**ZAMAWIAJĄCY:**

|  |
| --- |
| Nad Biebrzą Sp. z o.o., z siedzibą w Sokółce, przy ul. Torowej 12, 16-100 Sokółka, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Białymstoku, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 0001022373, REGON: 524609050, NIP: 5451826503, kapitał zakładowy: 5 000,00zł |

*Znak sprawy: NB.DZ-DK.Db.263.13.2024*

*Nazwa zamówienia:* ***Dostawa sprzętu medycznego i wyposażenia dla oddziałów szpitalnych SP ZOZ w Sokółce****.*

|  |  |
| --- | --- |
| Nad Biebrzą Sp. z o.**o.**  16-100 Sokółka, ul. Torowa 12  tel. (085) 711-89-09, (085) 711-89-10  fax (085) 711-22-29  NIP 545-18-26-503, REGON 524609050 |  |
|  |  |

**Załączniki**

**do SpecyfikacjI Warunków Zamówienia (SWZ)**

**INSTRUKCJI DLA WYKONAWCÓW (IDW)**

**w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn.:**

***Dostawa sprzętu medycznego i wyposażenia dla oddziałów szpitalnych SP ZOZ w Sokółce.***

*Zadanie realizowane w ramach realizacji inwestycji pn.: Modernizacja infrastruktury społecznej w Powiecie Sokólskim,*

*Część 3 zamówienia: Przebudowa, rozbudowa i doposażenie SP ZOZ w Sokółce*.

[Zał. nr 1 OFERTA NA WYKONANIE ZAMÓWIENIA 2](#_Toc175130386)

[Zał. nr 1a TABELA ROZLICZENIOWA 8](#_Toc175130387)

[Zał. nr 1b ZESTAWIENIE PARAMETRÓW 20](#_Toc175130388)

[Zał. nr 2 JEDZ 107](#_Toc175130389)

[Zał. nr 3. OŚWIADCZENIE WYKONAWCY/WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCEGO SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA 108](#_Toc175130390)

[Zał. nr 4 . OŚWIADCZENIE WYKONAWCY/ WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCEGO SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA 111](#_Toc175130391)

[Zał. nr 5. OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O AKTUALNOŚCI INFORMACJI 113](#_Toc175130392)

**ZAMAWIAJĄCY:**

|  |
| --- |
| Nad Biebrzą Sp. z o.o., z siedzibą w Sokółce, przy ul. Torowej 12, 16-100 Sokółka, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Białymstoku, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 0001022373, REGON: 524609050, NIP: 5451826503, kapitał zakładowy: 5 000,00zł |

*Znak sprawy: NB.DZ-DK.Db.263.13.2024*

*Nazwa zamówienia:* ***Dostawa sprzętu medycznego i wyposażenia dla oddziałów szpitalnych SP ZOZ w Sokółce.***

**Załącznik nr 1**

## Zał. nr 1 OFERTA NA WYKONANIE ZAMÓWIENIA

***Dostawa sprzętu medycznego i wyposażenia dla oddziałów szpitalnych SP ZOZ w Sokółce.***

**Cześć \_\_\_\_*. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

*Zadanie realizowane w ramach realizacji inwestycji pn.: Modernizacja infrastruktury społecznej w Powiecie Sokólskim,*

*Część 3 zamówienia: Przebudowa, rozbudowa i doposażenie SP ZOZ w Sokółce*.

Miejsce i data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A. Niniejszą Ofertę składa:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ***Nazwa firmy*** | ***Siedziba firmy*** | ***NIP/REGON*** | ***KRS/CEiDG*** |
| Firma wiodąca |  |  | *NIP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *REGON \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |
| Partner 1\* |  |  | *NIP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *REGON \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |
| Partner 2\* |  |  | *NIP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *REGON \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |

*Uwaga: \* Podwykonawca nie jest uważany za partnera/członka Konsorcjum.*

*W przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać nazwy (firmy) i dokładne adresy wszystkich Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia i załączyć do oferty pełnomocnictwo.*

**Dane dotyczące pełnomocnika** (jeżeli dotyczy):

Nazwa (firma) / Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nr telefonu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podstawa do reprezentacji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**B. Deklaracja Wykonawcy:**

W odpowiedzi na Ogłoszenie o zamówieniu dla ww. zamówienia Ja (My), niżej podpisany(i), niniejszym oświadczam(y), że:

1. **Oświadczam/oświadczamy**, że zapoznałem/zapoznaliśmy się i w pełni oraz bez żadnych zastrzeżeń akceptuję(emy) treść Specyfikacji Warunków Zamówienia wraz z wyjaśnieniami i zmianami.
2. Oświadczam**/oświadczamy**, że zawarte w Specyfikacji Warunków Zamówienia Projektowane postanowienia umowy w sprawie zamówienia publicznego wraz z wprowadzonymi w nich na zasadach i w zgodzie z przepisami prawa zmianami zostały przeze mnie/nas zaakceptowane i zobowiązuję(emy)my się, w przypadku wybrania mojej(naszej) oferty, do zawarcia umowy na wymienionych tam warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
3. **Oferuję/oferujemy** wykonanie całości przedmiotu zamówienia zgodnie z warunkami zapisanymi w Specyfikacji Warunków Zamówienia, wyjaśnieniami do Specyfikacji Warunków Zamówienia i jej zmianami oraz obowiązującymi przepisami.
4. **Oświadczamy/oświadczamy**, że zdajemy sobie sprawę, że obowiązującym wynagrodzeniem jest wynagrodzenie ryczałtowe w rozumieniu art. 632 Kodeksu Cywilnego.
5. **Cena ryczałtowa mojej/naszej oferty za wykonanie zamówienia pn.: Dostawa sprzętu medycznego i wyposażenia dla oddziałów szpitalnych SP ZOZ w Sokółce**

**Część\_\_\_\_\_\_\_-** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**wynosi:**

cenę brutto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł słownie brutto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł

zgodnie z dołączonym do oferty załącznikiem nr 1a „Tabela rozliczeniowa” i załącznikiem nr 1b „Zestawienie parametrów”

Załącznik nr 1a „Tabela rozliczeniowa” i Załącznik nr 1b „Zestawienie parametrów” należy złożyć wraz z ofertą

1. Akceptuję/akceptujemy warunki płatności.
2. Na wykonane dostawy objęte umową **udzielamy gwarancji:**

***[poniżej wypełnić stosownie do części, której dotyczy oferta]***

1. Część \_1\_ Wieża artroskopowa 4K z instalacją i uruchomieniem. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_m-c

min. **24 m-ce Wykonawcy**

**gwarancji Wykonawcy**,

w przypadku Głowicy kamery 4k autoklawowalnej \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lat na sterylizację **gwarancji**

min. **7 lat gwarancji producenta**

**producenta** .

licząc od dnia spisania protokołu odbioru końcowego.

1. Część \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_,

Dotyczy części 2-14; 16-24 min. 24 m-ce

**gwarancji Wykonawcy** licząc od dnia spisania protokołu odbioru końcowego.

1. Część \_15 poz.3\_ \_ Trener równowagi BOSU , ciężar osoby wiszącej max. 136 kg \_. \_­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_m-c **gwarancji**

min. 24 m-ce

**Wykonawcy** oraz \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **gwarancji producenta**

min. 12m-cy gwarancji producenta

licząc od dnia spisania protokołu odbioru końcowego.

