

Nazwa urządzenie: Urządzenie do masażu membranowego szt 1
Dane podstawowe

1.	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2.	Nazwa, model, typ urządzenia	
3.	Rok produkcji	
4.	Znak CE (deklaracja zgodności)	

Parametry i wymogi konieczne do spełnienia.

Lp	Opis parametru wymaganego (wymagania minimalne)	Parametry wymagane	Podać parametry oferowane lub potwierdzić
	Łóżko do masażu na sucho	TAK	
	Min. 6 niezależnych stref masujących	TAK	
	Min.23 dysze	TAK	
	Min.5 fabrycznych programów masażu	TAK	
	grzałka wody utrzymująca stałą temperaturę	TAK	
	podświetlenie LED u podstawy	TAK	
	dotykowy panel sterujący	TAK	
	Pojemność min.200 l ,max.240 l	TAK	

Jeżeli oferowany sprzęt nie spełnia wszystkich parametrów granicznych oferta zostanie odrzucona bez dalszej oceny.

Oświadczamy, że :

1. Oferowane urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu i uruchomieniu nie będzie wymagało dodatkowych zakupów inwestycyjnych.
2. Zapewniamy długość udzielonej gwarancji na okres 24 m-cy.....(wpisać)
3. Zapewniamy ilość przeglądów okresowych w okresie gwarancji przynajmniej 1 x w roku. Ostatni przegląd 1 miesiąc przed końcem gwarancji.
4. Zapewniamy serwis pogwarancyjny odpłatny przez okres minimum 5 lat..... (wpisać)

.....
Miejscowość i data

.....
podpis osoby upoważnionej

Nazwa urządzenie: Stanowisko do inhalacji z zamontowanym systemem wyciągu– na trzy stanowiska 3

Dane podstawowe

1.	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2.	Nazwa, model, typ urządzenia	
3.	Rok produkcji	
4.	Znak CE (deklaracja zgodności)	

Parametry i wymogi konieczne do spełnienia.

Lp	Opis parametru wymaganego (wymagania minimalne)	Parametry wymagane	Podać parametry oferowane lub potwierdzić
1.	Nie dopuszcza się obudowy wykonanej z płyt MDF	TAK	
2.	Blat zmywalny, w kolorze jasnozielonym	TAK	
3.	Zasilanie elektryczne główne 230V 50Hz	TAK	
4.	Gniazdo sieciowe	TAK	
5.	Oświetlenie halogenowe	TAK	
6.	Wyciąg powietrza pozabiegowego z wentylatorem o wydajności ok. 360m ³ /h	TAK	
7.	Włącznik oświetlenia i wentylatora	TAK	
8.	Wymiary urządzenia nie większe na trzy stanowiska niż 2800 mm (szerokość)	TAK	

Jeżeli oferowany sprzęt nie spełnia wszystkich parametrów granicznych oferta zostanie odrzucona bez dalszej oceny.

Oświadczamy, że :

1. Oferowane urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu i uruchomieniu nie będzie wymagało dodatkowych zakupów inwestycyjnych.
2. Zapewniamy długość udzielonej gwarancji na okres 24 m-cy.....(wpisać)
3. Zapewniamy ilość przeglądów okresowych w okresie gwarancji przynajmniej 1 x w roku. Ostatni przegląd 1 miesiąc przed końcem gwarancji.
4. Zapewniamy serwis pogwarancyjny odpłatny przez okres minimum 5 lat..... (wpisać)

.....
Miejscowość i data

.....
podpis osoby upoważnionej

Nazwa urządzenie: Aparat do pressoterapii kp.I 1

Dane podstawowe

1.	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2.	Nazwa, model, typ urządzenia	
3.	Rok produkcji	
4.	Znak CE (deklaracja zgodności)	

Parametry i wymogi konieczne do spełnienia.

Lp	Opis parametru wymaganego (wymagania minimalne)	Parametry wymagane	Podać parametry oferowane lub potwierdzić
	drenaż limfatyczny (2 specjalne algorytmy), masaż klasyczny i rewersyjny, opcja masażu pulsacyjnego	TAK	
	stały pomiar i niezależna, elektroniczna regulacja ciśnienia w poszczególnych komorach mankietu uciskowego	TAK	
	automatyczne opróżnianie mankietu po zakończeniu zabiegu,	TAK	
	regulowane ciśnienie w komorach mankietu od 20 do 140 mmHg	TAK	
	wydajność pompy 28 l / min. standardowy czas dopompowania komory około 3 s.	TAK	
	2x12 komorowe mankiety na kończyny górne (prawym i lewym)	TAK	
	2x 12 komorowe mankiety na kończynę dolną	TAK	

Jeżeli oferowany sprzęt nie spełnia wszystkich parametrów granicznych oferta zostanie odrzucona bez dalszej oceny.

