

Gmina Trzcianne  
ul. Wojska Polskiego 10  
19-104 Trzcianne

**Zapytanie cenowe**  
*(szacowanie wartości zamówienia)*

***DANE WYKONAWCY***

1. Pełna nazwa (oznaczenie, firma) .....
2. Adres siedziby (ulica, kod pocztowy, miejscowość) .....
3. REGON ..... NIP ..... KRS/CEiDG.....
4. Telefony (z numerem kierunkowym) .....
5. Faks (z numerem kierunkowym) .....
6. E-mail .....

Działając w imieniu i na rzecz ww. Wykonawcy odpowiadając na zapytanie cenowe na **dostawę urządzeń medycznych rehabilitacyjnych potrzeb Gminy Trzcianne** oferujemy dostawę przedmiotu zamówienia za cenę:

***PAKIET I – BIEŻNIA REHABILITACYJNA***

**BIEŻNIA REHABILITACYJNA – 1 SZT.**

**Nazwa urządzenia, typ lub model** .....

**Producent** .....

**Kraj pochodzenia** .....

**Rok produkcji** .....

<b>Lp.</b>	<b>Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych</b>	<b>Wartość wymagana</b>	<b>Wartość oferowana</b>
1.	Fabrycznie nowa, rok produkcji 2024. Zamawiający wyklucza dostawę sprzętu powystawowego.	TAK	
2.	Bieżnia rehabilitacyjna	TAK	
3.	Wszystkie komunikaty i opisy na panelu kontrolnym w języku polskim lub języku angielskim	TAK	
4.	Moc 230 V	TAK	
5.	Pojemność silnika 2600W	TAK	
6.	Prędkość min/max 0,4-18km/h (w krokach po 0,1 km/h)	TAK	
7.	Dodatni kąt nachylenia 0% do 15%	TAK	
8.	Ujemny kąt nachylenia 0% do 10%	TAK	
9.	Rozmiar całkowity bieżni (dł. x szer. x wys.) 210x86x148 (+/- 5cm)	TAK	
10.	Efektywna powierzchnia chodzenia 150cm x 50cm (+/- 2cm)	TAK	
11.	Wysokość regulowanych podpór bocznych min. 61 cm (odległość od powierzchni biegowej do spodu poręczy) max. 108,5 cm (odległość od powierzchni biegowej do górnej powierzchni poręczy. Regulacja elektryczna.	TAK	
12.	Wysokość chodzika bieżni min 12cm – max 15 cm (niska wysokość progu)	TAK	
13.	Waga bieżni max 155 kg	TAK	
14.	Dopuszczalna waga pacjenta min. 200 kg	TAK	
15.	Wyświetlacz z menu – programy ćwiczeń i testów	TAK	
16.	Akcesoria/wyposażenie - dodatkowe poręcze - podest ułatwiający wchodzenie na bieżnię - przycisk bezpieczeństwa	TAK	
17.	Cichy silnik	TAK	
18.	Automatyczne dostosowanie się do prędkości użytkownika	TAK	

<b>INNE</b>			
19.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
20.	Gwarancja obejmująca naprawy, konserwację, przeglądy wraz z materiałami w szczególności częściami zamiennymi i materiałami eksploatacyjnymi użytymi do napraw, przeglądów stanu technicznego, konserwacją, regulacją oraz praca i dojazd zespołu serwisowego w okresie gwarancyjnym obciążają Wykonawcę.	TAK	
21.	W okresie gwarancyjnym czas reakcji serwisu, tj. od chwili powiadomienia do rozpoczęcia naprawy wyniesie maksymalnie 48 godzin.	TAK	
22.	Czas skutecznej naprawy max. 5 dni roboczych licząc od dnia zgłoszenia	TAK	
23.	Czas skutecznej naprawy w przypadku konieczności sprowadzenia części zamiennych spoza terenu Polski – max. 12 dni roboczych licząc od dnia zgłoszenia	TAK	
24.	Konieczność dostarczenia elementu lub sprzętu zastępczego w przypadku naprawy trwającej dłużej niż czas skutecznej naprawy, wskazanych w punktach powyżej	TAK	
25.	Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczana ze sprzętem	TAK	
26.	Obsługa urządzenia i komunikaty w języku polskim lub języku angielskim	TAK	
27.	Wykonanie w cenie oferty szkolenia personelu w zakresie obsługi zaoferowanego sprzętu	TAK	
28.	W pełni przygotowane i wyposażone do pracy z chorym	TAK	
29.	Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wypełnionych paszportów technicznych sprzętu	TAK	

30.	Deklaracja zgodności lub certyfikat CE	TAK	
31.	Dostępność części zamiennych oraz wyposażenia eksploatacyjnego min.8 lat od daty uruchomienia	TAK	

**UWAGA:**

**Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).**

Wartość w PLN – Pakiet I:

1) kwota netto: ..... zł  
słownie: ..... złotych  
2) stawka podatku VAT: .....%  
3) kwota brutto: ..... zł  
słownie: ..... złotych

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ 2024 roku

Miejscowość

\_\_\_\_\_  
podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania wykonawcy

***Pakiet II – LASER ZE SKANEREM***

**LASER WYSOKOENERGETYCZNY DO TERAPII MLS ZE SKANEREM AUTOMATYCZNYM – 1 KPL.**

Nazwa urządzenia, typ lub model .....  
Producent .....  
Kraj pochodzenia .....  
Rok produkcji .....

Lp.	Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych	Wartość wymagana	Wartość oferowana
-----	---	------------------	-------------------

1	Fabrycznie nowy, rok produkcji 2024. Zamawiający wyklucza dostawę sprzętu powystawowego.	TAK	
2	Laser wysokoenergetyczny do terapii MLS ze skanerem automatycznym	TAK	
3	Długość fali ciągłej 808 nm (+/- 20 nm) i impulsowe 905 nm (+/- 25 nm)	TAK	
4	Moc średnia 3,3 W	TAK	
5	Wymiary 158x42x68 cm (+/- 5 cm)	TAK	
6	Waga max. 45 kg	TAK	
7	Podstawa jezdna z hamulcami i miejscem na sondę ręczną	TAK	
8	Głowica automatycznie poruszająca się w kilku ustawionych kierunkach min. 5	TAK	
9	Bank gotowych programów terapeutycznych min. 65	TAK	
10	Czytelne i przejrzyste menu w języku polskim	TAK	
11	Możliwość wprowadzenia własnych programów terapeutycznych (co najmniej 1) na 10-18 użytkowników	TAK	
12	Przycisk bezpieczeństwa	TAK	
13	Okulary ochronne – 2 szt	TAK	
14	Częstotliwość – od 1 – 2000 Hz (co 1Hz) oraz emisja ciągła	TAK	
15	Regulowana wysokość kolumny oraz kąta nachylenia ramienia	TAK	
16	Posiada dwa niezależne kanały	TAK	
17	Regulacja czasu 0:01 – 99:59	TAK	

18	<p>Laser ze skanerem wyposażony w:  - sonda ręczna – obszar zabiegowy ośr. ok 1,8 cm – 2,2 cm  - skaner automatyczny  a) obszar zabiegowy śr. od 4,8cm do 5,3 cm  lub  Laser ze skanerem wyposażony w:  - sonda ręczna – obszar zabiegowy o powierzchni ok. 3,14 cm<sup>2</sup>  - skaner automatyczny -obszar zabiegowy o powierzchni ok 20 cm<sup>2</sup></p>	TAK	
<b>INNE</b>			
19	W pełni przygotowane i wyposażone do pracy z chorym	TAK	
20	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostawa z urządzeniem)	TAK	
21	Deklaracja zgodności lub certyfikat CE	TAK	
22	Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania protokołu zdawczo odbiorczego przez obie strony.	TAK	
23	Obowiązujące przepisami prawa przeglądy techniczne, serwis, naprawy, itp. czynności, które należy realizować dla prawidłowego funkcjonowania przedmiotu zamówienia, z punktu widzenia celu, któremu ma służyć w okresie gwarancji leży po stronie Wykonawcy.	TAK	
24	Koszty części eksploatacyjnych, części zużywalnych itp. leżą po stronie Zamawiającego.	TAK	
25	Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 48 godz.	TAK	
26	Czas skutecznej naprawy max. 7 dni licząc od dnia zgłoszenia. W przypadku naprawy dłuższej, Wykonawca zapewni element zastępczy (lub urządzenie) na czas trwania naprawy celem zapewnienia niezakłóconej pracy Zamawiającego (dot. okresu gwarancyjnego)	TAK	

27	Wykonawca dostarczy, zainstaluje i uruchomi, a także przeprowadzi szkolenie z zakresu obsługi w cenie oferty	TAK	
28	Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wypełnionych paszportów technicznych sprzętu	TAK	
29	Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 8 lat od daty sprzedaży	TAK	

**UWAGA:**

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

Wartość w PLN – Pakiet II:

- 1) kwota netto: ..... zł  
słownie: ..... złotych  
2) stawka podatku VAT: .....%  
3) kwota brutto: ..... zł  
słownie: ..... złotych

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ 2024 roku

Miejscowość

\_\_\_\_\_  
podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania wykonawcy

**Pakiet III – ROTOR KOŃCZYN DOLNYCH**

**ROTOR KOŃCZYN DOLNYCH – 1 SZT.**

Nazwa urządzenia, typ lub model .....  
Producent .....  
Kraj pochodzenia .....  
Rok produkcji .....

Lp.	Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych	Wartość wymagana	Wartość oferowana
-----	---	------------------	-------------------

1	Fabrycznie nowy, rok produkcji 2024. Zamawiający wyklucza dostawę sprzętu powystawowego.	TAK	
2	Rower treningowy	TAK	
3	Elektromagnetyczny system hamowania	TAK	
4	Funkcje wyświetlacza: min. Czas, watt, dystans, kalorie, prędkość, puls, program	TAK	
5	Programy: manual, programy sterowane funkcjami (czas, dystans, kalorie), różne testy sprawnościowe, program HRC, 8 profili programów	TAK	
6	Pomiar pulsu za pomocą czujników pomiaru na uchwytach	TAK	
7	20 poziomów oporu, 500Watt	TAK	
8	Multimedia np.: tv, internet, muzyka	TAK	
9	Otwarta rama – ułatwia wejście na urządzenie	TAK	
10	Pedały z regulowanymi paskami	TAK	
11	Siodełko regulowane w pionie i poziomie	TAK	
12	Kierownica umożliwiająca przyjęcie różnych pozycji treningowych	TAK	
13	Wymiary 130x62x142 cm	TAK	
14	Waga max. 60 kg	TAK	
15	Waga użytkownika min. 180kg	TAK	

INNE			
16	W pełni przygotowane i wyposażone do pracy z chorym	TAK	
17	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostawa z urządzeniem)	TAK	
18	Deklaracja zgodności lub certyfikat CE	TAK	
19	Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania protokołu zdawczo odbiorczego przez obie strony.	TAK	
20	Obowiązujące przepisami prawa przeglądy techniczne, serwis, naprawy, itp. czynności, które należy realizować dla prawidłowego funkcjonowania przedmiotu zamówienia, z punktu widzenia celu, któremu ma służyć w okresie gwarancji leży po stronie Wykonawcy.	TAK	
21	Koszty części eksploatacyjnych, części zużywalnych itp. leżą po stronie Zamawiającego.	TAK	
22	Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 48 godz.	TAK	
23	Czas skutecznej naprawy max. 7 dni licząc od dnia zgłoszenia. W przypadku naprawy dłuższej, Wykonawca zapewni element zastępczy (lub urządzenie) na czas trwania naprawy celem zapewnienia niezakłóconej pracy Zamawiającego (dot. okresu gwarancyjnego)	TAK	
24	Wykonawca dostarczy, zainstaluje i uruchomi, a także przeprowadzi szkolenie z zakresu obsługi w cenie oferty	TAK	
25	Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wypełnionych paszportów technicznych sprzętu	TAK	
26	Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 8 lat od daty sprzedaży	TAK	

**UWAGA:**

**Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).**

Wartość w PLN – Pakiet III

- 1) kwota netto: ..... zł  
słownie: ..... złotych  
2) stawka podatku VAT: .....%  
3) kwota brutto: ..... zł  
słownie: ..... złotych

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ 2024 roku

Miejscowość

\_\_\_\_\_  
podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania wykonawcy

**Pakiet IV – STÓŁ DO MASAŻU Z REGULACJĄ ELEKTRYCZNĄ WYSOKOŚCI**

**STÓŁ DO MASAŻU Z REGULACJĄ ELEKTRYCZNĄ WYSOKOŚCI– 1 SZT.**

Nazwa urządzenia, typ lub model .....