1. Oferujemy skrócenie terminu dostawy do Zamawiającego o **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dni** licząc od maksymalnego 60-dniowego terminu dostawy do Zamawiającego od dnia podpisania umowy zgodnie z zapisami Specyfikacji Warunków Zamówienia.
2. Przedmiot umowy wykonamy w terminie (z uwzględnieniem skrócenia terminu dostawy zamówienia, o którym mowa w powyżej) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dni od dnia od podpisania umowy.
3. Uważam(y) się związany(i) niniejszą ofertą w terminie określonym w dokumentach zamówienia.
4. Oświadczam/oświadczamy na dzień składania ofert, iż zapoznałem/zapoznaliśmy się z dokumentami zamówienia, ich modyfikacjami i zmianami w trakcie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego i ostatecznie nie wnoszę/nie wnosimy do nich jak i ich modyfikacji i zmian zastrzeżeń, a w konsekwencji w pełni je akceptuję/akceptujemy.
5. Deklaruję/deklarujemy wykonanie dostawy zgodnej z dokumentami zamówienia, ich modyfikacjami i zmianami.
6. Oświadczam/oświadczamy na dzień składania ofert, że oferowany przez nas przedmiot dostawy spełnia parametry Opisu przedmiotu zamówienia.
7. Składając ofertę **informuję/informujemy**, że:

niniejsza oferta **wyczerpuje** przesłankę zawartą w art. 225 ust. 1 Ustawy Prawo Zamówień Publicznych, tj. wybór niniejszej oferty prowadziłby do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004r. o podatku od towarów i usług1. Tym samym dla celów zastosowania kryterium ceny lub kosztu Zamawiający doliczy do przedstawionej w tej ofercie ceny kwotę podatku od towarów i usług, którą miałby obowiązek rozliczyć.

Składając ofertę informuję/informujemy, że1:

1. wybór mojej/naszej oferty będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego.
2. nazwa (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. wartość towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym Zamawiającego, bez kwoty podatku: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. stawka podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą Wykonawcy, będzie miała zastosowanie \_\_\_\_\_\_\_%

niniejsza oferta **nie wyczerpuje** przesłanki zawartej w art. 225 ust. 1 Ustawy Prawo Zamówień, tj. wybór niniejszej oferty nie prowadziłby do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004r. o podatku od towarów i usług.

*[Uwaga: proszę zaznaczyć właściwe lub niepotrzebne skreślić – jeżeli dotyczy.]*.

1. **A. Polegamy na zdolnościach poniższych podmiotów udostępniających zasoby** na zasadach określonych w art. 118 Ustawy Prawo zamówień publicznych, w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, o których mowa w art. 57 tej Ustawy:
2. nazwa (firma) podmiotu: podmiotu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ w zakresie spełniania warunków, o których mowa w art. art. 112 ust. 2 pkt 4) *(*zdolności technicznej lub zawodowej*)* w zakresie opisanym w punkcie 7. Specyfikacji Warunków Zamówienia - Instrukcji dla Wykonawców;
3. nazwa (firma) podmiotu: podmiotu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ w zakresie spełniania warunków, o których mowa w art. art. 112 ust. 2 pkt 4) *(*zdolności technicznej lub zawodowej*)* w zakresie opisanym w punkcie 7. Specyfikacji Warunków Zamówienia - Instrukcji dla Wykonawców;
4. nazwa (firma) podmiotu: podmiotu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ w zakresie spełniania warunków, o których mowa w art. art. 112 ust. 2 pkt 4) *(*zdolności technicznej lub zawodowej*)* w zakresie opisanym w punkcie 7. Specyfikacji Warunków Zamówienia - Instrukcji dla Wykonawców
5. (…).

* **W załączeniu składam(y) dokumenty** (np. Zobowiązania; inne podmiotowe środki dowodowe), o których mowa w punkcie 18. Specyfikacji Warunków Zamówienia - Instrukcji dla Wykonawców.
* **W załączeniu składam(y) Oświadczenie(nia) podmiotu(tów) udostępniającego(cych) zasoby**, potwierdzające brak podstaw wykluczenia tego podmiotu oraz odpowiednio spełnianie warunków udziału w postępowaniu w zakresie, w jakim Wykonawca powołuje się na jego zasoby.

**B. Nie polegamy na zdolnościach podmiotów udostępniających zasoby** na zasadach określonych w art. 118 Ustawy Prawo zamówień publicznych, w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, o których mowa w art. 57 tej Ustawy.

*[Uwaga: proszę zaznaczyć właściwe lub niepotrzebne skreślić – jeżeli dotyczy.]*.

1. Składam(y) niniejszą Ofertę:

w imieniu własnym;

jako Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia.

Jako Wykonawcy wspólnie ubiegający się o udzielenie niniejszego zamówienia składamy, stosownie do treści art. 117 ust. 4 Ustawy Prawo Zamówień Publicznych, oświadczenie z którego wynika, które roboty budowlane, dostawy lub usługi wykonają poszczególni Wykonawcy.

*[Uwaga: proszę zaznaczyć właściwe lub niepotrzebne skreślić – jeżeli dotyczy.]*.

1. Zgodnie z art. 462 Ustawy Prawo Zamówień Publicznych, informuję/informujemy, że:

zamierzam/zamierzamy powierzyć Podwykonawcom wykonanie następujących części zamówienia:

1. wykonanie części dotyczącej \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

firmie (*nazwa podać jeżeli jest już znana)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ z siedzibą w\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

Wartość brutto części zamówienia powierzona Podwykonawcy wynosi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLN lub stanowi \_\_\_\_\_\_\_\_ % wartości całego zamówienia;

1. wykonanie części dotyczącej \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

firmie (*nazwa podać jeżeli jest już znana)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ z siedzibą w\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

Wartość brutto części zamówienia powierzona Podwykonawcy wynosi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLN lub stanowi \_\_\_\_\_\_\_\_ % wartości całego zamówienia;

1. (…).

nie zamierzam/zamierzamy powierzyć Podwykonawcom wykonania żadnej części zamówienia.

*[Uwaga: proszę zaznaczyć właściwe lub niepotrzebne skreślić – jeżeli dotyczy.]*

1. **Oświadczam/oświadczamy**2, że jestem/jesteśmy:
2. *Mikroprzedsiębiorstwem*
3. *Małym przedsiębiorstwem*
4. *Średnim przedsiębiorstwem*
5. *PROWADZĘ JEDNOOSOBOWĄ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ*
6. *OSOBĄ FIZYCZNĄ NIEPROWADZĄCĄ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ*
7. *iNNY RODZAJ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(proszę zaznaczyć właściwe jeżeli dotyczy)*

*[Uwaga: w przypadku składania oferty przez podmioty występujące wspólnie podać poniższe dane dla wszystkich wspólników spółki cywilnej lub członków konsorcjum:*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Oświadczam/oświadczamy**, że jestem/jesteśmy Wykonawcą/Wykonawcami z siedzibą w państwie Europejskiego Obszaru Gospodarczego **INNYM** niż państwo Zamawiającego:

*TAK*

*NIE*

*[Uwaga: proszę zaznaczyć właściwe.]*

1. **Oświadczam/oświadczamy**, że jestem/jesteśmy Wykonawcą/Wykonawcami z siedzibą w państwie **SPOZA** Europejskiego Obszaru Gospodarczego:

*TAK*

*NIE*

*[Uwaga: proszę zaznaczyć właściwe.]*

1. Tajemnica przedsiębiorstwa.

**Oświadczam/oświadczamy**,iż informacje i dokumenty zawarte w odrębnym i stosownie nazwanym załączniku pn.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa** w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 16 kwietnia 1993r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i zastrzegamy, że nie mogą być one udostępniane. Na potwierdzenie powyższego załączyliśmy również stosowne wyjaśnienia wskazujące, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa z wyłączeniem informacji, o których mowa w art. 222 ust. 5 Ustawy z dnia 11 września 2019r. - Prawo zamówień publicznych.