Oświadczamy, że :

1. Oferowane urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu i uruchomieniu nie będzie wymagało dodatkowych zakupów inwestycyjnych.
2. Zapewniamy długość udzielonej gwarancji na okres 24 m-cy.....(wpisać)
3. Zapewniamy ilość przeglądów okresowych w okresie gwarancji przynajmniej 1 x w roku. Ostatni przegląd 1 miesiąc przed końcem gwarancji.
4. Zapewniamy serwis pogwarancyjny odpłatny przez okres minimum 5 lat..... (wpisać)

.....
Miejscowość i data

.....
podpis osoby upoważnionej

Nazwa urządzenie: Urządzenie do terapii ultradźwiękowej i elektroterapii, szt. 2

Dane podstawowe

1.	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2.	Nazwa, model, typ urządzenia	
3.	Rok produkcji	
4.	Znak CE (deklaracja zgodności)	

Parametry i wymogi konieczne do spełnienia.

Lp	Opis parametru wymaganego (wymagania minimalne)	Parametry wymagane	Podać parametry oferowane lub potwierdzić
	Przenośny aparat do terapii kombinowanej, ultradźwiękowej oraz elektroterapii.	TAK	
	Mikroprocesorowa konstrukcja elektroniczna aparatu z autotestem sprawności urządzenia.	TAK	
	Co najmniej 2 osobne kanały do elektroterapii, mogące działać niezależnie.	TAK	
	Przy zabiegach elektroterapii możliwość jednoczesnego leczenia dwóch wskazań różnymi prądami.	TAK	
	Możliwości zabiegowe: - osobno elektroterapia lub ultradźwięki - równocześnie ultradźwięki i elektroterapia - terapia kombinowana	TAK	
	Automatyczne określanie reobazy, chronaksji, krzywej I/t, pomiar współczynnika akomodacji	TAK	
	Funkcjonalność czyli leczenia poprzez: Cel terapii min. 33 Wskazania min. 122 Programy diagnostyczne min.9 Programy wolne min.20	TAK	
	Współczynnik wypełnienia fali ciągłej i pulsującej w ultradźwiękach 10%, 20%, 30%, 40%, 50%,100%	TAK	
	Wieloczęstotliwościowa głowica ultradźwiękowa o parametrach 1,1 / 3,2 MHz, 4 cm ² max. gęstość mocy 9 / 11,7 W/cm ²	TAK	
	Tryb pracy CC i CV(stałe natężenie, stałe napięcie)	TAK	
	Auto test kabli i elektrod	TAK	
	Współpraca z aparatami do terapii	TAK	

	podciśnieniowej		
	Możliwość swobodnej modyfikacji parametrów prądu: <ul style="list-style-type: none"> • Częstotliwości • Kształtu • Czas trwania i przerwy impulsu • Polaryzacji 	TAK	
	Graficzne przedstawienie wykresów poszczególnych prądów a w programach sekwencyjnych poszczególnych faz zabiegowych	TAK	
	Wybór pożądanego typ zabiegu z menu poprzez wybór rodzaju prądu, jednostki chorobowej lub poprzez wybór konkretnego numeru programu	TAK	
	Wyświetlacz ciekłokrystaliczny z możliwością regulacji kontrastu	TAK	
	Kontrola kontaktu głowicy z pacjentem	TAK	
	Elektroterapia prądami: <ul style="list-style-type: none"> - Prąd prostokątny średniej częstotliwości - Prąd prostokątny - Prąd trójkątny - Prąd Traberta 2-5 - TENS konwencjonalny - TENS niskiej częstotliwości - TENS ze zmienną polaryzacją, - TENS z losową częstotliwością - TENS typ uderzeniowy, - TENS typ uderzeniowy ze zmienną polaryzacją, - TENS Han Stm zmienna częstotliwość - Diadynamicznym: LP, CP, MF, DF, CP-ISO, LP-ISO - Interferencyjnymi: dwuelektrodowymi, czteroelektrodowymi, czteroelektrodowymi z wektorem rotacyjnym, - NMES (Neuromuscular Electrical Stimulation): <ul style="list-style-type: none"> • Prąd o przebiegu jednofazowym prostokątnym • Prąd o przebiegu jednofazowym trójkątnym • Prąd o przebiegu dwufazowym z wewnątrzimpulsowym odstępem • Prąd NMES typu Tens • Prąd o przebiegu dwufazowym z wewnątrzimpulsowym odstępem • Prąd o przebiegu dwufazowym średniej częstotliwości • Prąd NMES typu 4- elektrodowej interferencji 	TAK	
	Certyfikat zgodności CE	TAK	