Producent .....

Kraj pochodzenia .....

Rok produkcji .....

Lp.	Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych	Wartość wymagana	Wartość oferowana
1	Fabrycznie nowy, rok produkcji 2024. Zamawiający wyklucza dostawę sprzętu powystawowego.	TAK	
2	3-częściowy stół do rehabilitacji masażu z regulowanym zagłówkiem i podnóżkiem	TAK	

3	Regulacja zagłówka za pomocą sprężyn gazowych	TAK	
4	Elektryczna regulacja wysokości stołu	TAK	
5	Blat stołu pokryty materiałem, trwałym i łatwym do utrzymania w czystości oraz pozwalającym na przeprowadzanie dezynfekcji	TAK	
6	Wybrany sposób regulacji wysokości stołu elektryczny z pilotem ręcznym albo z pilotem nożnym	TAK	
7	System jezdny – kółka plus hamulce	TAK	
8	Wysokość: min. 50 - 100 cm	TAK	
9	Szerokość: min. 69 cm, Szerokość odnosi się do najszerszego odcinka stołu.	TAK	
10	Długość: min. 200 cm	TAK	
11	Długość zagłówka: min. 47 cm	TAK	
12	Długość sekcji lędźwiowej: min. 104 cm	TAK	
13	Długość sekcji podnóżka: min. 45 cm	TAK	
14	Pneumatyczna regulacja zagłówka: -60° / +45°	TAK	
15	Pneumatyczna regulacja podnóżka: 0 - 35°	TAK	
16	Maksymalne obciążenie stołu: - przy podnoszeniu elektrycznym: max. 150 kg	TAK	
17	Waga: max. 58 kg	TAK	

18	Tolerancja wymiarów: +/- 2 cm.	TAK	
<b>INNE</b>			
19	W pełni przygotowane i wyposażone do pracy z chorym	TAK	
20	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostawa z urządzeniem)	TAK	
21	Deklaracja zgodności lub certyfikat CE	TAK	
22	Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania protokołu zdawczo odbiorczego przez obie strony.	TAK	
23	Obowiązujące przepisami prawa przeglądy techniczne, serwis, naprawy, itp. czynności, które należy realizować dla prawidłowego funkcjonowania przedmiotu zamówienia, z punktu widzenia celu, któremu ma służyć w okresie gwarancji leży po stronie Wykonawcy.	TAK	
24	Koszty części eksploatacyjnych, części zużywalnych itp. leżą po stronie Zamawiającego.	TAK	
25	Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 48 godz.	TAK	
26	Czas skutecznej naprawy max. 7 dni licząc od dnia zgłoszenia. W przypadku naprawy dłuższej, Wykonawca zapewni element zastępczy (lub urządzenie) na czas trwania naprawy celem zapewnienia niezakłóconej pracy Zamawiającego (dot. okresu gwarancyjnego)	TAK	
27	Wykonawca dostarczy, zainstaluje i uruchomi, a także przeprowadzi szkolenie z zakresu obsługi w cenie oferty	TAK	
28	Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wypełnionych paszportów technicznych sprzętu	TAK	
29	Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 8 lat od daty sprzedaży	TAK	

**UWAGA:**

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

Wartość w PLN – Pakiet IV

1) kwota netto: ..... zł  
słownie: ..... złotych  
2) stawka podatku VAT: .....%  
3) kwota brutto: ..... zł  
słownie: ..... złotych

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ 2024 roku

Miejscowość

\_\_\_\_\_  
podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania wykonawcy

***Pakiet V – LAMPA DO ŚWIATŁOLECZNICTWA***

**LAMPA STATYWOWA DO ŚWIATŁOLECZNICTWA– 1 SZT.**

Nazwa urządzenia, typ lub model .....  
Producent .....  
Kraj pochodzenia .....  
Rok produkcji .....

Lp.	Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych	Wartość wymagana	Wartość oferowana
1	Fabrycznie nowa, rok produkcji 2024. Zamawiający wyklucza dostawę sprzętu powystawowego.	TAK	
2	PROMIENIOWANIE- światło podczerwone IR-A	TAK	

3	Regulacja jasności świecenia	TAK	
4	Wyświetlacz czas/jasność	TAK	
5	Programowanie sekwencji jasność/czas	TAK	
6	Zegar zabiegowy	TAK	
7	Filtry: czerwony i niebieski (wbudowane)	TAK	
8	Stabilna konstrukcja	TAK	
9	System jezdny na 4 kółkach z hamulcami	TAK	
10	Mikroprocesorowe sterowanie pracą lampy	TAK	
11	Wymuszone chłodzenie tubusa	TAK	
12	Siatka zabezpieczająca	TAK	
13	Moc żarówki: 375 W	TAK	
14	Zegar zabiegowy: 1-30 min	TAK	
15	Zasilanie: 230 V, 50 Hz, 450 W	TAK	
16	Wysokość urządzenia zakres 1,2 m – 1,9 m (+/- 10 cm)	TAK	
17	Waga ok.14 kg (+/- 1kg)	TAK	

18	<p>Akcesoria kompatybilne z oferowaną lampą:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• przewody;</li> <li>• promiennik 375W ;</li> <li>• filtr czerwony;</li> <li>• filtr niebieski;</li> <li>• okulary pacjenta;</li> <li>• okulary terapeuty;</li> <li>• bezpieczniki zapasowe</li> </ul>	TAK	
<b>INNE</b>			
19	W pełni przygotowane i wyposażone do pracy z chorym	TAK, podać	
20	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostawa z urządzeniem)	TAK	
21	Deklaracja zgodności lub certyfikat CE	TAK	
22	Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania protokołu zdawczo odbiorczego przez obie strony.	TAK	
23	Obowiązujące przepisami prawa przeglądy techniczne, serwis, naprawy, itp. czynności, które należy realizować dla prawidłowego funkcjonowania przedmiotu zamówienia, z punktu widzenia celu, któremu ma służyć w okresie gwarancji leży po stronie Wykonawcy.	TAK	
24	Koszty części eksploatacyjnych, części zużywalnych itp. leżą po stronie Zamawiającego.	TAK	
25	Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 48 godz.	TAK	
26	Czas skutecznej naprawy max. 7 dni licząc od dnia zgłoszenia. W przypadku naprawy dłuższej, Wykonawca zapewni element zastępczy (lub urządzenie) na czas trwania naprawy celem zapewnienia niezakłóconej pracy Zamawiającego (dot. okresu gwarancyjnego)	TAK	

27	Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wypełnionych paszportów technicznych sprzętu	TAK	
28	Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia informacji niezbędnych do wypełnienia paszportu technicznego urządzenia	TAK	
29	Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 8 lat od daty sprzedaży	TAK	

**UWAGA:**

**Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).**

Wartość w PLN – Pakiet V

- 1) kwota netto: ..... zł  
słownie: ..... złotych  
2) stawka podatku VAT: .....%  
3) kwota brutto: ..... zł  
słownie: ..... złotych

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ 2024 roku

Miejscowość

\_\_\_\_\_  
podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania wykonawcy

**Pakiet VI– APARAT DO ELEKTROTERAPII ZE STOLIKIEM**

**APARAT DO ELEKTROTERAPII ZE STOLIKIEM– 1 KPL.**

- Nazwa urządzenia, typ lub model .....  
Producent .....  
Kraj pochodzenia .....  
Rok produkcji .....

Lp.	Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych	Wartość wymagana	Wartość oferowana
1	Fabrycznie nowy, rok produkcji 2024. Zamawiający wyklucza dostawę sprzętu powystawowego.	TAK	
2	Aparat umożliwiający wykorzystanie, co najmniej 40 podstawowych rodzajów prądów oraz szerokie zakresy ich regulacji	TAK	
3	Możliwość wyboru gotowych parametrów zabiegów dla typowych schorzeń, ponad 100 pozycji	TAK	
4	Możliwość indywidualnej regulacji parametrów zabiegu	TAK	
5	Możliwość własnego ustawienia parametrów zabiegu wybranych przez obsługę	TAK	
6	Możliwość ustawiania sekwencji prądów diadynamicznych	TAK	
7	Funkcja elektrogimnastyki z regulacją	TAK	
8	Aparat wyposażony w dwa obwody zabiegowe (niezależna regulacja amplitudy)	TAK	
9	Funkcja półautomatycznej elektrodiagnostyki (wyznaczanie krzywej i/t, automatyczne wyliczanie wartości współczynników)	TAK	
10	Możliwość pozostawiania wyników ostatniego badania w pamięci aparatu	TAK	
11	Ekran ciekłokrystaliczny umożliwiający odczyt parametrów	TAK	
12	System wykrywania przerwy w obwodzie zabiegowym	TAK	
13	Aparat wyposażony w liczniki czasu i liczby zabiegów	TAK	
14	Akcesoria kompatybilne z oferowanym aparatem: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 4 elektrody silikonowe</li> <li>▪ Wiskozowe</li> <li>▪ 4 elektrody aluminiowe</li> <li>▪ 8 podkładów wiskozowych dopasowanych do elektrod</li> </ul>	TAK	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2 przewody do podłączenia elektrod</li> <li>▪ 1 przewód do elektrod specjalnych</li> <li>▪ 2 opaski o wymiarach 4,5-5,5x50-51cm</li> <li>▪ 2 opaski o wymiarach 4,5-5,5x80-81cm</li> <li>▪ taśma aluminiowa</li> <li>▪ przewód zasilający</li> <li>▪ odpowiedni bezpiecznik</li> <li>▪ przewód rozgałęziony</li> <li>▪ elektroda ośmiopolowa na cały kręgosłup z podkładem wiskozowym</li> <li>▪ elektroda ośmiopolowa na połowę kręgosłupa z podkładem wiskozowym</li> <li>▪ obciążniki z piaskiem</li> <li>▪ taśma cynowa</li> <li>▪ opaska mocująca rzepowa 5-11x100-120 (opcjonalnie)</li> </ul>		
15	Diadynamiczne: MF, DF, CP, LP, RS, MM, CPiso, LPiso	TAK	
16	Interferencyjne: statyczny klasyczny, statyczny przerywany, statyczny wstępnie modulowany i premodulowany, dynamiczny / izoplanarny	TAK	
17	Impulsowe średniej częstotliwości (stymulacja porażień - trójkąt, prostokąt, trapez, sinus: unipolarne i bipolarne)	TAK	
18	Faradyczny i neofaradyczny	TAK	
19	Prąd galwaniczny	TAK	
20	Do wykonywania zabiegu jonoforezy – podawanie leków podczas zabiegu	TAK	
21	Do wykonywania zabiegu tonolizy - przywrócenie fizjologicznej równowagi pobudzenia włókien mięśniowych	TAK	
22	Do przezskórnej elektrostymulacji nerwów (TENS - TranscutaneousElectricalNerveStimulation): klasyczny (C-TENS), uderzeniowy (BURST), krótki intensywny, modulowany	TAK	