1. Informacja dotycząca art. 5k Rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. U. UE. L. z 2014r. Nr 229, str. 1 z późn. zm.) oraz art. 7 ust. 1 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego *(t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1497 z późn. zm.)*.

**Oświadczam/oświadczamy**, że składając niniejszą ofertę znane mi/nam są przesłanki wykluczenia z postępowania o udzielenie niniejszego zamówienia publicznego Wykonawcy w rozumieniu Ustawy z dnia 11 września 2019r. - Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz.U. 2023r. poz. 1605 ze zm.), a także wynikające z treści art. 5k Rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. U. UE. L. z 2014r. Nr 229, str. 1 z późn. zm.) oraz art. 7 ust. 1 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego *(t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1497 z późn. zm.)*, wskazane odpowiednio w treści Specyfikacji Warunków Zamówienia w pkt 6. Instrukcji dla Wykonawców.

1. **Oświadczam/oświadczamy,** że wypełniłem/wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 **RODO**3 wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/pozyskaliśmy 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 (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).]*

1. **Oświadczam/oświadczamy,** że zapoznałem się/zapoznaliśmy się i akceptuję/akceptujemy wymagania techniczne i organizacyjne wysyłania i odbierania dokumentów elektronicznych, elektronicznych kopii dokumentów i oświadczeń oraz informacji przekazywanych przy użyciu narzędzia Zamawiającego - platformy zakupowej.
2. Załącznikami do oferty, stanowiącymi jej integralną część są:

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

30. Niniejszym wskazuję, że dane umożliwiające zweryfikowanie uprawnień do reprezentowania Wykonawcy/osób działających w imieniu Wykonawcy w niniejszym postępowaniu dostępne są w bezpłatnych i ogólnodostępnych bazach danych *(należy wskazać właściwe)*:

KRS - https://ekrs.ms.gov.pl – dotyczące Wykonawcy;

CEiDG - https://prod.ceidg.gov.pl – dotyczące Wykonawcy

inny rejestr (*należy podać)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

W związku z tym, że umocowanie osoby działającej w imieniu Wykonawcy nie wynika z dokumentów dostępnych w bezpłatnych i ogólnodostępnych bazach danych do oferty załączam *(należy wskazać właściwe)*:

pełnomocnictwo z dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

inny dokument potwierdzający umocowanie do reprezentowania wykonawcy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C. Wszelką korespondencję w sprawie niniejszego postępowania należy kierować na poniższy adres:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Imię i nazwisko:* |  | | | | |
|  | *(Przedstawiciel Wykonawcy uprawniony do kontaktów)* | | | | |
| *Adres do korespondencji* |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  | | | | |
| *telefon* |  |  | *e-mail:* |  | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Oświadczenie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

*1 dotyczy Wykonawców*, *których oferty będą generować obowiązek doliczania wartości podatku VAT do wartości netto oferty, tj. w przypadku:*

* *wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów,*
* *importu usług lub importu towarów, z którymi wiąże się obowiązek doliczenia przez Zamawiającego przy porównywaniu cen ofertowych podatku VAT*

*2Pojęcia zaczerpnięte z Zaleceń Komisji Unii Europejskiej z dnia 6 maja 2003 r. dotyczące definicji przedsiębiorstw mikro, małych i średnich (Dz. U. L 124 z 20.5 2003). Te informacje są wymagane wyłącznie do celów statystycznych*.

*Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.*

*Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.*

*Średnie przedsiębiorstwa: przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami* *i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.*