Jeżeli oferowany sprzęt nie spełnia wszystkich parametrów granicznych oferta zostanie odrzucona bez dalszej oceny.

Oświadczamy, że :

1. Oferowane urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu i uruchomieniu nie będzie wymagało dodatkowych zakupów inwestycyjnych.
2. Zapewniamy długość udzielonej gwarancji na okres 24 m-cy.....(wpisać)
3. Zapewniamy ilość przeglądów okresowych w okresie gwarancji przynajmniej 1 x w roku. Ostatni przegląd 1 miesiąc przed końcem gwarancji.
4. Zapewniamy serwis pogwarancyjny odpłatny przez okres minimum 5 lat..... (wpisać)

.....
Miejscowość i data

.....
podpis osoby upoważnionej

Warunki graniczne**załącznik nr 1 do SIWZ****Nazwa urządzenia: Leżanka metalowa do fizykoterapii szt. 7****Dane podstawowe**

1.	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2.	Nazwa, model, typ urządzenia	
3.	Rok produkcji	
4.	Znak CE (deklaracja zgodności)	

Parametry i wymogi konieczne do spełnienia.

Lp	Opis parametru wymaganego (wymagania minimalne)	Parametry wymagane	Podać parametry oferowane lub potwierdzić
	Leżanka medyczna, zabiegowa wykonana z metalu.	TAK	
	Wykonana kształowników stalowych, pokrytych lakierem proszkowym, odpornym na uszkodzenia mechaniczne.	TAK	
	Wymiary min. 1900 x 600 mm	TAK	
	Wysokość całkowita 650 mm	TAK	
	Kąt pochylenia zagłówka 0/+50 stopni	TAK	
	Certyfikat zgodności CE	TAK	

Jeżeli oferowany sprzęt nie spełnia wszystkich parametrów granicznych oferta zostanie odrzucona bez dalszej oceny.

Oświadczamy, że :

1. Oferowane urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu i uruchomieniu nie będzie wymagało dodatkowych zakupów inwestycyjnych.
2. Zapewniamy długość udzielonej gwarancji na okres 24 m-cy.....(wpisać)
3. Zapewniamy ilość przeglądów okresowych w okresie gwarancji przynajmniej 1 x w roku. Ostatni przegląd 1 miesiąc przed końcem gwarancji.
4. Zapewniamy serwis pogwarancyjny odpłatny przez okres minimum 5 lat..... (wpisać)

.....
Miejscowość i data

.....
podpis osoby upoważnionej

Nazwa urządzenie: Stół do masażu szt. 2

Dane podstawowe

1.	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2.	Nazwa, model, typ urządzenia	
3.	Rok produkcji	
4.	Znak CE (deklaracja zgodności)	

Parametry i wymogi konieczne do spełnienia.

Lp	Opis parametru wymaganego (wymagania minimalne)	Parametry wymagane	Podać parametry oferowane lub potwierdzić
1.	Trzyczęściowy stół do rehabilitacji	TAK	
2.	Regulacja wysokości za pomocą pilota ręcznego	TAK	
3.	kąt nachylenia zagłówka sterowany sprężyną gazową (-70° do +40°),	TAK	
4.	w zagłówku otwór przeznaczony na nos i brodę pacjenta, z zaślepką otworu na twarz,	TAK	
5.	sprężynowa regulacja pozycji części nożnej w zakresie 0° - 90°,	TAK	
6.	krzyżakowa konstrukcja	TAK	
7.	uchwyty do przypięcia pasów do stabilizacji	TAK	
8.	podstawa jezdna z dwoma kółkami i dwiema stopkami	TAK	
9.	system zabezpieczający przed niepożądaną zmianą ustawień stołu	TAK	
10.	Certyfikat zgodności CE	TAK	

Jeżeli oferowany sprzęt nie spełnia wszystkich parametrów granicznych oferta zostanie odrzucona bez dalszej oceny.