23	Do stymulacji mięśni hipotroficzych, zanikających z powodu unieruchomienia oraz do treningu mięśni zdrowych (Kotz): standardowy i regulowany	TAK	
24	Traberta do wywołania tępcowych skurczy mięśni szkieletowych, a w ich następstwie zmniejszenia napięcia mięśniowego (Ultra Reiz), UR 2-5 - standardowy i regulowany	TAK	
25	Częstotliwość interferencyjna 1-200 Hz	TAK	
26	Natężenie prądu interferencyjnego RMS 0-60 mA	TAK	
27	Natężenie prądu galwanicznego 0-50 mA	TAK	
28	Natężenie prądu diadynamicznego: prąd średni dla DF 0-30 mA, prąd średni dla MF 0-15 mA	TAK	
29	Częstotliwość TENS 1-200 Hz	TAK	
30	Częstotliwość HV 1-200 Hz	TAK	
31	Czas impulsu TENS i HV 50-250 $\mu$ s, amplituda prądu TENS, HV, KOTZ, UR, faradycznego i neofaradycznego 0-100 mA	TAK	
32	Szerokość impulsu modulowanego 5-990 ms	TAK	
33	Czas przerwy 100-4000 ms	TAK	
34	Czas opóźnienia 5-150 ms	TAK	
35	Amplituda prądów stymulacyjnych 0-100 mA	TAK	
36	Amplituda impulsu (tonoliza) 0-100 mA	TAK	

37	Zasilanie aparatu 230V / 50Hz / 70VA	TAK	
38	Waga aparatu max. 3 kg	TAK	
39	Stolik pod aparat 3 półkowy – 2szt - kółka z hamulcami - 3półki - wysokości półek 2 i 3 regulowana - szuflada na akcesoria	TAK	
<b>INNE</b>			
40	W pełni przygotowane i wyposażone do pracy z chorym	TAK	
41	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostawa z urządzeniem)	TAK	
42	Deklaracja zgodności lub certyfikat CE	TAK	
43	Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania protokołu zdawczo odbiorczego przez obie strony.	TAK	
44	Obowiązujące przepisami prawa przeglądy techniczne, serwis, naprawy, itp. czynności, które należy realizować dla prawidłowego funkcjonowania przedmiotu zamówienia, z punktu widzenia celu, któremu ma służyć w okresie gwarancji leży po stronie Wykonawcy.	TAK	
45	Koszty części eksploatacyjnych, części zużywalnych itp. leżą po stronie Zamawiającego.	TAK	
46	Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 48 godz.	TAK	
47	Czas skutecznej naprawy max. 7 dni licząc od dnia zgłoszenia. W przypadku naprawy dłuższej, Wykonawca zapewni element zastępczy (lub urządzenie) na czas trwania naprawy celem zapewnienia niezakłóconej pracy Zamawiającego (dot. okresu gwarancyjnego)	TAK	

48	Wykonawca dostarczy, zainstaluje i uruchomi, a także przeprowadzi szkolenie z zakresu obsługi w cenie oferty	TAK	
49	Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wypełnionych paszportów technicznych sprzętu	TAK	
50	Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 8 lat od daty sprzedaży	TAK	

**UWAGA:**

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

Wartość w PLN – Pakiet VI

- 1) kwota netto: ..... zł  
słownie: ..... złotych  
2) stawka podatku VAT: .....%  
3) kwota brutto: ..... zł  
słownie: ..... złotych

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ 2024 roku

Miejscowość

\_\_\_\_\_  
podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania wykonawcy

**II WERSJA**

**PAKIET VI - APARAT WIELOFUNKCYJNY**

**1. ZESTAW DO ELEKTROTERAPII, ULTRADŹWIEKÓW, LASEROTERAPII, MAGNETOTERAPII  
Z AKUMULATOREM – 1 KPL.**

Nazwa urządzenia, typ lub model .....  
Producent .....  
Kraj pochodzenia .....  
Rok produkcji .....

Lp.	Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych	Wartość wymagana	Wartość oferowana
1	Fabrycznie nowy, rok produkcji 2024. Zamawiający wyklucza dostawę sprzętu powystawowego.	TAK	
2	Przenośny aparat wielofunkcyjny do elektroterapii, ultradźwięków, laseroterapii, magnetoterapii z akumulatorem, kolorowym wyświetlaczem z panelem dotykowym, wyposażonym w: - głowicę do ultradźwięków GS-4cm2/1;3,5 MHz ; - sondę do laseroterapii IR 400 mW/808nm - aplikatory płaskie do magnetoterapii - torbę do przenoszenia	TAK	
3	PRĄDY I METODY - interferencyjne - TENS - stymulacja - tonoliza - diadynamiczne - impulsowe (prostokątny, trójkątny) - impulsowe wg Traberta, Leduca, neofaradyczny - unipolarne falujące - galwaniczny - mikroprądy - elektrodiagnostyka	TAK	
4	TERAPIA ULTRADŹWIĘKOWA - częstotliwość pracy 1 MHz/ 3,5 MHz - efektywna powierzchnia promieniowania 1cm2 i 4cm2 - emisja ciągła i impulsowa - kontrola przylegania czoła głowicy sprzężona z zegarem zabiegowym - kalibracja czułości głowicy według potrzeb	TAK	

5	<p><b>LASEROTERAPIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- emisja promieniowania w trybie impulsowym i ciągłym</li> <li>- regulacja mocy promieniowania laserowego</li> <li>- regulacja częstotliwości i wypełnienia w trybie impulsowym dla sond punktowych i aplikatora prysznicowego</li> <li>- automatyczne przeliczanie czasu względem parametrów zabiegowych – dawki, mocy, wypełnienia, pola zabiegowego</li> </ul>	TAK	
6	<p><b>MAGNETOTERAPIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- opcjonalnie praca z jednym lub dwoma aplikatorami</li> <li>- wygodne mocowanie aplikatorów za pomocą pasów i rzepów</li> <li>- kształt pola: sinus, trójkąt, prostokąt, półsinus, półtrójkąt, półprostokąt</li> <li>- emisja ciągła i impulsowa</li> <li>- szeroki zakres częstotliwości pracy</li> </ul>	TAK	
7	<p><b>TRYB MANUALNY</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pełna kontrola nad parametrami zabiegowymi dla zaawansowanych użytkowników</li> </ul>	TAK	
8	<p><b>PROGRAMY ZABIEGOWE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- min. 382 wbudowanych programów zabiegowych</li> <li>- nadawanie własnych nazw programom</li> </ul>	TAK	
9	<p><b>PROGRAMY AKUPUNKTUROWE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- programy akupunkturowe</li> </ul>	TAK	
10	<p><b>PARAMETRY TECHNICZNE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sterownik – maks. natężenie prądu w obwodzie pacjenta (tryb CC)</li> <li>- galwaniczne 40 mA</li> <li>- diadynamiczne, impulsowe 60 mA</li> <li>- interferencyjne, Kotza, unipolarne falujące 100 mA</li> <li>- TENS 140 mA</li> <li>- tonoliza 100 mA</li> <li>- mikroprądy 1000 <math>\mu</math>A</li> </ul>	TAK	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- maks. amplituda napięcia w obwodzie pacjenta (tryb CV) 140V</li> <li>- maks. natężenie fali ultradźwiękowej w trybie ciągłym</li> <li>- /impulsowym 2 / 3 W/cm<sup>2</sup></li> <li>- częstotliwość w trybie impulsowym 16 Hz, 48 HZ, 100 Hz</li> <li>- wypełnienie w trybie impulsowym 5 – 75 %, krok 5 %</li> <li>- klasa urządzenia laserowego 3B</li> <li>- maksymalna indukcja pola magnetycznego 10 mT (100 Gs)</li> <li>- bateria Li-Ion</li> <li>- pojemność baterii 2250 mAh</li> <li>- zasilanie, pobór mocy 230 V, 50/60 Hz, max 75W, 90VA</li> <li>- wymiary ok. 34 cm x 28 cm x 11cm -16 cm (+/- 2 cm)</li> <li>- waga 6 kg (+/-0,5kg)</li> </ul>		
11	<p>WYPOSAŻENIE STANDARDOWE (oprócz wymienionych w zestawie):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- przewód sieciowy</li> <li>- kabel pacjenta (2 szt.)</li> <li>- elektrody do elektroterapii 6 x 6 cm (4 szt.); 7,5 x 9 cm (2 szt.)</li> <li>- pokrowce wiskozowe do elektroterapii 6 x 6 cm (8 szt.); 7,5 x9cm (4 szt.)</li> <li>- pasy rzepowe 40 x 10 cm (2 szt.); 100 x 10 cm (2 szt.)</li> <li>- żel do ultradźwięków 500 g (1 szt.)</li> <li>- bezpieczniki zapas. WTA-T 1 A/250 V (2 szt.)</li> <li>- łącznik zdalnej blokady DOOR (1 szt.)</li> <li>- etykiety ostrzegawcze (1 kpl.)</li> <li>- rysik pojemnościowy do ekranu LCD (1 szt.)</li> <li>- ścierka do ekranu LCD (1 szt.)</li> <li>- nakładki maskujące z wycięciem (2 szt.)</li> <li>- akumulator</li> <li>- 2 szt. okularów ochronnych</li> </ul>	TAK	
<b>INNE</b>			
12	W pełni przygotowane i wyposażone do pracy z chorym	TAK	

13	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostawa z urządzeniem)	TAK	
14	Deklaracja zgodności lub certyfikat CE	TAK	
15	Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania protokołu zdawczo odbiorczego przez obie strony.	TAK	
16	Obowiązujące przepisami prawa przeglądy techniczne, serwis, naprawy, itp. czynności, które należy realizować dla prawidłowego funkcjonowania przedmiotu zamówienia, z punktu widzenia celu, któremu ma służyć w okresie gwarancji leży po stronie Wykonawcy.	TAK	
17	Koszty części eksploatacyjnych, części zużywalnych itp. leżą po stronie Zamawiającego.	TAK	
18	Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 48 godz.	TAK	
19	Czas skutecznej naprawy max. 7 dni licząc od dnia zgłoszenia. W przypadku naprawy dłuższej, Wykonawca zapewni element zastępczy (lub urządzenie) na czas trwania naprawy celem zapewnienia niezakłóconej pracy Zamawiającego (dot. okresu gwarancyjnego)	TAK	
20	Wykonawca dostarczy, zainstaluje i uruchomi, a także przeprowadzi szkolenie z zakresu obsługi w cenie oferty	TAK	
21	Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wypełnionych paszportów technicznych sprzętu	TAK	
22	Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 8 lat od daty sprzedaży	TAK	

**UWAGA:**

**Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).**

Wartość w PLN – Pakiet VI

1) kwota netto: ..... zł  
słownie: ..... złotych  
2) stawka podatku VAT: .....%  
3) kwota brutto: ..... zł  
słownie: ..... złotych

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ 2024 roku

Miejscowość

\_\_\_\_\_  
podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania wykonawcy

**Pakiet VII – APART DO TERAPII ULTRADZWIĘKAMI**

**APART DO TERAPII ULTRADZWIĘKAMI – 1 KPL.**

Nazwa urządzenia, typ lub model .....  
Producent .....  
Kraj pochodzenia .....  
Rok produkcji .....