*3 rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).*

Załącznik nr 1a

## Zał. nr 1a TABELA ROZLICZENIOWA

***Tabelę rozliczeniowa należy złożyć wraz z ofertą***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | |
|  | **CZĘŚĆ 1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *lp* | *Nazwa artykułu:* ***Wieża artroskopowa 4K z instalacją i uruchomieniem - 33162000-3 - Urządzenia i przyrządy używane na salach operacyjnych*** | ***J.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto*** | ***Stawka (%) VAT*** | ***Cena jedn. brutto***  *[kol. 5 + stawka VAT z kol. 6]* | ***Wartość netto***  *[kol. 4 x kol. 5]* | ***Wartość brutto***  *[kol. 4 x kol. 7]* | ***Nazwa producenta*** | ***Nr katalogowy lub inne oznaczenie identyfikacyjne*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Kamera artroskopowa 4K ze żródłem światła LED i archiwizatorem medycznym | szt | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 2. | Głowica kamery 4K - autoklawowalna | szt | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 3. | Tablet + ramię do tabletu | szt | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 4. | Medyczny monitor 4K 30-32 cala + ramię do mocowania monitora | szt | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 5. | Konsola Shavera | szt | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 6. | Rękojeść shavera | szt | 4 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 7. | Pompa artroskopowa jednorolkowa | szt | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 8. | Konsola do waporyzacji bipolarnej | szt | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 9. | Wózek artroskopowy z osłoną kabli | szt | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 10. | Optyka artroskopowa 4mm z płaszczem, trokarem i kasetą do sterylizacji | szt | 4 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 11. | Światłowód kompatybilny z poz. 10 | szt | 4 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 12. | Optyka artroskopowa 2,7mm z płaszczem, trokarem i kasetą do sterylizacji | szt | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 13. | Światłowód kompatybilny z poz. 12 | szt | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |  |
| Słownie wartość netto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Słownie wartość brutto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **CZĘŚĆ 2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *lp* | *Nazwa artykułu:* ***Pozycjoner barku - 33162000-3 - Urządzenia i przyrządy używane na salach operacyjnych*** | ***J.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto*** | ***Stawka (%) VAT*** | ***Cena jedn. brutto***  *[kol. 5 + stawka VAT z kol. 6]* | ***Wartość netto***  *[kol. 4 x kol. 5]* | ***Wartość brutto***  *[kol. 4 x kol. 7]* | ***Nazwa producenta*** | ***Nr katalogowy lub inne oznaczenie identyfikacyjne*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Pozycjoner leżakowy do barku | kpl | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 2. | Uniwersalny nastawnik - podpórka głowy | kpl | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 3. | Zaciski do pozycjonera kpl=2szt | kpl | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |  |
| Słownie wartość netto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Słownie wartość brutto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **CZĘŚĆ 3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *lp* | *Nazwa artykuł:* ***Stabilizatory zewnętrzne - 33162000-3 - Urządzenia i przyrządy używane na salach operacyjnych*** | ***J.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto*** | ***Stawka (%) VAT*** | ***Cena jedn. brutto***  *[kol. 5 + stawka VAT z kol. 6]* | ***Wartość netto***  *[kol. 4 x kol. 5]* | ***Wartość brutto***  *[kol. 4 x kol. 7]* | ***Nazwa producenta*** | ***Nr katalogowy lub inne oznaczenie identyfikacyjne*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
|  | **Stabilizator zewnętrzny - System ,,S" kpl - 1** | | | | | | | | | |
| 1 | Łączniki pręt - grotowkręt | szt | 10 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 2 | Łączniki pręt – pręt | szt | 10 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 3 | Łącznik multifunkcyjny | szt | 2 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 4 | Belki współpracujące z łącznikiem multifunkcyjnym | szt | 4 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 5 | Pręty | szt | 20 |  | 8 |  |  |  |  |  |
|  | **Stabilizator zewnętrzny - System ,,M" kpl - 1** | | | | | | | | | |
| 6 | Łączniki pręt - grotowkręt | szt | 12 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 7 | Łączniki pręt – pręt | szt | 10 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 8 | Łącznik multifunkcyjny | szt | 3 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 9 | Belki współpracujące z łącznikiem multifunkcyjnym | szt | 6 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 10 | Pręty | szt | 30 |  | 8 |  |  |  |  |  |
|  | **Stabilizator zewnętrzny - System ,,L" kpl - 1** | | | | | | | | | |
| 11 | Łączniki pręt - grotowkręt | szt | 12 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 12 | Łączniki pręt – pręt | szt | 10 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 13 | Łącznik multifunkcyjny | szt | 4 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 14 | Belki współpracujące z łącznikiem multifunkcyjnym | szt | 6 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 15 | Pręty | szt | 30 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 16 | Grotowkręty Schanza | szt | 75 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |  |
| Słownie wartość netto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Słownie wartość brutto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **CZĘŚĆ 4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *lp* | *Nazwa artykułu:* ***Pozycjoner biodra - 33162000-3- Urządzenia i przyrządy używane na salach operacyjnych*** | ***J.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto*** | ***Stawka (%) VAT*** | ***Cena jedn. brutto***  *[kol. 5 + stawka VAT z kol. 6]* | ***Wartość netto***  *[kol. 4 x kol. 5]* | ***Wartość brutto***  *[kol. 4 x kol. 7]* | ***Nazwa producenta*** | ***Nr katalogowy lub inne oznaczenie identyfikacyjne*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Pozycjoner biodra z wyposażeniem gotowy do użycia fabrycznie nowy | kpl | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |  |
| Słownie wartość netto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Słownie wartość brutto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **CZĘŚĆ 5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *lp* | *Nazwa artykułu:* ***Pozycjoner chirurgiczny - 33162000-3- Urządzenia i przyrządy używane na salach operacyjnych*** | ***J.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto*** | ***Stawka (%) VAT*** | ***Cena jedn. brutto***  *[kol. 5 + stawka VAT z kol. 6]* | ***Wartość netto***  *[kol. 4 x kol. 5]* | ***Wartość brutto***  *[kol. 4 x kol. 7]* | ***Nazwa producenta*** | ***Nr katalogowy lub inne oznaczenie identyfikacyjne*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Pozycjoner chirurgiczny z wyposażeniem gotowy do użycia fabrycznie nowy | kpl | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |  |
| Słownie wartość netto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Słownie wartość brutto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **CZĘŚĆ 6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *lp* | *Nazwa artykułu:* ***Diatermia krótkofalowa - 33161000-6 -Urządzenia elektrochirurgiczne*** | ***J.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto*** | ***Stawka (%) VAT*** | ***Cena jedn. brutto***  *[kol. 5 + stawka VAT z kol. 6]* | ***Wartość netto***  *[kol. 4 x kol. 5]* | ***Wartość brutto***  *[kol. 4 x kol. 7]* | ***Nazwa producenta*** | ***Nr katalogowy lub inne oznaczenie identyfikacyjne*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Diatermia krótkofalowa z wyposażeniem gotowa do użycia fabrycznie nowa | kpl | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |  |
| Słownie wartość netto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Słownie wartość brutto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **CZĘŚĆ 7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *lp* | *Nazwa artykułu:* ***Aparat do laseroterapii - 33155000-1: Przyrządy do fizykoterapii*** | ***J.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto*** | ***Stawka (%) VAT*** | ***Cena jedn. brutto***  *[kol. 5 + stawka VAT z kol. 6]* | ***Wartość netto***  *[kol. 4 x kol. 5]* | ***Wartość brutto***  *[kol. 4 x kol. 7]* | ***Nazwa producenta*** | ***Nr katalogowy lub inne oznaczenie identyfikacyjne*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1 | Laser biostymulacyjny z wyposażeniem gotowy do użycia fabrycznie nowy | kpl | 2 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 2 | Okulary ochronne do laseroterapii biostymulacyjnej | szt | 4 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 3 | Aparat do terapii ultradźwiękowej z wyposażeniem gotowy do użycia fabrycznie now | kpl | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |  |