Oświadczamy, że :

1. Oferowane urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu i uruchomieniu nie będzie wymagało dodatkowych zakupów inwestycyjnych.
2. Zapewniamy długość udzielonej gwarancji na okres 24 m-cy.....(wpisać)
3. Zapewniamy ilość przeglądów okresowych w okresie gwarancji przynajmniej 1 x w roku. Ostatni przegląd 1 miesiąc przed końcem gwarancji.
4. Zapewniamy serwis pogwarancyjny odpłatny przez okres minimum 5 lat..... (wpisać)

.....
Miejscowość i data

.....
podpis osoby upoważnionej

Nazwa urządzenia: Laser wysokoenergetyczny szt. 1

Dane podstawowe

1.	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2.	Nazwa, model, typ urządzenia	
3.	Rok produkcji	
4.	Znak CE (deklaracja zgodności)	

Parametry i wymogi konieczne do spełnienia.

Lp	Opis parametru wymaganego (wymagania minimalne)	Parametry wymagane	Podać parametry oferowane lub potwierdzić
	Skaner 6 diodowy generujący zsynchronizowane z sobą fale: 1. ciągłą o długości 808 nm 2. impulsową o długości 905 nm za pomocą jednego aplikatora w tej samej jednostce czasu,	TAK	
	Maksymalna moc aparatu z głowicy skanera 3300 mW, szerokość wiązki o średnicy 5cm, powierzchnia 19,6 cm ² , maksymalny obszar zabiegowy 900 cm ² ,	TAK	
	Zakres częstotliwość modulacji min. 1 max.2000 Hz z krokiem co 1Hz,	TAK	
	Aparat z automatycznie poruszającą się głowicą zabiegową sterowany poprzez ciekłokrystaliczny kolorowy wyświetlacz dotykowy,	TAK	
	Elektromechaniczna regulacja wysokości kolumny lasera oraz kąta nachylenia ramienia,	TAK	
	Dwa niezależne kanały,	TAK	
	Sonda ręczna 2 diodowa generująca zsynchronizowane z sobą fale: 3. ciągłą o długości 808 nm 4. impulsową o długości 905 nm za pomocą jednego aplikatora w tej samej jednostce czasu o mocy 1100 mW, średnicy 2cm, powierzchnia 3,14 cm ² ,	TAK	
	Możliwość modyfikacji parametrów takich jak tryb pracy (praca ciągła oraz modulowana), częstotliwość modulacji, czas, poziom mocy, cykl pracy,	TAK	
	Automatyczna kalkulacja wyemitowanej energii	TAK	

	zgodnie z ustawionymi parametrami,		
	Energia dawkowana w poziomach 25% 50% 75% i 100%,	TAK	
	Zegar zabiegowy od 1 do 99:59 minut,	TAK	
	Przycisk bezpieczeństwa,	TAK	
	Wbudowany atlas anatomiczny,	TAK	
	Laser na podstawie jezdnej,	TAK	
	Hasło dostępu,	TAK	
	Możliwość zapisania min.15 kont użytkowników,	TAK	
	Certyfikat zgodności CE	TAK	

Jeżeli oferowany sprzęt nie spełnia wszystkich parametrów granicznych oferta zostanie odrzucona bez dalszej oceny.

Oświadczamy, że :

1. Oferowane urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu i uruchomieniu nie będzie wymagało dodatkowych zakupów inwestycyjnych.
2. Zapewniamy długość udzielonej gwarancji na okres 24 m-cy.....(wpisać)
3. Zapewniamy ilość przeglądów okresowych w okresie gwarancji przynajmniej 1 x w roku. Ostatni przegląd 1 miesiąc przed końcem gwarancji.
4. Zapewniamy serwis pogwarancyjny odpłatny przez okres minimum 5 lat..... (wpisać)

.....
Miejscowość i data

.....
podpis osoby upoważnionej

Nazwa urządzenie; Aparat do magnetoterapii kpl. 1
Dane podstawowe

1.	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2.	Nazwa, model, typ urządzenia	
3.	Rok produkcji	
4.	Znak CE (deklaracja zgodności)	

Parametry i wymogi konieczne do spełnienia.