Lp.	Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych	Wartość wymagana	Wartość oferowana
1	Fabrycznie nowy, rok produkcji 2024. Zamawiający wyklucza dostawę sprzętu powystawowego.	TAK	
2	Aparat do terapii ultradźwiękowej	TAK	

3	Głowica stacjonarna o powierzchni 5 cm <sup>2</sup> o częstotliwości roboczej 1 i 3 MHz wyposażona w akcesoria: - gel pady „lub równoważny” jednorazowego użytku min. 10p=240 szt., - gel pady wielorazowego użytku „lub równoważny” – 10 szt	TAK	
4	Głowica standardowa o powierzchni 5 cm <sup>2</sup> o częstotliwości roboczej 1 i 3MHz	TAK	
5	Praca ciągła i impulsowa	TAK	
6	Współczynnik wypełnienia 10-80%	TAK	
7	Kontrola sprzężenia głowicy	TAK	
8	Możliwość pracy głowicy standardowej w środowisku wodnym	TAK	
9	Bank gotowych programów zabiegowych: - dla głowicy stacjonarnej min. 50 programy - dla głowicy standardowej min. 23 programy	TAK	
10	Czytelne i przejrzyste menu w języku polskim	TAK	
11	Zegar czasu pracy	TAK	
12	Waga 0,9 – 1 kg	TAK	
13	Moc stała: 0-2 W/cm <sup>2</sup>	TAK	
14	Moc impulsowa: 0-3 W/cm <sup>2</sup>	TAK	
<b>INNE</b>			
15	W pełni przygotowane i wyposażone do pracy z chorym	TAK	

16	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostawa z urządzeniem)	TAK	
17	Deklaracja zgodności lub certyfikat CE	TAK	
18	Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania protokołu zdawczo odbiorczego przez obie strony.	TAK	
19	Obowiązujące przepisami prawa przeglądy techniczne, serwis, naprawy, itp. czynności, które należy realizować dla prawidłowego funkcjonowania przedmiotu zamówienia, z punktu widzenia celu, któremu ma służyć w okresie gwarancji leży po stronie Wykonawcy.	TAK	
20	Koszty części eksploatacyjnych, części zużywalnych itp. leżą po stronie Zamawiającego.	TAK	
21	Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 48 godz.	TAK	
22	Czas skutecznej naprawy max. 7 dni licząc od dnia zgłoszenia. W przypadku naprawy dłuższej, Wykonawca zapewni element zastępczy (lub urządzenie) na czas trwania naprawy celem zapewnienia niezakłóconej pracy Zamawiającego (dot. okresu gwarancyjnego)	TAK	
23	Wykonawca dostarczy, zainstaluje i uruchomi, a także przeprowadzi szkolenie z zakresu obsługi w cenie oferty	TAK	
24	Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wypełnionych paszportów technicznych sprzętu	TAK	
25	Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 8 lat od daty sprzedaży	TAK	

**UWAGA:**

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

Wartość w PLN – Pakiet VII

1) kwota netto: ..... zł  
słownie: ..... złotych  
2) stawka podatku VAT: .....%  
3) kwota brutto: ..... zł  
słownie: ..... złotych

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ 2024 roku

Miejscowość

\_\_\_\_\_  
podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania wykonawcy

**Pakiet VIII - APARAT DO KRIOTERAPII**

**APARAT DO KRIOTERAPII ZASILANY CIEKŁYM AZOTEM– 1 SZT.**

Nazwa urządzenia, typ lub model .....  
Producent .....  
Kraj pochodzenia .....  
Rok produkcji .....

Lp.	Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych	Wartość wymagana	Wartość oferowana
1	Fabrycznie nowy, rok produkcji 2024. Zamawiający wyklucza dostawę sprzętu powystawowego.	TAK	
2	Aparat do krioterapii zasilany ciekłym azotem	TAK	

3	Czytelny wyświetlacz	TAK	
4	Zbiornik o pojemności ok. 32 litra (+/- 2litra)	TAK	
5	Gotowe programy terapeutyczne (podać jakie) a) ..... b) ..... c) ..... d) ..... e) .....	TAK	
6	Czynnik roboczy – ciekły azot	TAK	
7	Temperatura strumienia gazu: -160 stopni (przy wylocie dyszy) – osiągalne max. po 30 sek.	TAK	
8	Liczba stopni regulacji intensywności nadmuchu: 5 min.	TAK	
9	Liczba zabiegów przy użyciu jednego zbiornika ciekłego azotu 50 – 70 (dla średniego czasu zabiegu = 3min – 30 sekundowy rozruch)	TAK	
10	Zasilanie 230V +/- 10%	TAK	
11	Wymiary max. 60x60x104 cm (+/- 7cm)	TAK	
12	Ciągły pomiar poziomu azotu	TAK	
13	Komunikaty głosowe	TAK	
14	Waga aparatu z napełnionym zbiornikiem max. 56kg	TAK	
15	Pojemność zbiornika około 32 litrów (+/- 2 litry)	TAK	
16	Zużycie zabiegowe ciekłego azotu : od 0,064 do 0,128 kg/min (praca ciągła) w zależności od ustawionej intensywności nadmuchu	TAK	

INNE			
17	W pełni przygotowane i wyposażone do pracy z chorym	TAK	
18	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostawa z urządzeniem)	TAK	
19	Deklaracja zgodności lub certyfikat CE	TAK	
20	Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania protokołu zdawczo odbiorczego przez obie strony.	TAK	
21	Obowiązujące przepisami prawa przeglądy techniczne, serwis, naprawy, itp. czynności, które należy realizować dla prawidłowego funkcjonowania przedmiotu zamówienia, z punktu widzenia celu, któremu ma służyć w okresie gwarancji leży po stronie Wykonawcy.	TAK	
22	Koszty części eksploatacyjnych, części zużywalnych itp. leżą po stronie Zamawiającego.	TAK	
23	Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 48 godz.	TAK	
24	Czas skutecznej naprawy max. 7 dni licząc od dnia zgłoszenia. W przypadku naprawy dłuższej, Wykonawca zapewni element zastępczy (lub urządzenie) na czas trwania naprawy celem zapewnienia niezakłóconej pracy Zamawiającego (dot. okresu gwarancyjnego)	TAK	
25	Wykonawca dostarczy, zainstaluje i uruchomi, a także przeprowadzi szkolenie z zakresu obsługi w cenie oferty	TAK	
26	Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wypełnionych paszportów technicznych sprzętu	TAK	
27	Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 8 lat od daty sprzedaży	TAK	

**UWAGA:**

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

Wartość w PLN – Pakiet VIII:

1) kwota netto: ..... zł  
słownie: ..... złotych  
2) stawka podatku VAT: .....%  
3) kwota brutto: ..... zł  
słownie: ..... złotych

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ 2024 roku

Miejscowość

\_\_\_\_\_  
podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania wykonawcy

**Pakiet IX - APARAT DO DIATERMII KRÓTKOFALOWEJ**

**APARAT DO DIATERMII KRÓTKOFALOWEJ – 1 SZT.**

Nazwa urządzenia, typ lub model .....  
Producent .....  
Kraj pochodzenia .....  
Rok produkcji .....

Lp.	Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych	Wartość wymagana	Wartość oferowana
1	Fabrycznie nowy, rok produkcji 2024. Zamawiający wyklucza dostawę sprzętu powystawowego.	TAK	

2	Fala ciągła i pulsacyjna	TAK	
3	Moc wyjściowa maksymalna wartość mocy przy terapii ciągłej 400 W	TAK	
4	Moc wyjściowa maksymalna wartość mocy przy terapii impulsowej 1000 W (szczytowa)	TAK	
5	Czas trwania impulsu: ok. 400 $\mu$ s	TAK	
6	Częstotliwość impulsów: 15-200 Hz wybierana w 10 krokach	TAK	
7	Zegar: 0-30 min. z akustyczną sygnalizacją zakończenia terapii	TAK	
8	Szybkie, automatyczne dostrojenie	TAK	
9	Wszechstronne regulowane ramiona elektrod	TAK	
10	Duże koła jezdne z blokadami	TAK	
11	Akcesoria kompatybilne z oferowanym aparatem: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elektroda miękka - 2 szt.</li> <li>• Rurka neonowa do kontroli promieniowania - 2 szt.</li> <li>• Elektroda kondensatorowa, sztywna, dyskowa <math>\varnothing</math> 130 mm - 2 szt.</li> <li>• Zacisk przewodu - 2 szt.</li> <li>• Przewód do elektrod - 2 szt.</li> <li>• Ramię elektrody - 2 szt.</li> </ul>	TAK	
12	Wymiary: min. 56x43x92,5 cm (dł.xszer.x wys.) bez ramion	TAK	
13	Częstotliwość: 27.12 MHz ( $\pm$ 0.6%)	TAK	
14	Częstotliwość powtarzania impulsu: 1-200 Hz nastawiana w 10 krokach	TAK	

15	Moc wyjściowa: ciągła HF max. 400 W, impulsowe HF max. 1000 W (szczytowa)	TAK	
16	Kanały: 2	TAK	
17	Waga: max 80 kg	TAK	
18	Pobór mocy: max. 6A (230 V)	TAK	
19	Zasilanie: 220-240 V ± 10% (50/60 Hz)	TAK	
<b>INNE</b>			
20	W pełni przygotowane i wyposażone do pracy z chorym	TAK	
21	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostawa z urządzeniem)	TAK	
22	Deklaracja zgodności lub certyfikat CE	TAK	
23	Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania protokołu zdawczo odbiorczego przez obie strony.	TAK	
24	Obowiązujące przepisami prawa przeglądy techniczne, serwis, naprawy, itp. czynności, które należy realizować dla prawidłowego funkcjonowania przedmiotu zamówienia, z punktu widzenia celu, któremu ma służyć w okresie gwarancji leży po stronie Wykonawcy.	TAK	
25	Koszty części eksploatacyjnych, części zużywalnych itp. leżą po stronie Zamawiającego.	TAK	
26	Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 48 godz.	TAK	

27	Czas skutecznej naprawy max. 7 dni licząc od dnia zgłoszenia. W przypadku naprawy dłuższej, Wykonawca zapewni element zastępczy (lub urządzenie) na czas trwania naprawy celem zapewnienia niezakłóconej pracy Zamawiającego (dot. okresu gwarancyjnego)	TAK	
28	Wykonawca dostarczy, zainstaluje i uruchomi, a także przeprowadzi szkolenie z zakresu obsługi w cenie oferty	TAK	
29	Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wypełnionych paszportów technicznych sprzętu	TAK	
30	Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 8 lat od daty sprzedaży	TAK	

**UWAGA:**

**Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).**

Wartość w PLN – Pakiet IX

1) kwota netto: ..... zł  
słownie: ..... złotych  
2) stawka podatku VAT: .....%  
3) kwota brutto: ..... zł  
słownie: ..... złotych

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ 2024 roku

Miejscowość

\_\_\_\_\_  
podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania wykonawcy

**Pakiet X - Aparat do radialnej fali uderzeniowej**

**Aparat do radialnej fali uderzeniowej – 1 SZT.**

Nazwa urządzenia, typ lub model .....

Producent .....

Kraj pochodzenia .....

Rok produkcji .....