|  | Słownie wartość netto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Słownie wartość brutto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **CZĘŚĆ 8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *lp* | *Nazwa artykułu:* ***Przyrządy do fizykoterapii - 33155000-1: Przyrządy do fizykoterapii*** | ***J.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto*** | ***Stawka (%) VAT*** | ***Cena jedn. brutto***  *[kol. 5 + stawka VAT z kol. 6]* | ***Wartość netto***  *[kol. 4 x kol. 5]* | ***Wartość brutto***  *[kol. 4 x kol. 7]* | ***Nazwa producenta*** | ***Nr katalogowy lub inne oznaczenie identyfikacyjne*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Hantla winylowa 0,5 kg | kpl | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 2. | Hantla winylowa 1,0 kg | kpl | 2 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 3. | Hantla winylowa 1,5 kg | kpl | 2 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 4. | Hantla winylowa 2 kg | kpl | 2 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 5. | Wałek rehabilitacyjny 10x30 | szt | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 6. | Wałek rehabilitacyjny 10x60 | szt | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 7. | Wałek rehabilitacyjny 15x30 | szt | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 8. | Wałek rehabilitacyjny 15x60 | szt | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 9. | Wałek rehabilitacyjny 20x60 | szt | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 10. | Wałek do masażu duży typu Lyapko | szt | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 11. | Laska gimnastyczna długość 120-125cm | szt | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 12. | Laska gimnastyczna długość 70-90 cm | szt | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 13. | Laska gimnastyczna 150- 155cm | szt | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |  |
|  | Słownie wartość netto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Słownie wartość brutto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **CZĘŚĆ 9** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *lp* | *Nazwa artykułu:* ***Piłki rehabilitacyjne - 37441700-8: Piłki do ćwiczeń*** | ***J.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto*** | ***Stawka (%) VAT*** | ***Cena jedn. brutto***  *[kol. 5 + stawka VAT z kol. 6]* | ***Wartość netto***  *[kol. 4 x kol. 5]* | ***Wartość brutto***  *[kol. 4 x kol. 7]* | ***Nazwa producenta*** | ***Nr katalogowy lub inne oznaczenie identyfikacyjne*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Piłka rehabilitacyjna 45-50cm | szt | 2 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 2. | Piłka rehabilitacyjna 55-60cm | szt | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 3. | Piłka rehabilitacyjna 65-70cm | szt | 2 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 4. | Piłka rehabilitacyjne 100-105cm | szt | 2 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 5. | Piłka miękka ogólnorozwojowa 25-27 cm | szt | 3 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 6. | Półjeże sensoryczne XL Średnica - 18 -19 cm | kpl | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 7 | Piłeczki sensoryczne do akupresury z kolcami w zestawie 4 szt o rozmiarach 7 cm/ 8 cm/9cm/ 10 cm (+/- 1 cm) | klp | 4 |  | 23 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |  |
|  | Słownie wartość netto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Słownie wartość brutto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **CZĘŚĆ 10** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *lp* | *Nazwa artykułu:* ***Podwieszki do UGULA - 33155000-1: Przyrządy do fizykoterapii*** | ***J.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto*** | ***Stawka (%) VAT*** | ***Cena jedn. brutto***  *[kol. 5 + stawka VAT z kol. 6]* | ***Wartość netto***  *[kol. 4 x kol. 5]* | ***Wartość brutto***  *[kol. 4 x kol. 7]* | ***Nazwa producenta*** | ***Nr katalogowy lub inne oznaczenie identyfikacyjne*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Linka 2450-2500 mm z dwoma bloczkami | szt | 4 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 2. | Podwieszka za miednicę wielkość: 21x73 cm | szt | 16 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 3. | Podwieszka kolanowa o wymiarach 8x57 cm | szt | 32 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 4. | Linka do ćwiczeń 160 - 165cm | szt | 32 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 5. | Podwieszka dwustawowa - pelota – 160 x 80 mm, pasek – 135 x 40 mm | szt | 20 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| **Tolerancja wymiaru +/- 5% RAZEM** | | | | | | |  |  |  |  |
|  | Słownie wartość netto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Słownie wartość brutto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **CZĘŚĆ 11** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *lp* | *Nazwa artykułu:* ***Mata do ćwiczeń - 37421000-5: Maty gimnastyczne*** | ***J.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto*** | ***Stawka (%) VAT*** | ***Cena jedn. brutto***  *[kol. 5 + stawka VAT z kol. 6]* | ***Wartość netto***  *[kol. 4 x kol. 5]* | ***Wartość brutto***  *[kol. 4 x kol. 7]* | ***Nazwa producenta*** | ***Nr katalogowy lub inne oznaczenie identyfikacyjne*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Mata do ćwiczeń 15cmx60cmx190cm | szt | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 2. | Zestaw mat ortopedycznych 12 elementowy | szt | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 3. | Mata gimnastyczna 200 x 60 x 1,5 cm | szt | 4 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| **Tolerancja wymiaru +/- 5% RAZEM** | | | | | | |  |  |  |  |
|  | Słownie wartość netto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Słownie wartość brutto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **CZĘŚĆ 12** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *lp* | *Nazwa artykułu:* ***Krzesło do masażu- 33155000-1: Przyrządy do fizykoterapii*** | ***J.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto*** | ***Stawka (%) VAT*** | ***Cena jedn. brutto***  *[kol. 5 + stawka VAT z kol. 6]* | ***Wartość netto***  *[kol. 4 x kol. 5]* | ***Wartość brutto***  *[kol. 4 x kol. 7]* | ***Nazwa producenta*** | ***Nr katalogowy lub inne oznaczenie identyfikacyjne*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Krzesło do masażu z regulacją skokową i sprężyną gazową | szt | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 2. | Krzesło do masażu z wielopłaszczyznową regulacją podgłówka w pozycjach góra-dół i półki pod ramiona | szt | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |  |
|  | Słownie wartość netto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Słownie wartość brutto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **CZĘŚĆ 13** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *lp* | *Nazwa artykułu:* ***Meble biurowe - 39130000-2: Meble biurowe*** | ***J.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto*** | ***Stawka (%) VAT*** | ***Cena jedn. brutto***  *[kol. 5 + stawka VAT z kol. 6]* | ***Wartość netto***  *[kol. 4 x kol. 5]* | ***Wartość brutto***  *[kol. 4 x kol. 7]* | ***Nazwa producenta*** | ***Nr katalogowy lub inne oznaczenie identyfikacyjne*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Krzesło drewniane z drewnianymi podłokietnikami i tapicerka ze skóry syntetycznej. | szt | 1 |  | 23 |  |  |  |  |  |
| 2. | Krzesło na stelażu metalowym z siedziskiem i oparciem z tworzywa sztucznego. | szt | 26 |  | 23 |  |  |  |  |  |
| 3. | Biurko narożne recepcyjne z nadstawką 200x120x115cm | szt | 1 |  | 23 |  |  |  |  |  |
| 4. | Szafeczka drzwiowa na klucze do biurka narożnego recepcyjnego zamykana na kluczyk 25x12x30 | szt | 1 |  | 23 |  |  |  |  |  |
| 5. | Krzesło biurowe ze skóry ekologicznej | szt | 2 |  | 23 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |  |
|  | Słownie wartość netto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Słownie wartość brutto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **CZĘŚĆ 14** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *lp* | *Nazwa artykułu:* ***Lustro korekcyjne- 38622000-1 : Lustra*** | ***J.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto*** | ***Stawka (%) VAT*** | ***Cena jedn. brutto***  *[kol. 5 + stawka VAT z kol. 6]* | ***Wartość netto***  *[kol. 4 x kol. 5]* | ***Wartość brutto***  *[kol. 4 x kol. 7]* | ***Nazwa producenta*** | ***Nr katalogowy lub inne oznaczenie identyfikacyjne*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Lustro korekcyjne ze skrzydłami metalowe trzyczęściowe ;195x 140cm | szt | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 2 | Lustro ścienne 150x200cm przyklejane na ścianę | szt | 1 |  | 23 |  |  |  |  |  |
| 3 | Lustro ścienne 100x180 cm przyklejane na ścianę | szt | 1 |  | 23 |  |  |  |  |  |
| **Tolerancja wymiaru +/- 5% RAZEM** | | | | | | |  |  |  |  |
|  | Słownie wartość netto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Słownie wartość brutto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **CZĘŚĆ 15** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *lp* | *Nazwa artykułu:* ***Urządzenia treningowe- 37441900-0: Urządzenia do treningu urozmaiconego*** | ***J.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto*** | ***Stawka (%) VAT*** | ***Cena jedn. brutto***  *[kol. 5 + stawka VAT z kol. 6]* | ***Wartość netto***  *[kol. 4 x kol. 5]* | ***Wartość brutto***  *[kol. 4 x kol. 7]* | ***Nazwa producenta*** | ***Nr katalogowy lub inne oznaczenie identyfikacyjne*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Pasy treningowe do ćwiczeń z regulacją taśmy: 200 - 290 cm, długość ramienia 100-145 cm | szt | 2 |  | 23 |  |  |  |  |  |