Lp	Opis parametru wymaganego (wymagania minimalne)	Parametry wymagane	Podać parametry oferowane lub potwierdzić
	Dwukanałowy aparat do magnetoterapii	TAK	
	46 jednostek chorobowych	TAK	
	79 programów zabiegowych	TAK	
	50 programów do ustawienia dla użytkownika	TAK	
	Aplikator szpulowy o średnicy 35 i 60 cm	TAK	
	Leżanka do magnetoterapii do aplikatura 60 cm	TAK	
	Zakres częstotliwości 2 – 60 Hz	TAK	
	Zegar zabiegowy 1-30 minut	TAK	
	Mikroprocesorowe sterowanie pracą aparatu	TAK	

Jeżeli oferowany sprzęt nie spełnia wszystkich parametrów granicznych oferta zostanie odrzucona bez dalszej oceny.

Oświadczamy, że :

1. Oferowane urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu i uruchomieniu nie będzie wymagało dodatkowych zakupów inwestycyjnych.
2. Zapewniamy długość udzielonej gwarancji na okres 24 m-cy..... (wpisać)
3. Zapewniamy ilość przeglądów okresowych w okresie gwarancji przynajmniej 1 x w roku. Ostatni przegląd 1 miesiąc przed końcem gwarancji.
4. Zapewniamy serwis pogwarancyjny odpłatny przez okres minimum 5 lat..... (wpisać)

.....
Miejscowość i data

.....
podpis osoby upoważnionej

Nazwa urządzenia: zestaw do ćwiczeń w podwieszeniu
Dane podstawowe

1.	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2.	Nazwa, model, typ urządzenia	
3.	Rok produkcji	
4.	Znak CE (deklaracja zgodności)	

Parametry i wymogi konieczne do spełnienia.

Lp	Opis parametru wymaganego (wymagania minimalne)	Parametry wymagane	Podać parametry oferowane lub potwierdzić
	Aparat do ćwiczeń z systemem blokady linek, w celu zwolnienia blokady należy unieść linkę pod kątem większym niż 15°. Aparat może być mocowany bezpośrednio do sufitu za pomocą 2 uchwytów lub na specjalnym wózku pracującym na konstrukcji sufitowej. Aparat wykonany z tworzywa sztucznego wyposażono w specjalnie wyprofilowane uchwyty na dłonie służące do łatwego przewieszania aparatu lub do podciągania. Aparat wyposażono również w metalowe haczyki umożliwiające bardzo szybkie przewieszanie go z miejsca na miejsce.	TAK	
	Konstrukcja sufitowa do zawieszenia aparatów składająca się z: - dwóch aluminiowych rur o długości 180 cm połączone za pomocą 2 stalowych wsporników poprzecznych o dł. około 60 cm.	TAK	
	Zestaw do ćwiczeń wyposażony jest w: - Aparat 2 szt, - Konstrukcję sufitową z 2 wózkami 1 szt, - uchwyt na rękę 2 szt, - uchwyt na rękę ze wzmocnieniem 2 szt, - podwieszka pod głowę 1 szt, - podwieszka pod miednicę 2 szt, - podwieszka kkd i kkg 2 szt - linka z zaczepem 30 cm 2 szt. - linka z zaczepem 60 cm 2 szt, - linka elastyczna z oporem 30 kg – 4 szt, - linka elastyczna z oporem 50 kg – 4 szt, - zwalniacz linki 1 szt, - klipsy 3 szt, - instrukcja użytkowa w j. polskim - linka 5m z zaczepem 2 szt. - wałek 15 x 50 cm 1 szt,	TAK	

	- wieszak na podwieszki i linki 1 szt, - poduszka sensomotoryczna 2 szt,		
--	---	--	--

Jeżeli oferowany sprzęt nie spełnia wszystkich parametrów granicznych oferta zostanie odrzucona bez dalszej oceny.

Oświadczamy, że :

1. Oferowane urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu i uruchomieniu nie będzie wymagało dodatkowych zakupów inwestycyjnych.
2. Zapewniamy długość udzielonej gwarancji na okres 24 m-cy.....(wpisać)
3. Zapewniamy ilość przeglądów okresowych w okresie gwarancji przynajmniej 1 x w roku. Ostatni przegląd 1 miesiąc przed końcem gwarancji.
4. Zapewniamy serwis pogwarancyjny odpłatny przez okres minimum 5 lat..... (wpisać)

.....
Miejscowość i data

.....
podpis osoby upoważnionej

Nazwa urządzenie: Komora do suchych kąpeli w CO2/O3 szt. 1

Dane podstawowe

1.	Nazwa i adres producenta (dystributora)	
2.	Nazwa, model, typ urządzenia	
3.	Rok produkcji	
4.	Znak CE (deklaracja zgodności)	

Parametry i wymogi konieczne do spełnienia.

