanowego (np. typu ATX lub równoważny),– opatrunek do terapii kończyny dolnej (but wysoki – np. typu ATX lub równoważny).  | TAK |  |
|  | **Pozostałe** |  |  |
| 16 | Karta Gwarancyjna | TAK, dostarczyć przy dostawie |  |
| 17 | Instrukcja obsługi | TAK, dostarczyć przy dostawie |  |

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

***Zadanie nr 2 Szyna CPM i CAM do ćwiczeń stawu biodrowego i kolanowego – 1 kpl***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Wykonawca/Producent | Podać |   |
| 2. | Nazwa-model/typ | Podać |   |
| 4. | Rok produkcji | 2025, fabrycznie nowy |  |
| 5. | Gwarancja min. 24 miesięcy | TAK, podać | *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.35 SWZ.* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry ogólne** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Pasywne ustawienie zakresu ruchu (na pilocie) lub aktywne (ruchami kończyny) | TAK  |  |
| 2 | Pauzy (wyprost i zgięcie) 1-59 s / 1-59 min. | TAK, podać |  |
| 3 | Czas ćwiczeń 1-59 min. / 1-24 h / tryb ciągły | TAK, podać |  |
| 4 | Program rozgrzewki | TAK |  |
| 5 | Blokada klawiatury | TAK |  |
| 6 | Prędkość 5-100% | TAK, podać |  |
| 7 | Resetowanie ustawień dla nowego pacjenta | TAK |  |
| 8 | Limit wyprostu w kolanie: min. -10° do 120° | TAK, podać |  |
| 9 | Limit zgięcia w biodrze: min. 0° do 115° | TAK, podać |  |
| 10 | Maksymalne obciążenie urządzenia minimum 30kg | TAK, podać |  |
| 11 | Wymiary 96 x 38 x maks. 57 cm | TAK, podać |  |
| 12 | Maksymalna waga urządzenia 17 kg | TAK, podać |  |
| 13 | Aktywne ćwiczenia polegające na pokonywaniu zadanego oporu 10° / 0° / 120° | TAK, podać |  |
| 14 | Minimum 3 metody pracy w tym: pasywny, aktywny, koordynacja | TAK, podać |  |
| 15 | Urządzenie w wymaganym trybie koordynacji posiada programy utrzymania siły statyczne/dynamiczne oraz programy znajdowania kąta aktywne/pasywne rozwijające percepcję aktualnej pozycji zgiętego kolana | TAK |  |
| 16 | Sekwencyjne programy terapii dostosowane do rodzajów schorzeń i typów operacji  | TAK |  |
|  | **Pozostałe:** |  |  |
| 17 | Karta Gwarancyjna | TAK, dostarczyć przy dostawie |  |
| 18 | Instrukcja obsługi | TAK, dostarczyć przy dostawie |  |

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.