| 2. | Trener równowagi z linkami -BOSU | szt | 2 |  | 23 |  |  |  |  |  |
| 3. | Trener równowagi BOSU , ciężar osoby wiszącej max. 136 kg. | szt | 2 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 4 | Step do aerobiku z 3-stopniową regulacja | szt | 2 |  | 23 |  |  |  |  |  |
| 5 | Drążek do drabinek gimnastycznych | szt | 1 |  | 23 |  |  |  |  |  |
| 6 | Gumy do ćwiczeń - w zestawie 4 gumy. | szt | 1 |  | 23 |  |  |  |  |  |
| 7 | Poduszka sensoryczna o średnicy 30-35 cm | szt | 1 |  | 23 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |  |
|  | Słownie wartość netto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Słownie wartość brutto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **CZĘŚĆ 16** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *lp* | *Nazwa artykułu:* ***Rower rehabilitacyjny- 33155000-1: Przyrządy do fizykoterapii*** | ***J.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto*** | ***Stawka (%) VAT*** | ***Cena jedn. brutto***  *[kol. 5 + stawka VAT z kol. 6]* | ***Wartość netto***  *[kol. 4 x kol. 5]* | ***Wartość brutto***  *[kol. 4 x kol. 7]* | ***Nazwa producenta*** | ***Nr katalogowy lub inne oznaczenie identyfikacyjne*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Rower rehabiltacyjny treningowy z magnetycznym układem oporu i elektromagnetycznym układem hamulcowym(EMS) | szt | 2 |  | 23 |  |  |  |  |  |
| 2 | Rotor elektryczny kończyn dolnych i górnych. | szt | 2 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |  |
|  | Słownie wartość netto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Słownie wartość brutto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **CZĘŚĆ 17** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *lp* | *Nazwa artykułu:* ***Szyna do ćwiczeń- 33155000-1: Przyrządy do fizykoterapii*** | ***J.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto*** | ***Stawka (%) VAT*** | ***Cena jedn. brutto***  *[kol. 5 + stawka VAT z kol. 6]* | ***Wartość netto***  *[kol. 4 x kol. 5]* | ***Wartość brutto***  *[kol. 4 x kol. 7]* | ***Nazwa producenta*** | ***Nr katalogowy lub inne oznaczenie identyfikacyjne*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Szyna do ćwiczeń biernych stawu barkowego. | szt | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 2 | Szyna do ćwiczeń biernych kończyny dolnej z programowalnym pilotem | szt | 2 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |  |
|  | Słownie wartość netto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Słownie wartość brutto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **CZĘŚĆ 18** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *lp* | *Nazwa artykułu:* ***Stół do masażu - 33155000-1: Przyrządy do fizykoterapii*** | ***J.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto*** | ***Stawka (%) VAT*** | ***Cena jedn. brutto***  *[kol. 5 + stawka VAT z kol. 6]* | ***Wartość netto***  *[kol. 4 x kol. 5]* | ***Wartość brutto***  *[kol. 4 x kol. 7]* | ***Nazwa producenta*** | ***Nr katalogowy lub inne oznaczenie identyfikacyjne*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Dwuczęsciowy stół do masażu i rehabilitacji z elektryczną regulacją wysokości za pomocą ramy wokół podstawy stołu | szt | 2 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 2 | Dwuczęściowy stół do masażu i rehabilitacji z elektryczna regulacją wysokości za pomocą pilota ręcznego | szt | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |  |
|  | Słownie wartość netto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Słownie wartość brutto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **CZĘŚĆ 19** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *lp* | *Nazwa artykułu:* ***Leżanka do fizykoterapii - 33155000-1: Przyrządy do fizykoterapii*** | ***J.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto*** | ***Stawka (%) VAT*** | ***Cena jedn. brutto***  *[kol. 5 + stawka VAT z kol. 6]* | ***Wartość netto***  *[kol. 4 x kol. 5]* | ***Wartość brutto***  *[kol. 4 x kol. 7]* | ***Nazwa producenta*** | ***Nr katalogowy lub inne oznaczenie identyfikacyjne*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Metalowa leżanka do badań i prostych zabiegów rehabilitacyjnych z regulowanym zagłówkiem od 0° do 50° | szt | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 2 | Leżanka drewniana do fizykoterapii z regulowanym podgłówkiem od 0° lub 35 ° | szt | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |  |
|  | Słownie wartość netto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Słownie wartość brutto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **CZĘŚĆ 20** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *lp* | *Nazwa artykułu:* ***Sprzęty do ćwiczeń - 33155000-1: Przyrządy do fizykoterapii*** | ***J.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto*** | ***Stawka (%) VAT*** | ***Cena jedn. brutto***  *[kol. 5 + stawka VAT z kol. 6]* | ***Wartość netto***  *[kol. 4 x kol. 5]* | ***Wartość brutto***  *[kol. 4 x kol. 7]* | ***Nazwa producenta*** | ***Nr katalogowy lub inne oznaczenie identyfikacyjne*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Przyrząd PS-K  potocznie zwany jako krzyżak, przeznaczony jest do ćwiczeń stawu skokowego: wolnych i z obciążeniem w osi wzdłużnej i poprzecznej stopy | szt | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 2 | Trener równowagi typu Aero-Step do ćwiczenia równowagi | szt | 1 |  | 23 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |  |
|  | Słownie wartość netto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Słownie wartość brutto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **CZĘŚĆ 21** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *lp* | *Nazwa artykułu:* ***Tablica do ćwiczeń - 33155000-1: Przyrządy do fizykoterapii*** | ***J.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto*** | ***Stawka (%) VAT*** | ***Cena jedn. brutto***  *[kol. 5 + stawka VAT z kol. 6]* | ***Wartość netto***  *[kol. 4 x kol. 5]* | ***Wartość brutto***  *[kol. 4 x kol. 7]* | ***Nazwa producenta*** | ***Nr katalogowy lub inne oznaczenie identyfikacyjne*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Tablica do ćwiczeń manualnych (z oporem) przeznaczona do rehabilitacji dłoni i przedramienia. | szt | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 2 | Tablica do ćwiczeń manualnych (bez oporu) przeznaczona do rehabilitacji dłoni i przedramienia. | szt | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |  |
|  | Słownie wartość netto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Słownie wartość brutto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **CZĘŚĆ 22** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *lp* | *Nazwa artykułu:* ***Lampa solux - 33155000-1: Przyrządy do fizykoterapii*** | ***J.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto*** | ***Stawka (%) VAT*** | ***Cena jedn. brutto***  *[kol. 5 + stawka VAT z kol. 6]* | ***Wartość netto***  *[kol. 4 x kol. 5]* | ***Wartość brutto***  *[kol. 4 x kol. 7]* | ***Nazwa producenta*** | ***Nr katalogowy lub inne oznaczenie identyfikacyjne*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| *1.* | Lampa solux | kpl | 2 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 2. | Okulary do lampy Sollux dla terapeuty w trakcie zabiegów światłolecznictwa | szt | 2 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 3 | Okulary do lampy Sollux dla pacjenta w trakcie zabiegów światłolecznictwa z regulacją zauszników | szt | 2 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 4 | Filtr do lampy solux -niebieski | szt | 2 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| 5 | Filtr do lampy solux -czerwony | szt | 2 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |  |
|  | Słownie wartość netto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Słownie wartość brutto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **CZĘŚĆ 23** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *lp* | *Nazwa artykułu:* ***Draco do ćwiczeń układu skokowego- 33155000-1: Przyrządy do fizykoterapii*** | ***J.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto*** | ***Stawka (%) VAT*** | ***Cena jedn. brutto***  *[kol. 5 + stawka VAT z kol. 6]* | ***Wartość netto***  *[kol. 4 x kol. 5]* | ***Wartość brutto***  *[kol. 4 x kol. 7]* | ***Nazwa producenta*** | ***Nr katalogowy lub inne oznaczenie identyfikacyjne*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Draco urzadzenie do ćwiczeń stawu skokowego | kpl | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |  |
| Słownie wartość netto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Słownie wartość brutto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **CZĘŚĆ 24** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *lp* | *Nazwa artykułu:* ***Cykloergometr- 33155000-1: Przyrządy do fizykoterapii*** | ***J.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto*** | ***Stawka (%) VAT*** | ***Cena jedn. brutto***  *[kol. 5 + stawka VAT z kol. 6]* | ***Wartość netto***  *[kol. 4 x kol. 5]* | ***Wartość brutto***  *[kol. 4 x kol. 7]* | ***Nazwa producenta*** | ***Nr katalogowy lub inne oznaczenie identyfikacyjne*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. | Cykloergometr z certyfikatem medycznym do prób wysiłkowych | kpl | 1 |  | 8 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | | |  |  |  |  |
| Słownie wartość netto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Słownie wartość brutto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**ZAMAWIAJĄCY:**