Lp	Opis parametru wymaganego (wymagania minimalne)	Parametry wymagane	Podać parametry oferowane lub potwierdzić
1.	System kąpeli w dwutlenku węgla i ozonie	TAK	
2.	Zasilanie elektryczne główne 230V 50Hz	TAK	
3.	Regulacja temperatury gazu w przedziale od 30°C - 40°C	TAK	
4.	Automatyczne nawilżanie gazu zwiększające efektywność zabiegu od momentu jego rozpoczęcia	TAK	
5.	Niezmienne i wysokie stężenie CO2 oddziałujące na pacjenta dzięki cyrkulacji CO2	TAK	
6.	Stała wysoka koncentracja CO2 uzyskana dzięki automatycznemu uzupełnianiu gazu	TAK	
7.	W pełni zautomatyzowany przebieg zabiegu	TAK	
8.	Sygnalizacja dźwiękowa zakończenia terapii	TAK	
9.	Skuteczne i szybkie uszczelnienie komory zabiegowej	TAK	
10.	Kontrolowane odprowadzenie CO2 po zabiegu	TAK	
11.	Wymiary urządzenia nie większe niż 1200 mm (dł) X 1200 mm (szer.) X 1800 mm (wys)	TAK	
12.	Mikroprocesorowy nowoczesny system sterowania	TAK	
13.	Regulacja czasu zabiegu	TAK	
14.	Regulacja pokrywy dostosowana do wzrostu pacjenta w przedziale (130 cm -210 cm)	TAK	
15.	Automatyczne opróżnianie ozonu z urządzenia	TAK	
16.	Możliwość korzystania z urządzenia osób niepełnosprawnych i w podeszłym wieku oraz na wózku inwalidzkim	TAK	

17.	Nowoczesny system sterowania i kontroli zabiegów pozwalający na regulację podstawowych parametrów zabiegowych z ciekłokrystalicznym wyświetlaczem	TAK	
18.	Możliwość wykonania zabiegu obejmującego całe ciało (poza głową)	TAK	
19.	Możliwość przerywania zabiegu przez osobę obsługującą	TAK	
20.	Zabieg wykonywany w pozycji siedzącej wygodnej dla każdego pacjenta niepełnosprawnego	TAK	
21.	Urządzenie pracujące automatycznie, odliczając czas zabiegu widoczny na panelu sterującym	TAK	
22.	Możliwość regulacji czasu zabiegu od 5 do 30 minut	TAK	
23.	Dodatkowe wyposażenie w zestawie / reduktor, wentylacja	TAK	
24.	Certyfikat zgodności CE	TAK	

Jeżeli oferowany sprzęt nie spełnia wszystkich parametrów granicznych oferta zostanie odrzucona bez dalszej oceny.

Oświadczamy, że :

1. Oferowane urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu i uruchomieniu nie będzie wymagało dodatkowych zakupów inwestycyjnych.
2. Zapewniamy długość udzielonej gwarancji na okres 24 m-cy.....(wpisać)
3. Zapewniamy ilość przeglądów okresowych w okresie gwarancji przynajmniej 1 x w roku. Ostatni przegląd 1 miesiąc przed końcem gwarancji.
4. Zapewniamy serwis pogwarancyjny odpłatny przez okres minimum 5 lat..... (wpisać)

.....
Miejscowość i data

.....
podpis osoby upoważnionej

Warunki graniczne

załącznik nr 1 SIWZ

Nazwa urządzenia: Wanna do hydromasażu szt. 1
Dane podstawowe

1.	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2.	Nazwa, model, typ urządzenia	
3.	Rok produkcji	
4.	Znak CE (deklaracja zgodności)	

Parametry i wymagania konieczne do spełnienia.