Lp.	Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych	Wartość wymagana	Wartość oferowana
1	Fabrycznie nowy, rok produkcji 2024. Zamawiający wyklucza dostawę sprzętu powystawowego.	TAK	
2	Aparat znajdujący zastosowanie w rehabilitacji, ortopedii, zabiegach beauty	TAK	
3	Częstotliwość pracy do 35Hz lub wyższa	TAK	
4	Ciśnienie do 5 bar lub wyższe	TAK	
5	Możliwość zastosowania minimum 18 różnych aplikatorów w tym powięziowych, przykręgosłupowych, gumowych, metalowych zwiększających spektrum terapeutyczne	TAK	
6	Zestaw wyposażony w wózek, sterownik, głowicę zabiegową z min 4 aplikatorami, min. 4 naboje, zestaw 3 aplikatorów o różnej wielkości w kształcie litery "U" umożliwiające opracowanie tkanki przykręgosłupowej po obu stronach na odcinku szyjnym, piersiowym i lędźwiowym	TAK	
7	Dodatkowe wyposażenie w tym głowica masująca z 2 aplikatorami	TAK	
8	Sterowanie za pomocą ekranu dotykowego	TAK	
9	Zaprogramowane jednostki chorobowe	TAK	

INNE			
10	W pełni przygotowane i wyposażone do pracy z chorym	TAK, podać	
11	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostawa z urządzeniem)	TAK	
12	Deklaracja zgodności lub certyfikat CE	TAK	
13	Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania protokołu zdawczo odbiorczego przez obie strony.	TAK	
14	Obowiązujące przepisami prawa przeglądy techniczne, serwis, naprawy, itp. czynności, które należy realizować dla prawidłowego funkcjonowania przedmiotu zamówienia, z punktu widzenia celu, któremu ma służyć w okresie gwarancji leży po stronie Wykonawcy.	TAK	
15	Koszty części eksploatacyjnych, części zużywalnych itp. leżą po stronie Zamawiającego.	TAK	
16	Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 48 godz.	TAK	
17	Czas skutecznej naprawy max. 7 dni licząc od dnia zgłoszenia. W przypadku naprawy dłuższej, Wykonawca zapewni element zastępczy (lub urządzenie) na czas trwania naprawy celem zapewnienia niezakłóconej pracy Zamawiającego (dot. okresu gwarancyjnego)	TAK	
18	Wykonawca dostarczy, zainstaluje i uruchomi, a także przeprowadzi szkolenie z zakresu obsługi w cenie oferty	TAK	
19	Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wypełnionych paszportów technicznych sprzętu	TAK	
20	Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 8 lat od daty sprzedaży	TAK	

**UWAGA:**

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

Wartość w PLN – Pakiet X

- 1) kwota netto: ..... zł  
słownie: ..... złotych  
2) stawka podatku VAT: .....%  
3) kwota brutto: ..... zł  
słownie: ..... złotych

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ 2024 roku

Miejscowość

\_\_\_\_\_  
podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania wykonawcy

**II WERSJA**

**Aparat do radialnej fali uderzeniowej – 1 SZT.**

Nazwa urządzenia, typ lub model .....

Producent .....

Kraj pochodzenia .....

Rok produkcji .....

Lp.	Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych	Wartość wymagana	Wartość oferowana
1	Fabrycznie nowy, rok produkcji 2024. Zamawiający wyklucza dostawę sprzętu powystawowego.	TAK	

2	Aparat do fali uderzeniowej z możliwością masażu wibracyjnego	TAK	
3	Maksymalna częstotliwość pracy do 22 Hz dla głowicy RSWT,	TAK	
4	Maksymalna częstotliwość pracy do 35 Hz dla głowicy masującej(wibracyjnej)	TAK	
5	Ciśnienie pracy min. od 1 do 5.0 Bar ze skokiem 0.1 Bar	TAK	
6	Głowica RSWT pokryta gumą w części środkowej i tylnej zapobiegającą przenoszeniu wibracji, nie dłuższa niż 24cm,	TAK	
7	Ekran dotykowy o przekątnej min 5,6 cala	TAK	
8	Kanały zabiegowe 2 szt	TAK	
9	Zbiornik wyrównawczy ciśnienia	TAK	
10	Protokoły leczenia	TAK	
11	Programy użytkownika (własne)	TAK	
12	Kompresor powietrzny z automatycznym systemem opróżniania zbiornika z wodą	TAK	
13	Wymiary aparatu ( dł. x szer. x wys.) 395 mm x 390 mm x 194 mm,	TAK	
14	Waga aparatu około: maksymalnie 12,0 kg.	TAK	
15	Zasilanie (V,Hz) 100-240, 50-60	TAK	
16	1 x głowica RSWT	TAK	
17	1 x aplikator radialny 15 R - 15mm	TAK	

18	1 x aplikator radialny 20 R - 20mm	TAK	
19	1x głowica wibracyjna	TAK	
20	1x aplikator wibracyjny 25 V - 25 mm	TAK	
21	2x zestaw naprawczy (2 naboje, 2 prowadnice)	TAK	
22	1 x walizka na głowicę	TAK	
23	1 x zestaw uszczelek	TAK	
24	1 x klucz płaski	TAK	
25	1 x klucz imbusowy	TAK	
26	1 x wycior	TAK	
27	1 x przewód zasilający	TAK	
<b>INNE</b>			
28	W pełni przygotowane i wyposażone do pracy z chorym	TAK	
29	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostawa z urządzeniem)	TAK	
30	Deklaracja zgodności lub certyfikat CE	TAK	
31	Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania protokołu zdawczo odbiorczego przez obie strony.	TAK	
32	Obowiązujące przepisami prawa przeglądy techniczne, serwis, naprawy, itp. czynności, które należy realizować dla prawidłowego funkcjonowania przedmiotu zamówienia, z punktu widzenia celu, któremu ma służyć w okresie gwarancji leży po stronie Wykonawcy.	TAK	

33	Koszty części eksploatacyjnych, części zużywalnych itp. leżą po stronie Zamawiającego.	TAK	
34	Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 48 godz.	TAK	
35	Czas skutecznej naprawy max. 7 dni licząc od dnia zgłoszenia. W przypadku naprawy dłuższej, Wykonawca zapewni element zastępczy (lub urządzenie) na czas trwania naprawy celem zapewnienia niezakłóconej pracy Zamawiającego (dot. okresu gwarancyjnego)	TAK	
36	Wykonawca dostarczy, zainstaluje i uruchomi, a także przeprowadzi szkolenie z zakresu obsługi w cenie oferty	TAK	
37	Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wypełnionych paszportów technicznych sprzętu	TAK	
38	Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 8 lat od daty sprzedaży	TAK	

**UWAGA:**

**Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).**

Wartość w PLN – Pakiet X

1) kwota netto: ..... zł

słownie: ..... złotych

2) stawka podatku VAT: .....%

3) kwota brutto: ..... zł

słownie: ..... złotych

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ 2024 roku

Miejscowość

\_\_\_\_\_  
 podpis osoby upoważnionej  
 do reprezentowania wykonawcy

**PAKIET XI – ATLAS REHABILITACYJNY**

**ATLAS REHABILITACYJNY – 1 SZT.**

**Nazwa urządzenia, typ lub model** .....

**Producent** .....

**Kraj pochodzenia** .....

**Rok produkcji** .....

<b>Lp.</b>	<b>Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych</b>	<b>Wartość wymagana</b>	<b>Wartość oferowana</b>
1.	Fabrycznie nowa, rok produkcji 2024. Zamawiający wyklucza dostawę sprzętu powystawowego.	TAK	
2.	Stanowisko treningowe: a) Brzuszki w pozycji siedzącej; b) Wyciskanie na ławce w pozycji siedzącej; c) Wiosła; d) Regulowany pałąk do wyciskania;  Inne (podać) ..... ..... .....	TAK	
3.	Konstrukcja metalowa – stal nierdzewna	TAK	
4.	Masa ciała min. 150 kg	TAK	
5.	Liny stalowe w osłonie z tworzywa sztucznego / system wyciągowy z linami poliestrowymi	TAK	
6.	Wymiary po rozłożeniu (dł./sz./w. w cm) 166 / 170 / 215 (+/- 10%)	TAK	

7.	Proponowane rodzaje treningów (podać) ..... ..... .....	TAK	
<b>INNE</b>			
8.	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
9.	Gwarancja obejmująca naprawy, konserwację, przeglądy wraz z materiałami w szczególności częściami zamiennymi i materiałami eksploatacyjnymi użytymi do napraw, przeglądów stanu technicznego, konserwacją, regulacją oraz praca i dojazd zespołu serwisowego w okresie gwarancyjnym obciążają Wykonawcę.	TAK	
10.	W okresie gwarancyjnym czas reakcji serwisu, tj. od chwili powiadomienia do rozpoczęcia naprawy wyniesie maksymalnie 48 godzin.	TAK	
11.	Czas skutecznej naprawy max. 5 dni roboczych licząc od dnia zgłoszenia	TAK	
12.	Czas skutecznej naprawy w przypadku konieczności sprowadzenia części zamiennych spoza terenu Polski – max. 12 dni roboczych licząc od dnia zgłoszenia	TAK	
13.	Konieczność dostarczenia elementu lub sprzętu zastępczego w przypadku naprawy trwającej dłużej niż czas skutecznej naprawy, wskazanych w punktach powyżej	TAK	
14.	Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczana ze sprzętem	TAK	
15.	Obsługa urządzenia i komunikaty w języku polskim lub języku angielskim	TAK	
16.	Wykonanie w cenie oferty szkolenia personelu w zakresie obsługi zaoferowanego sprzętu	TAK	

17.	W pełni przygotowane i wyposażone do pracy z chorym	TAK	
18.	Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wypełnionych paszportów technicznych sprzętu	TAK	
19.	Deklaracja zgodności lub certyfikat CE	TAK	
20.	Dostępność części zamiennych oraz wyposażenia eksploatacyjnego min.8 lat od daty uruchomienia	TAK	

**UWAGA:**

**Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).**

Wartość w PLN – Pakiet XI:

- 1) kwota netto: ..... zł  
słownie: ..... złotych  
2) stawka podatku VAT: .....%  
3) kwota brutto: ..... zł  
słownie: ..... złotych

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ 2024 roku

Miejscowość

\_\_\_\_\_  
podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania wykonawcy

**Pakiet XII - Wirówka do masażu wirowego stóp i podudzi**

**Wirówka do masażu wirowego stóp i podudzi – 1 SZT.**

**Nazwa urządzenia, typ lub model** .....  
**Producent** .....  
**Kraj pochodzenia** .....  
**Rok produkcji** .....

<b>Lp.</b>	<b>Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych</b>	<b>Wartość wymagana</b>	<b>Wartość oferowana</b>
1	Fabrycznie nowa, rok produkcji 2024. Zamawiający wyklucza dostawę sprzętu powystawowego.	TAK	
2	Wirówka do masażu wirowego stóp i podudzi	TAK	
3	Akrylowa niecka wzmacniana matami z włókna szklanego	TAK	
4	Min 35 dysz do masażu	TAK	
5	Pojemność zabiegowa: min. 40 l	TAK	
6	Zabezpieczenie pompy przed pracą na sucho	TAK	
7	Sterowany elektronicznie system odkamieniania wody	TAK	
8	Czujnik temperatury wody	TAK	
9	Słuchawka prysznicowa	TAK	
10	Masaż wirowy za pomocą strumienia wody o uregulowanej sile	TAK	
11	Obrotowe krzeselko w zestawie	TAK	
12	Wymiary (szer. x wys.) siedziska 460 x 420 mm, oparcia 400 x 290 mm.	TAK	
13	Regulacja wysokości siedziska za pomocą podnośnika pneumatycznego o skoku 190 mm w zakresie 450-640 mm.	TAK	
14	Podstawa krzesła o średnicy 580 mm, wykonana została z poliamidu wzmacnianego włóknem szklanym.	TAK	

15	Mechanizm CPT który łączy siedzisko z oparciem, umożliwia regulację kąta nachylenia oparcia do siedziska, pozwala podnosić oparcie, oraz dopasować odległość w jakiej znajduje się oparcie od siedziska.	TAK	
16	Pojemność zabiegowa: ok. 45 l (+/-5%)	TAK	
17	Pojemność do przelewu: ok. 65 l (+/-5%)	TAK	
18	Pobór prądu: 5 A	TAK	
19	Liczba dysz: 38 szt.	TAK	
20	Zasilanie: 230 V / 50 Hz	TAK	
21	Wymiary (dł. x szer. x wys.): 98 cm x 90 cm x 62 cm	TAK	
22	Masa: max 45 kg	TAK	
<b>INNE</b>			
23	W pełni przygotowane i wyposażone do pracy z chorym	TAK	
24	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostawa z urządzeniem)	TAK	
25	Deklaracja zgodności lub certyfikat CE	TAK	
26	Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania protokołu zdawczo odbiorczego przez obie strony.	TAK	
27	Obowiązujące przepisami prawa przeglądy techniczne, serwis, naprawy, itp. czynności, które należy realizować dla prawidłowego funkcjonowania przedmiotu zamówienia, z punktu widzenia celu, któremu ma służyć w okresie gwarancji leży po stronie Wykonawcy.	TAK	
28	Koszty części eksploatacyjnych, części zużywalnych itp. leżą po stronie Zamawiającego.	TAK	

29	Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 48 godz.	TAK	
30	Czas skutecznej naprawy max. 7 dni licząc od dnia zgłoszenia. W przypadku naprawy dłuższej, Wykonawca zapewni element zastępczy (lub urządzenie) na czas trwania naprawy celem zapewnienia niezakłóconej pracy Zamawiającego (dot. okresu gwarancyjnego)	TAK	
31	Wykonawca dostarczy, zainstaluje i uruchomi, a także przeprowadzi szkolenie z zakresu obsługi w cenie oferty	TAK	
32	Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wypełnionych paszportów technicznych sprzętu	TAK	
33	Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 8 lat od daty sprzedaży	TAK	

**UWAGA:**

**Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).**

Wartość w PLN – Pakiet XII

1) kwota netto: ..... zł  
słownie: ..... złotych  
2) stawka podatku VAT: .....%  
3) kwota brutto: ..... zł  
słownie: ..... złotych

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ 2024 roku

Miejscowość

\_\_\_\_\_  
podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania wykonawcy

**Pakiet XIII - Wirówka do masażu wirowego kończyn górnych**

**Wirówka do masażu wirowego kończyn górnych – 1 SZT.**

Nazwa urządzenia, typ lub model .....