|  |
| --- |
| Nad Biebrzą Sp. z o.o., z siedzibą w Sokółce, przy ul. Torowej 12, 16-100 Sokółka, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Białymstoku, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 0001022373, REGON: 524609050, NIP: 5451826503, kapitał zakładowy: 5 000,00zł |

*Znak sprawy: NB.DZ-DK.Db.263.13.2024*

*Nazwa zamówienia: Dostawa sprzętu medycznego i wyposażenia dla oddziałów szpitalnych SP ZOZ w Sokółce.*

**Załącznik nr 1b**

## Zał. nr 1b ZESTAWIENIE PARAMETRÓW

***Tabelę Zestawienie parametrów należy złożyć wraz z ofertą***

**CZĘŚĆ – 1** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Wieża artroskopowa 4K z instalacją i uruchomieniem oraz z wyposażeniem gotowa do użycia fabrycznie nowa rok produkcji 2023 lub 2024 – 1kpl.**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia ………………………………………

Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagane parametry medyczno-techniczne | Parametr wymagany  TAK/NIE | Parametr oferowany |
|  | GŁOWICA KAMERY 4K- AUTOKLAWOWALNA |  |  |
|  | Rozdzielczość min. 3840x2160px natywne skan progresywny | TAK, podać |  |
|  | Chip typu CMOS | TAK, podać |  |
|  | Gamma kolorów 10-bit | TAK, podać |  |
|  | Dwa przyciski programowalne obsługujących 14 funkcji kamery, archiwizatora i źródła światła | TAK, podać |  |
|  | Zoom cyfrowy min. 1,5x | TAK, podać |  |
|  | Stosunek sygnału do szumu min 50 db, klasa wodoszczelności min IPX7 | TAK, podać |  |
|  | Autoklawowlana, gwarancja 7 lat na sterylizacje | TAK, podać |  |
|  | KONSOLA KAMERY 4K - ŹRÓDŁA ŚWIATŁA, STEROWNIK KAMERY I ARCHIWIZATOR MEDYCZNY POŁĄCZONE W JEDNEJ OBUDOWIE TYPU 3 W 1 | TAK, podać |  |
|  | Źródło światła: w technologii LED wbudowane w jedną konsolę 3w1 w pełni zintegrowane | TAK, podać |  |
|  | Żywotność diody LED min. 30000 godz. | TAK, podać |  |
|  | Wydajność oświetlenia: 1800 lumenów | TAK, podać |  |
|  | Temperatura barwowa: 5500-8500 K |  |  |
|  | Współczynnik CRI: 70, modulowana synchronizowaną szerokością impulsu | TAK, podać |  |
|  | Głowica obrotowa światłowodu do podłączenia światłowodów różnych producentów typu : ACMI, Storz, Wolf, Olympus | TAK, podać |  |
|  | Automatyczna regulacja strumienia świetlnego: zsynchronizowana szerokość impulsu z modulacją strumienia świetlnego | TAK, podać |  |
| 15 | Przycisk źródła światła "On / Standby" (gotowy do użycia w <1 sek.) | TAK, podać |  |
| 16 | Strumień świetlny odpowiadający mocy źródła Xenon powyżej 380W |  |  |
| 17. | Sterownik kamery: z przyciskiem balansu bieli, zapisywaniem i robieniem zdjęć, możliwości przeglądania i wyboru do eksportu poszczególnych filmów i zdjęć z poziomu nagrywarki | TAK, podać |  |
| 18. | Rozdzielczość sterownika kamey min. 4K UHD 3840 x 2160px | TAK, podać |  |
| 19. | Zastosowany typ części CF (cardiac floating), odporne na defibrylację | TAK, podać |  |
| 20. | Wyjścia video:  - 2 x DVI,  - 4x 3G-SDI,  - 2x displayport 1.1/1.2(MST) | TAK, podać |  |
| 21. | Wejścia video:  - 1 x DVI,  - 2x USB2.0  - 2x USB3.0 | TAK, podać |  |
| 22. | Gniazda komunikacyjne:  - 1xrs-232  - 1x audio IN,1x audio OUT,  - 2x mini-jack (gniazda sterujące pozwalające na sterowanie konsolą za pomocą przełącznika nożnego lub urządzenia zewnętrznego, oraz sterowanie przez zespół sterujący kamery urządzeniami zewnętrznymi za pomocą przycisków na głowicy kamery)  - złącze tabletu sterującego  - złącze Ethernet – izolowane 10/100 MB/s,  - złącze wyrównywania potencjałów POAG,  - gniazdo zasilania  - 2x opcjonalne gniazdo światłowodowe Matrix | TAK, podać |  |
| 23. | 2 gniazda USB z przodu konsoli do podłączenia dysku zewnętrznego oraz tabletu | TAK, podać |  |
| 24 | Częstotliwość odwieżania 59,94Hz |  |  |
| 25. | Stosunek sygnału do szumu: - >52db dla 4K - >48db dla HD | TAK, podać |  |
| 26. | Zakres balansu bieli: - 2500-9000K dla 4K - 2000-9000K dla HD | TAK, podać |  |
| 27. | Waga konsoli 6 - 7kg | TAK, podać |  |
| 28. | Możliwość sterowania źródłem światła z poziomu konsoli kamery, tabletu sterującego oraz głowicy kamery za pomocą programowalnych przycisków | TAK, podać |  |
| 29. | Wbudowany router wi-fi pozwalający na wykorzystanie łączności bezprzewodowej | TAK, podać |  |
| 30. | Funkcja streamingu na żywo obrazu z kamery za pomocą wbudowanego modułu Wi-Fi łącznie z przesyłam audio ze zdalnym dostępem przez przeglądarkę internetową w oparciu o IP, streaming chroniony hasłem | TAK, podać |  |
| 31. | Archiwizator medyczny: Pojemność pamięci wew. Dysku ssd 128 gb, przechwytywanie obrazu według standardowych formatów: jpg, bmp, raw pdf. Rejestracja filmów m.in. W formacie hd mpeg 4 | TAK, podać |  |
| 32. | Funkcja "obraz w obrazie", przełączanie między obrazem z kamery i wejścia video | TAK, podać |  |
| 33. | Funkcja "zdalnego wejścia" umożliwiająca dodanie pacjenta z zewnętrznego komputera działającego w sieci | TAK, podać |  |