Lp	Opis parametru wymaganego (wymagania minimalne)	Parametry wymagane	Podać parametry oferowane lub potwierdzić
	Umożliwiająca wykonanie zabiegów; masaż ręczny podwodny, kąpiel perełkowa, masaż automatyczny podwodny.	TAK	
	Wanna z wysokiej jakości szkła akrylowego.	TAK	
	Urządzenie do masażu automatycznego max.26 dysze wodne z podziałem na 3 sekcje (stopy, uda,plecy)	TAK	
	Masaż podwodny za pomocą bicia wodnego z płynną regulacją ciśnienia wody	TAK	
	Min.126 dysz powietrznych do masażu perełkowego,	TAK	
	Kąpiel perełkowa realizowana przez osobne dysze perełkowe- dmuchawa powietrza z wbudowanym podgrzewaczem	TAK	
	Pompa wodna z tworzywa sztucznego	TAK	
	Zabezpieczenie pompy przed pracą na sucho	TAK	
	Automatyczne napełnianie	TAK	
	System usuwania wody z całej instalacji wanny,	TAK	
	2 czujniki temperatury (pomiar przy napełnianiu wanny i podczas zabiegu) automatyczne utrzymanie temperatury za pomocą grzałki.	TAK	
	Prysznic ciepły i zimny	TAK	
	Zagłówek dla pacjenta	TAK	
	Schodki do wanny	TAK	
	Automatyczna dezynfekcja i odkamienianie systemów masażu.	TAK	

	Ciśnienie masażu (ok, 4 bar;)	TAK	
	Pojemność zabiegowa 160 l, poj. do przelewu 280l	TAK	
	Napięcie zasilające : 230 V 50 Hz		

Jeżeli oferowany sprzęt nie spełnia wszystkich parametrów granicznych oferta zostanie odrzucona bez dalszej oceny.

Oświadczamy, że :

1. Oferowane urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu i uruchomieniu nie będzie wymagało dodatkowych zakupów inwestycyjnych.
2. Zapewniamy długość udzielonej gwarancji na okres 24 m-cy.....(wpisać)
3. Zapewniamy ilość przeglądów okresowych w okresie gwarancji przynajmniej 1 x w roku. Ostatni przegląd 1 miesiąc przed końcem gwarancji.
4. Zapewniamy serwis pogwarancyjny odpłatny przez okres minimum 5 lat..... (wpisać)

.....
Miejscowość i data

.....
podpis osoby upoważnionej

Warunki graniczne**załącznik nr 1 do SIWZ**

Nazwa urządzenie: Zestaw kamieni +podgrzewacz kpl. 1
Dane podstawowe

1.	Nazwa i adres producenta (dystributora)	
2.	Nazwa, model, typ urządzenia	
3.	Rok produkcji	

Parametry i wymogi konieczne do spełnienia.

Lp	Opis parametru wymaganego (wymagania minimalne)	Parametry wymagane	Podać parametry oferowane lub potwierdzić
	Zestaw 45 kamieni	TAK	
	Podgrzewacz 17 l	TAK	

.....
Miejscowość i data

.....
podpis osoby upoważnionej

Nazwa urządzenia: Urządzenie do podgrzewania borowiny
Dane podstawowe

1.	Nazwa i adres producenta (dystrybutora)	
2.	Nazwa, model, typ urządzenia	
3.	Rok produkcji	
4.	Znak CE (deklaracja zgodności)	

Parametry i wymogi konieczne do spełnienia.

Lp	Opis parametru wymaganego (wymagania minimalne)	Parametry wymagane	Podać parametry oferowane lub potwierdzić
	Urządzenie pojemność 40 l	TAK	
	Urządzenie przenośne,	TAK	
	energooszczędne	TAK	
	Mikroprocesorowe sterowanie procesem grzania	TAK	
	Regulowana temperatura od 30- 55 stopni	TAK	
	Opcja umożliwiająca przygotowanie masy na określona godzinę.	TAK	
	Cieplarka ze stali nierdzewnej z 14 tacami	TAK	
	Grzałka z wentylatorem termoobiegu	TAK	

Jeżeli oferowany sprzęt nie spełnia wszystkich parametrów granicznych oferta zostanie odrzucona bez dalszej oceny.

Oświadczamy, że :

1. Oferowane urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu i uruchomieniu nie będzie wymagało dodatkowych zakupów inwestycyjnych.
2. Zapewniamy długość udzielonej gwarancji na okres 24 m-cy.....(wpisać)
3. Zapewniamy ilość przeglądów okresowych w okresie gwarancji przynajmniej 1 x w roku. Ostatni przegląd 1 miesiąc przed końcem gwarancji.
4. Zapewniamy serwis pogwarancyjny odpłatny przez okres minimum 5 lat..... (wpisać)

.....
Miejscowość i data

.....
podpis osoby upoważnione