Producent .....

Kraj pochodzenia .....

Rok produkcji .....

Lp.	Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych	Wartość wymagana	Wartość oferowana
1	Fabrycznie nowa, rok produkcji 2024. Zamawiający wyklucza dostawę sprzętu powystawowego.	TAK	
2	Min. 40 dysze do masażu wirowego	TAK	
3	Ekonomiczne zużycie wody w czasie zabiegu	TAK	
4	System odkamieniania sterowany elektronicznie	TAK	
5	Czujnik temperatury wody	TAK	
6	Zabezpieczenie pompy przed pracą na sucho	TAK	
7	Słuchawka prysznicowa	TAK	
8	Krzesło obrotowe w zestawie	TAK	
9	Regulacja wysokości siedziska za pomocą podnośnika pneumatycznego	TAK	
10	Mechanizm, który łączy siedzisko z oparciem, umożliwiający regulację kąta nachylenia oparcia do siedziska, pozwalający podnosić oparcie, oraz dopasować odległość w jakiej znajduje się oparcie od siedziska	TAK	

11	Pojemność zabiegowa 30l (+/5%)	TAK	
12	Zasilanie [V/Hz] 230/50	TAK	
13	Inne (podać): ..... ..... .....	TAK	
<b>INNE</b>			
14	W pełni przygotowane i wyposażone do pracy z chorym	TAK	
15	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostawa z urządzeniem)	TAK	
16	Deklaracja zgodności lub certyfikat CE	TAK	
17	Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania protokołu zdawczo odbiorczego przez obie strony.	TAK	
18	Obowiązujące przepisami prawa przeglądy techniczne, serwis, naprawy, itp. czynności, które należy realizować dla prawidłowego funkcjonowania przedmiotu zamówienia, z punktu widzenia celu, któremu ma służyć w okresie gwarancji leży po stronie Wykonawcy.	TAK	
19	Koszty części eksploatacyjnych, części zużywalnych itp. leżą po stronie Zamawiającego.	TAK	
20	Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 48 godz.	TAK	
21	Czas skutecznej naprawy max. 7 dni licząc od dnia zgłoszenia. W przypadku naprawy dłuższej, Wykonawca zapewni element zastępczy (lub urządzenie) na czas trwania naprawy celem	TAK	

	zapewnienia niezakłóconej pracy Zamawiającego (dot. okresu gwarancyjnego)		
22	Wykonawca dostarczy, zainstaluje i uruchomi, a także przeprowadzi szkolenie z zakresu obsługi w cenie oferty	TAK	
23	Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wypełnionych paszportów technicznych sprzętu	TAK	
24	Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 8 lat od daty sprzedaży	TAK	

**UWAGA:**

**Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).**

Wartość w PLN – Pakiet XIII

1) kwota netto: ..... zł  
słownie: ..... złotych  
2) stawka podatku VAT: .....%  
3) kwota brutto: ..... zł  
słownie: ..... złotych

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ 2024 roku

Miejscowość

\_\_\_\_\_  
podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania wykonawcy

**Pakiet XIV- PUR z osprzętem**

**PUR z osprzętem – 1 KPL.**

**Nazwa urządzenia, typ lub model** .....

**Producent** .....

**Kraj pochodzenia** .....

**Rok produkcji** .....

<b>Lp.</b>	<b>Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych</b>	<b>Wartość wymagana</b>	<b>Wartość oferowana</b>
1	Fabrycznie nowy, rok produkcji 2024. Zamawiający wyklucza dostawę sprzętu powystawowego.	TAK	
2	PUR wolnostojący	TAK	
3	Możliwość prowadzenie terapii w podwieszeniu	TAK	
4	Wymiary max. Długość: 200- 225cm opcjonalnie do 264 cm. Szerokość: 65-75cm Wysokość: 200cm Rozstaw podpór: 200-225cm	TAK	
5	Niezbędny osprzęt, tj.: - linka do ćwiczeń w kabinie KC/01 -160cm - 20szt - linka długość 96 cm KC/02 – 6szt - linka długości 245 cm KC/03 – 3szt - mankiet udowy 550x80cm, paski 350x20cm KC/27 - 4szt - mankiet nadkostkowy 265x77cm, paski 170x20cm – 4szt - kamaszek ze skóry KC/14/S – 2szt - bloczek rehabilitacyjny (łożyskowy) – 8szt - bloczek rehabilitacyjny KC/38 – 6szt - podwieszka rehabilitacyjna przedramion i podudzi 10x42 KC/06 – 10 szt	TAK	

	- podwieszka rehabilitacyjna ramion i ud 145 x 540 KC/07 – 4szt - podwieszka stóp 75x610 KC/11 – 4szt - podwieszka dwustawowa KC/12 – 14 szt		
6	Waga ok 36 kg (+/- 3kg)	TAK	
7	Kółka z hamulcami		
<b>INNE</b>			
8	W pełni przygotowane i wyposażone do pracy z chorym	TAK	
9	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostawa z urządzeniem)	TAK	
10	Deklaracja zgodności lub certyfikat CE	TAK	
11	Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania protokołu zdawczo odbiorczego przez obie strony.	TAK	
12	Obowiązujące przepisami prawa przeglądy techniczne, serwis, naprawy, itp. czynności, które należy realizować dla prawidłowego funkcjonowania przedmiotu zamówienia, z punktu widzenia celu, któremu ma służyć w okresie gwarancji leży po stronie Wykonawcy.	TAK	
13	Koszty części eksploatacyjnych, części zużywalnych itp. leżą po stronie Zamawiającego.	TAK	
14	Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 48 godz.	TAK	
15	Czas skutecznej naprawy max. 7 dni licząc od dnia zgłoszenia. W przypadku naprawy dłuższej, Wykonawca zapewni element zastępczy (lub urządzenie) na czas trwania naprawy celem zapewnienia niezakłóconej pracy Zamawiającego (dot. okresu gwarancyjnego)	TAK	
16	Wykonawca dostarczy, zainstaluje i uruchomi, a także	TAK	

	przeprowadzi szkolenie z zakresu obsługi w cenie oferty		
17	Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wypełnionych paszportów technicznych sprzętu	TAK	
18	Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 8 lat od daty sprzedaży	TAK	

**UWAGA:**

**Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).**

Wartość w PLN - Pakiet XIV

1) kwota netto: ..... zł  
słownie: ..... złotych  
2) stawka podatku VAT: .....%  
3) kwota brutto: ..... zł  
słownie: ..... złotych

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ 2024 roku

Miejscowość

\_\_\_\_\_  
podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania wykonawcy

**Pakiet XV- Drabinka gimnastyczna**

**Drabinka gimnastyczna – 2 SZT.**

Nazwa urządzenia, typ lub model .....  
Producent .....  
Kraj pochodzenia .....  
Rok produkcji .....

Lp.	Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych	Wartość wymagana	Wartość oferowana
1	Fabrycznie nowa, rok produkcji 2024. Zamawiający wyklucza dostawę sprzętu powystawowego.	TAK	
2	Wymiar ok. 2200 x 900 mm + okucia	TAK	
3	Wykonana z drewna (podać) .....	TAK	
4	Inne (podać) ..... .....	TAK	
<b>INNE</b>			
5	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
6	W pełni przygotowane i wyposażone do pracy z chorym	TAK	
7	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostawa z urządzeniem)	TAK	
8	Deklaracja zgodności lub certyfikat CE	TAK	

**UWAGA:**

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

Wartość w PLN - Pakiet XV

1) kwota netto: ..... zł  
słownie: ..... złotych  
2) stawka podatku VAT: .....%  
3) kwota brutto: ..... zł  
słownie: ..... złotych

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ 2024 roku

Miejscowość

\_\_\_\_\_  
podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania wykonawcy

**Pakiet XVI - Leżanka drewniana do zabiegów fizykoterapeutycznych**

**Leżanka drewniana do zabiegów fizykoterapeutycznych – 1 SZT.**

Nazwa urządzenia, typ lub model .....

Producent .....

Kraj pochodzenia .....

Rok produkcji .....

Lp.	Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych	Wartość wymagana	Wartość oferowana
1	Fabrycznie nowa, rok produkcji 2024. Zamawiający wyklucza dostawę sprzętu powystawowego.	TAK	

2	Leżanka drewniana przeznaczona do zabiegów fizykoterapeutycznych	TAK	
3	Długość: 180cm +/-5 cm	TAK	
4	Wysokość: 65cm +/-5 cm	TAK	
5	Szerokość: 61cm +/-5 cm	TAK	
6	Ręcznie regulowany zagłówek w zakresie: 0° lub 35 ° +/-2°	TAK	
7	Waga max. 30kg	TAK	
8	Maksymalne obciążenie 200kg	TAK	
9	Wieszak na ręcznik zintegrowany z leżanką	TAK	
10	Kolor tapicerki: do wyboru zgodnie z paletą producenta na etapie realizacji umowy	TAK	
<b>INNE</b>			
11	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
12	W pełni przygotowane i wyposażone do pracy z chorym	TAK	
13	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostawa z urządzeniem)	TAK	
14	Deklaracja zgodności lub certyfikat CE	TAK	

**UWAGA:**

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

Wartość w PLN - Pakiet XVI

1) kwota netto: ..... zł  
słownie: ..... złotych  
2) stawka podatku VAT: .....%  
3) kwota brutto: ..... zł  
słownie: ..... złotych

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ 2024 roku

Miejscowość

\_\_\_\_\_  
podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania wykonawcy

**Pakiet XVII - Kozetka lekarska**

**Kozetka lekarska – 1 SZT.**

**Nazwa urządzenia, typ lub model** .....  
**Producent** .....  
**Kraj pochodzenia** .....  
**Rok produkcji** .....

Lp.	Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych	Wartość wymagana	Wartość oferowana
1	Fabrycznie nowa, rok produkcji 2024. Zamawiający wyklucza dostawę sprzętu powystawowego.	TAK	
2	Kozetka wykonana ze stali	TAK	

3	Leże tapicerowane bezszwowo, gąbką i skajem.	TAK	
4	Uchwyt na rolkę podkładu papierowego	TAK	
5	Stopka umożliwiająca poziomowanie leżanki na nierównym podłożu.	TAK	
6	Szerokość: 560mm Długość: 1880mm Wysokość: 520mm (+/- 5%)	TAK	
7	Kąt nachylenia wezgłowia: +/- 40stopni	TAK	
8	Dopuszczalne obciążenie min. 150 kg	TAK	
9	Waga max. 25kg	TAK	
10	Kolor tapicerki: do wyboru zgodnie z paletą producenta na etapie realizacji umowy	TAK	
<b>INNE</b>			
11	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
12	W pełni przygotowane i wyposażone do pracy z chorym	TAK	
13	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostawa z urządzeniem)	TAK	
14	Deklaracja zgodności lub certyfikat CE	TAK	

**UWAGA:**

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

Wartość w PLN - Pakiet XVII

1) kwota netto: ..... zł  
słownie: ..... złotych  
2) stawka podatku VAT: .....%  
3) kwota brutto: ..... zł  
słownie: ..... złotych

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ 2024 roku

Miejscowość

\_\_\_\_\_  
podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania wykonawcy

**Pakiet XVIII - Ekopompa**

**Ekopompa – 1 KPL.**

**Nazwa urządzenia, typ lub model** .....  
**Producent** .....  
**Kraj pochodzenia** .....  
**Rok produkcji** .....

Lp	Elementy zestawu podstawowego [minimalne parametry techniczne i użytkowe, warunek]	Wymagana wartość	Wartość oferowana
1	Fabrycznie nowa, rok produkcji 2024. Zamawiający wyklucza dostawę sprzętu powystawowego.	TAK	

2	Aparat do masażu zasilany wodą w obiegu zamkniętym	TAK	
3	W skład urządzenia powinny wchodzić m.in. wymienne gumowe membrany, węże, głowica itp.	TAK	
4	Pojemność robocza zbiornika 7-10L	TAK	
5	Pobór mocy 0,6kw	TAK	
6	Wymiary dł. x szer. x wys. 49x51x85,5 cm (+/- 2 cm)	TAK	
7	Waga max. 49 kg	TAK	
8	Dodatkowe zabezpieczenie przed porażeniem elektrycznym	TAK	
9	Szuflada umożliwiająca przechowywanie końcówek masujących	TAK	
10	Urządzenie mobilne składające się z stopek i z kółek oraz rączki umożliwiającej transport urządzenia	TAK	
11	Regulator siły masażu (regulacja intensywności masażu)	TAK	
12	System chłodzący	TAK	
13	Urządzenie przyjazne dla środowiska (małe zużycie wody, brak ścieków)	TAK	
<b>INNE</b>			
14	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
15	Gwarancja obejmująca naprawy, konserwację, przeglądy wraz z materiałami w szczególności częściami zamiennymi i materiałami eksploatacyjnymi użytymi do napraw, przeglądów stanu technicznego, konserwacją, regulacją oraz praca i dojazd zespołu serwisowego w okresie gwarancyjnym obciążają Wykonawcę.	TAK	

16	W okresie gwarancyjnym czas reakcji serwisu, tj. od chwili powiadomienia do rozpoczęcia naprawy wyniesie maksymalnie 48 godzin.	TAK	
17	Czas skutecznej naprawy max. 5 dni roboczych licząc od dnia zgłoszenia	TAK	
18	Czas skutecznej naprawy w przypadku konieczności sprowadzenia części zamiennych spoza terenu Polski – max. 12 dni roboczych licząc od dnia zgłoszenia	TAK	
19	Konieczność dostarczenia elementu lub sprzętu zastępczego w przypadku naprawy trwającej dłużej niż czas skutecznej naprawy, wskazanych w punktach powyżej	TAK	
20	Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczana ze sprzętem	TAK	
21	Wykonanie w cenie oferty szkolenia personelu w zakresie obsługi zaoferowanego sprzętu	TAK	
22	W pełni przygotowane i wyposażone do pracy z chorym	TAK	
23	Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wypełnionych paszportów technicznych sprzętu	TAK	
24	Deklaracja zgodności lub certyfikat CE	TAK	
25	Dostępność części zamiennych oraz wyposażenia eksploatacyjnego min.8 lat od daty uruchomienia	TAK	

**UWAGA:**

**Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).**

Wartość w PLN - Pakiet XVIII

1) kwota netto: ..... zł  
słownie: ..... złotych

2) stawka podatku VAT: .....%, tj.: kwota podatku VAT: ..... zł  
słownie: ..... złotych  
3) kwota brutto: ..... zł  
słownie: ..... złotych

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ 2024 roku

Miejscowość

\_\_\_\_\_  
podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania wykonawcy

**Pakiet XIX - Szyna do ćwiczeń biernych stawu barkowego**

**Szyna do ćwiczeń biernych stawu barkowego – 1 SZT.**

**Nazwa urządzenia, typ lub model** .....  
**Producent** .....  
**Kraj pochodzenia** .....  
**Rok produkcji** .....

Lp.	Elementy zestawu podstawowego [minimalne parametry techniczne i użytkowe, warunek]	Wymagana wartość	Wartość oferowana
1	Fabrycznie nowa, rok produkcji 2024. Zamawiający wyklucza dostawę sprzętu powystawowego.	TAK	
2	Zmotoryzowana szyna ruchowa przeznaczona do ciągłych, biernych ćwiczeń stawu barkowego, zgodnych z koncepcją typu PNF "lub równoważny"	TAK	
3	Szyna zintegrowana z fotelem o miękkim obiciu umożliwiającym dezynfekcję, z regulowaną pozycją oparcia pleców, głowy i zdrowego ramienia, ze stabilizacją obręczy barkowej. Fotel wyposażony w kółka transportowe	TAK	

4	Regulacyjna szyna z wymiarami wysokości osi stawu, długości ramienia, przedramienia, kąta ustawienia łokcia	TAK	
5	Zakres ruchu w stawie barkowym przywodzenia i odwodzenia oraz przywodzenia i odwodzenia w płaszczyźnie strzałkowej: 0° / 30° / 175°	TAK	
6	Zakres ruchu w stawie barkowym rotacja wewnętrzna i rotacja zewnętrzna: 90° / 0° / 90°	TAK	
7	Zakres ruchu w stawie barkowym poziome przywodzenie i odwodzenie: 0° / 0° / 120°	TAK	
8	Ruchy wielopłaszczyznowe zsynchronizowane i realizacja ćwiczeń zgodnych z koncepcją typu PNF "lub równoważny"	TAK	
9	Wybór synchronizacji lub braku synchronizacji pracy poszczególnych silników	TAK	
10	Kontrola wszystkich parametrów za pomocą pilota sterującego z możliwością zachowania indywidualnych danych pacjenta	TAK	
11	Funkcja rozgrzewki	TAK	
12	Możliwość powtarzania końcowego zakresu ruchu	TAK	
13	Karta chip pacjenta umożliwiająca zachowanie indywidualnych danych terapii pacjenta (min. 5szt.)	TAK	
14	Wymiary zewnętrzne: 87,5 x 57,5 x 58 cm (+/- 2 cm)	TAK	
<b>INNE</b>			
15	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
16	Gwarancja obejmująca naprawy, konserwację, przeglądy wraz z materiałami w szczególności częściami zamiennymi i materiałami eksploatacyjnymi użytymi do napraw, przeglądów stanu	TAK	

	technicznego, konserwacją, regulacją oraz pracą i dojazd zespołu serwisowego w okresie gwarancyjnym obciążają Wykonawcę.		
17	W okresie gwarancyjnym czas reakcji serwisu, tj. od chwili powiadomienia do rozpoczęcia naprawy wyniesie maksymalnie 48 godzin.	TAK	
18	Czas skutecznej naprawy max. 5 dni roboczych licząc od dnia zgłoszenia	TAK	
19	Czas skutecznej naprawy w przypadku konieczności sprowadzenia części zamiennych spoza terenu Polski – max. 12 dni roboczych licząc od dnia zgłoszenia	TAK	
20	Konieczność dostarczenia elementu lub sprzętu zastępczego w przypadku naprawy trwającej dłużej niż czas skutecznej naprawy, wskazanych w punktach powyżej	TAK	
21	Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczana ze sprzętem	TAK	
22	Wykonanie w cenie oferty szkolenia personelu w zakresie obsługi zaoferowanego sprzętu	TAK	
23	W pełni przygotowane i wyposażone do pracy z chorym	TAK	
24	Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wypełnionych paszportów technicznych sprzętu	TAK	
25	Deklaracja zgodności lub certyfikat CE	TAK	
26	Dostępność części zamiennych oraz wyposażenia eksploatacyjnego min.8 lat od daty uruchomienia	TAK	

**UWAGA:**

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

Wartość w PLN – Pakiet XIX

1) kwota netto: ..... zł  
słownie: ..... złotych  
2) stawka podatku VAT: .....%, tj.: kwota podatku VAT: ..... zł  
słownie: ..... złotych  
3) kwota brutto: ..... zł  
słownie: ..... złotych

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ 2024 roku

Miejscowość

\_\_\_\_\_  
podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania wykonawcy

**Pakiet XX - Szyna do ćwiczeń biernych stawu kolanowego i biodrowego**

**Szyna do ćwiczeń biernych stawu kolanowego i biodrowego – 1 SZT.**

Nazwa urządzenia, typ lub model .....  
Producent .....  
Kraj pochodzenia .....  
Rok produkcji .....

Lp.	Elementy zestawu podstawowego [minimalne parametry techniczne i użytkowe, warunek]	Wymagana wartość	Wartość oferowana
1	Fabrycznie nowa, rok produkcji 2024. Zamawiający wyklucza dostawę sprzętu powystawowego.	TAK	
2	Urządzenie do ćwiczeń biernych kończyny dolnej, stawu kolanowego i biodrowego	TAK	

3	Regulacja prędkości	TAK	
4	Regulacja czasu trwania ćwiczeń	TAK	
5	Przerwa po osiągnięciu limitu zgięcia i wyprostu	TAK (podać)	
6	Funkcja rozgrzewki	TAK	
7	Zakres ruchu w stawie biodrowym wyprost/zgięcie: 0° / 7° / 115°	TAK	
8	Zakres ruchu w stawie kolanowym wyprost/zgięcie: -10° / 0° / 120°	TAK	
9	Siła min. 30 kg	TAK	
10	Urządzenie o wadze max. 12 kg	TAK	
11	Wymiary zewnętrzne: 96 x 36 x 23 cm (+/- 2 cm)	TAK	
12	Podstawa jezdna z możliwością blokady	TAK	
13	Możliwość wykonania elektrostymulacji	TAK	
14	Możliwość powtarzania końcowego zakresu ruchu	TAK	
15	Możliwość delikatnego rozszerzenia zakresu ruchu	TAK	
16	Karta chip pacjenta umożliwiająca zachowanie indywidualnych danych terapii pacjenta (min. 5szt.)	TAK	
<b>INNE</b>			

17	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
18	Gwarancja obejmująca naprawy, konserwację, przeglądy wraz z materiałami w szczególności częściami zamiennymi i materiałami eksploatacyjnymi użytymi do napraw, przeglądów stanu technicznego, konserwacją, regulacją oraz praca i dojazd zespołu serwisowego w okresie gwarancyjnym obciążają Wykonawcę.	TAK	
19	W okresie gwarancyjnym czas reakcji serwisu, tj. od chwili powiadomienia do rozpoczęcia naprawy wyniesie maksymalnie 48 godzin.	TAK	
20	Czas skutecznej naprawy max. 5 dni roboczych licząc od dnia zgłoszenia	TAK	
21	Czas skutecznej naprawy w przypadku konieczności sprowadzenia części zamiennych spoza terenu Polski – max. 12 dni roboczych licząc od dnia zgłoszenia	TAK	
22	Konieczność dostarczenia elementu lub sprzętu zastępczego w przypadku naprawy trwającej dłużej niż czas skutecznej naprawy, wskazanych w punktach powyżej	TAK	
23	Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczana ze sprzętem	TAK	
24	Wykonanie w cenie oferty szkolenia personelu w zakresie obsługi zaoferowanego sprzętu	TAK	
25	W pełni przygotowane i wyposażone do pracy z chorym	TAK	
26	Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wypełnionych paszportów technicznych sprzętu	TAK	
27	Deklaracja zgodności lub certyfikat CE	TAK	

28	Dostępność części zamiennych oraz wyposażenia eksploatacyjnego min.8 lat od daty uruchomienia		
----	---	--	--

**UWAGA:**

**Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).**

Wartość w PLN – Pakiet XX

- 1) kwota netto: ..... zł  
słownie: ..... złotych
- 2) stawka podatku VAT: .....%, tj.: kwota podatku VAT: ..... zł  
słownie: ..... złotych
- 3) kwota brutto: ..... zł  
słownie: ..... złotych

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ 2024 roku

Miejscowość

\_\_\_\_\_  
podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania wykonawcy

**Pakiet XXI - Różny sprzęt rehabilitacyjny**

**Materac do ćwiczeń – 1 SZT.**

Nazwa urządzenia, typ lub model .....

Producent .....

Kraj pochodzenia .....

Rok produkcji .....

Lp.	Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych	Wartość wymagana	Wartość oferowana
1.	Fabrycznie nowy, rok produkcji 2024. Zamawiający wyklucza dostawę sprzętu powystawowego.	TAK	
2.	Materac rehabilitacyjny trzyczęściowy składany	TAK	
3.	Wykonany z pianki poliuretanowej pokrytej wytrzymałym i łatwym w utrzymaniu czystości i dezynfekcji materiałem skóropodobnym	TAK	
4.	Kolor do uzgodnienia z Zamawiającym na etapie realizacji umowy zgodnie z paletą producenta	TAK	
5.	Wymiary (podać): ..... .....	TAK	
<b>INNE</b>			
6	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
7	W pełni przygotowane i wyposażone do pracy z chorym	TAK	
8	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostawa z urządzeniem)	TAK	
9	Deklaracja zgodności lub certyfikat CE	TAK	

**UWAGA:**

**Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).**

Wartość w PLN:

- 1) kwota netto: ..... zł  
słownie: ..... złotych
- 2) stawka podatku VAT: .....%
- 3) kwota brutto: ..... zł  
słownie: ..... złotych

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ 2024 roku

Miejscowość \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania wykonawcy

**Lustro ścienne – 1 SZT.**

**Nazwa urządzenia, typ lub model** .....

**Producent** .....

**Kraj pochodzenia** .....

**Rok produkcji** .....

<b>Lp.</b>	<b>Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych</b>	<b>Wartość wymagana</b>	<b>Wartość oferowana</b>
1	Fabrycznie nowe, rok produkcji 2024. Zamawiający wyklucza dostawę sprzętu powystawowego.	TAK	
2	Lustro ścienne wykonane z polerowanej stali szlachetnej	TAK	
3	Nieklujące	TAK	
4	Wymiary (podać): ..... .....	TAK	
<b>INNE</b>			
5	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	

**UWAGA:**

**Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).**

Wartość w PLN:

- 1) kwota netto: ..... zł  
słownie: ..... złotych  
2) stawka podatku VAT: .....%  
3) kwota brutto: ..... zł  
słownie: ..... złotych

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ 2024 roku

Miejscowość

\_\_\_\_\_  
podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania wykonawcy

**Poduszka sensomotoryczna– 1 SZT.**

**Nazwa urządzenia, typ lub model** .....

**Producent** .....

**Kraj pochodzenia** .....

**Rok produkcji** .....

Lp.	Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych	Wartość wymagana	Wartość oferowana
1	Fabrycznie nowa, rok produkcji 2024. Zamawiający wyklucza dostawę sprzętu powystawowego.	TAK, podać	

2	Poduszka sensomotoryczna wykonana z gumy o wysokiej wytrzymałości	TAK	
3	Odporna i wytrzymała na środki dezynfekcyjne	TAK	
<b>INNE</b>			
4	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
5	W pełni przygotowane i wyposażone do pracy z chorym	TAK	
6	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostawa z urządzeniem)	TAK	
7	Deklaracja zgodności lub certyfikat CE	TAK	

**UWAGA:**

**Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).**

Wartość w PLN:

1) kwota netto: ..... zł  
słownie: ..... złotych  
2) stawka podatku VAT: .....%  
3) kwota brutto: ..... zł  
słownie: ..... złotych

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ 2024 roku

Miejscowość

\_\_\_\_\_  
podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania wykonawcy

**Pilka gimnastyczna– 1 SZT.**

**Nazwa urządzenia, typ lub model .....**  
**Producent .....**  
**Kraj pochodzenia .....**  
**Rok produkcji .....**

<b>Lp.</b>	<b>Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych</b>	<b>Wartość wymagana</b>	<b>Wartość oferowana</b>
1	Fabrycznie nowa, rok produkcji 2024. Zamawiający wyklucza dostawę sprzętu powystawowego.	TAK	
2	Pilka gimnastyczna wykonana z wytrzymałego atestowanego tworzywa	TAK	
3	Tworzywo bez zawartości lateksu	TAK	
4	Tworzywo odporne na środki dezynfekcyjne	TAK	
<b>INNE</b>			
6	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	
7	W pełni przygotowane i wyposażone do pracy z chorym	TAK	
8	Instrukcja obsługi w języku polskim (dostawa z urządzeniem)	TAK	
9	Deklaracja zgodności lub certyfikat CE	TAK	

**UWAGA:**

**Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).**

Wartość w PLN:

- 1) kwota netto: ..... zł  
słownie: ..... złotych
- 2) stawka podatku VAT: .....%
- 3) kwota brutto: ..... zł  
słownie: ..... złotych

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ 2024 roku

Miejscowość

\_\_\_\_\_  
podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania wykonawcy

### Hantle 1kg – 1 kpl

Nazwa urządzenia, typ lub model .....

Producent .....

Kraj pochodzenia .....

Rok produkcji .....

Lp.	Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych	Wartość wymagana	Wartość oferowana
1	Fabrycznie nowe, rok produkcji 2024. Zamawiający wyklucza dostawę sprzętu powystawowego.	TAK	
2	Hantle 1kg wykonane z żeliwa ukrytego pod powierzchnią estetycznie wyglądającego winylu	TAK	
3	Powierzchnia odporna na środki dezynfekcyjne	TAK	
<b>INNE</b>			
4	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	

**UWAGA:**

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

Wartość w PLN:

- 1) kwota netto: ..... zł  
słownie: ..... złotych  
2) stawka podatku VAT: .....%  
3) kwota brutto: ..... zł  
słownie: ..... złotych

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ 2024 roku

Miejscowość

\_\_\_\_\_  
podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania wykonawcy

**Guma rehabilitacyjna – 1 szt.**

Nazwa urządzenia, typ lub model .....

Producent .....

Kraj pochodzenia .....

Rok produkcji .....

Lp.	Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych	Wartość wymagana	Wartość oferowana
1	Fabrycznie nowa, rok produkcji 2024. Zamawiający wyklucza dostawę sprzętu powystawowego.	TAK	
2	Guma rehabilitacyjna (taśma oporowa) w rolce 22,5 mb. z mocnym oporem	TAK	

<b>INNE</b>			
3	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	

**UWAGA:**

**Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).**

Wartość w PLN:

- 1) kwota netto: ..... zł  
słownie: ..... złotych  
2) stawka podatku VAT: .....%  
3) kwota brutto: ..... zł  
słownie: ..... złotych

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ 2024 roku

Miejscowość

\_\_\_\_\_  
podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania wykonawcy

**Półpilka równoważna – 1 szt.**

**Nazwa urządzenia, typ lub model** .....

**Producent** .....

**Kraj pochodzenia** .....

**Rok produkcji** .....

Lp.	Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych	Wartość wymagana	Wartość oferowana
1	Fabrycznie nowa, rok produkcji 2024. Zamawiający wyklucza dostawę sprzętu powystawowego.	TAK	

2	Półpiłka równoważna	TAK	
3	Dwie gumy zakończone rączkami	TAK	
4	Pompka	TAK	
5	Antypoślizgowa	TAK	
<b>INNE</b>			
6	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	

**UWAGA:**

**Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).**

Wartość w PLN:

- 1) kwota netto: ..... zł  
słownie: ..... złotych
- 2) stawka podatku VAT: .....%
- 3) kwota brutto: ..... zł  
słownie: ..... złotych

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ 2024 roku

Miejscowość

\_\_\_\_\_  
podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania wykonawcy

**Kije gimnastyczne – 10 SZT.**

Nazwa urządzenia, typ lub model .....

Producent .....

Kraj pochodzenia .....

Rok produkcji .....

<b>Lp.</b>	<b>Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych</b>	<b>Wartość wymagana</b>	<b>Wartość oferowana</b>
1	Fabrycznie nowe, rok produkcji 2024. Zamawiający wyklucza dostawę sprzętu powystawowego.	TAK	
2	Kij gimnastyczny stabilny i trwały	TAK	
3	Długość 120 mb	TAK	
4	Wykonane z tworzywa sztucznego	TAK	
5	Odporne na środki dezynfekcyjne	TAK	
6	Kolor do wyboru zgodnie z paletą producenta	TAK	
<b>INNE</b>			
7	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	

**UWAGA:**

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

Cena w PLN:

- 1) kwota netto: ..... zł  
słownie: ..... złotych
- 2) stawka podatku VAT: .....%
- 3) kwota brutto: ..... zł  
słownie: ..... złotych

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ 2024 roku

Miejscowość

\_\_\_\_\_  
podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania wykonawcy

**Podwójny wałek roller do rehabilitacji i masażu – 1 SZT.**

**Nazwa urządzenia, typ lub model** .....

**Producent** .....

**Kraj pochodzenia** .....

**Rok produkcji** .....

Lp.	Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych	Wartość wymagana	Wartość oferowana
1	Fabrycznie nowy, rok produkcji 2024. Zamawiający wyklucza dostawę sprzętu powystawowego.	TAK	
2	Podwójny wałek roller do rehabilitacji i masażu zewnętrzny z wypustkami, wewnętrzny gładki w kształcie koła zębatego	TAK	
3	Produkt wykonany z tworzywa o podwyższonej trwałości	TAK	

4	Odporne na środki dezynfekcyjne	TAK	
5	Kolor do wyboru zgodnie z paletą producenta	TAK	
<b>INNE</b>			
6	Gwarancja min. 24 miesiące	TAK	

**UWAGA:**

**Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest fabrycznie nowe, niepowystawowe, kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do podjęcia działalności leczniczej bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).**

Wartość w PLN:

1) kwota netto: ..... zł  
słownie: ..... złotych  
2) stawka podatku VAT: .....%  
3) kwota brutto: ..... zł  
słownie: ..... złotych

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ 2024 roku

Miejscowość

\_\_\_\_\_  
podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania wykonawcy

**Uwaga:**

**OFERTY MOŻNA SKŁADAĆ NA DOWOLNIE WYBRANY PAKIET.  
NA PAKIET XXI OFERTY MOŻNA SKŁADAĆ NA DOWOLNIE WYBRANE POZYCJE**

**1. Termin dostawy: ..... dni (podać)**

**2. Gwarancja wymagane min. 24 miesiące ..... miesiące (podać)**

**Podać jakie są koszty każdego następnego roku gwarancji (do 60 m-cy).....(podać)**

3. Oświadczamy, że oferowane wyroby medyczne zostały dopuszczone do obrotu i używania oraz posiadają aktualne dokumenty dopuszczające do obrotu i używania na zasadach określonych ustawą o wyrobach medycznych.

4. Oświadczam/y, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO\*\* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. [W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (przez jego wykreślenie)].

.....  
Miejscowość, data

.....  
podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania wykonawcy

Oferty cenowe należy złożyć drogą e-mail: **trzcianne@trzcianne.pl** , w terminie do **dnia 06 listopada 2024 roku**.

Kontakt: Wiesława Tekień, tel. 666 620 455, e-mail: w.tekien@trzcianne.pl