| 34 | Wewnętrzna archiwizacja danych z możliwością podania danych operatora, placówki, rodzaju zabiegu i pacjenta (imię, nazwisko, płeć, numer identyfikacyjny, data urodzenia) | TAK, podać |  |
| 35. | Predefiniowanie ustawień preferencji operatorów oraz predefiniowanie ustawień procedur medycznych | TAK, podać |  |
| 36. | Min. 6-stopniowa skala wzmocnienia obrazu | TAK, podać |  |
| 37. | Możliwość eksportu zdjęć i plików video do różnych lokalizacji za pomocą wbudowanego Wi-Fi, kabla sieciowego bądź USB, adnotacje na obrazie w kółku lub za pomocą strzałki z tekstem, modyfikacja obrazu: jaskrawość, kontrast, nasycenie, tworzenie raportu z predefiniowanym tekstem, linkami, dokumentami i obrazami, możliwość przeglądania zapisanych pacjentów za pomocą dowolnego tabletu poprzez łącze internetowe | TAK, podać |  |
|  | TABLET |  |  |
| 38. | Tablet cyfrowy sterujący: zintegrowany z zestawem endoskopowym na osobnym wysięgniku z możliwością sterowania pompą i shaverem. Bezpośredni transfer podczas operacji zdjęć i obrazu na tablet. Wysłanie dokumentacji bezpośrednio mailem. Sterowanie za pomocą tabletu wszystkimi funkcjami zintegrowanej konsoli | TAK, podać |  |
| 39. | Przekątna wyświetlacza tabletu 10-12 cali o rozdzielczości min. 1920x1200px | TAK, podać |  |
| 40. | Ustawienia profili chirurgów z parametrami charakterystycznymi jak: indywidualne ustawienia przycisków na głowicy kamery, jakość nagrywanych filmów i zdjęć, parametrów wydruku raportu po zabiegu, przypisanie chirurgowi zabiegów z określonymi ustawieniami zabiegu | TAK, podać |  |
| 41. | Ustawienie listy zabiegów wraz z ustawieniami dla każdego zabiegu takimi jak: jasność, zoom, ustawienia gamy kolorów, wzmocnienie, okno autowykrywania, kontrast, ustawienia źródła światła | TAK, podać |  |
| 42. | Śródoperacyjna zmiany parametrów z poziomu tabletu : funkcje przycisków głowicy kamery, jasność, zoom, ustawienia kolorów, kontrast, okno automatycznej ekspozycji, balans bieli, PIP, ustawienia drukowania | TAK, podać |  |
| 43. | Graficzna informacja o procesie nagrywania wyświetlana na monitorze medycznym. | TAK, podać |  |
| 44. | Wyświetlanie wykonanego zdjęcia wraz z numerem porządkowym | TAK, podać |  |
| 45. | Wyświetlania na ekranie endoskopowym parametrów pracy ustawionych i aktualnych takich urządzeń jak: shaver, pompa, waporyzator, insuflator oraz ikony nagrywania filmy oraz licznik zrobionych zdjęć | TAK, podać |  |
| 46. | Zgodność ze standardem obrazowania cyfrowego i wymiany obrazów w medycynie (DICOM) | TAK, podać |  |
| 47. | Podłączenie drukarki do zastosowań medycznych poprzez port USB. | TAK, podać |  |
| 48. | Wyświetlanie parametrów urządzeń wieży na ekranie monitora | TAK, podać |  |
| 49. | Obsługa w języku polskim | TAK, podać |  |
| 50. | Rozszerzanie aplikacji sterownika o oprogramowania analizujące strukturę i ukrwienie chrząstki | TAK, podać |  |
|  | MEDYCZNY MONITOR 4K |  |  |
| 52. | Podświetlenie LED | TAK, podać |  |
| 53. | Format obrazu 16:9 / 30-32 CALA | TAK, podać |  |
| 54. | Matryca IPS w ochronnym szkle - przyklejone szkło ochronne, co oznacza, że nie ma ryzyka zaparowania monitora w wilgotnych warunkach | TAK, podać |  |
| 55. | Eliminacja migotania obrazu na wszystkich poziomach jasności | TAK, podać |  |
| 56. | Ochrona przeciwpyłowa i wodoodporność (Front / Tył) min. IP35/IP32 | TAK, podać |  |
| 57. | Rozdzielczość ekranu: 3840x2160px | TAK, podać |  |
| 58. | Funkcja PIP (obraz w obrazie),PBP (obraz przy obrazie),odbicie lustrzane i funkcja rotacji obrazu | TAK, podać |  |
| 59. | Kąt widzenia min. 178 stopni poziomo i pionowo | TAK, podać |  |
| 60. | Jasność 800cd/m² | TAK, podać |  |
| 61. | Współczynnik kontrastu 1000:1 | TAK, podać |  |
| 62. | Sterowanie za pomocą dotykowej klawiatury z włącznikiem | TAK, podać |  |
| 63. | Wejścia wideo min.:1x DP 1.2 , 1xDVI, 1x3G-SDI, 1x HDMI 2.0 | TAK, podać |  |
| 64. | Wyjście wideo min.: DP 1.2, 1x 3G-SDI, 1 x DVI | TAK, podać |  |
| 65. | Waga monitora 12-13kg | TAK, podać |  |
| 66. | Wymiary monitora bez podstawy 760-770 x 480-485 x 94-97 mm | TAK, podać |  |
| 67. | Menu OSD w języku polskim. | TAK, podać |  |
| 68. | Czas reakcji Matrycy LCD 9ms | TAK, podać |  |
|  | KONSOLA SHAVERA |  |  |
| 69. | Wielofunkcyjna konsola napędu chirurgicznego do rękojeści shavera i napędów elektrycznych | TAK, podać |  |
| 70. | Podłączenie i obsługi dwóch urządzeń jednocześnie | TAK, podać |  |
| 71. | Automatyczne rozpoznawanie końcówki roboczej | TAK, podać |  |
| 72. | Podłączenie i sterowania jednym i dwoma pedałami jednocześnie | TAK, podać |  |
| 73. | Min. 3 tryby pracy oscylacyjnej wybierane na ekranie dotykowym: standardowy, efektywny, agresywny | TAK, podać |  |
| 74. | Shaver : obroty prawo/lewo, max. 8000 obr./min.; oscylacja max. 3000 obr./min. | TAK, podać |  |
| 75. | Dotykowy ekran sterujący napędem | TAK, podać |  |
| 76. | Waga 6-7 kg | TAK, podać |  |
| 77. | Współpraca w systemie zintegrowanej Sali operacyjnej | TAK, podać |  |
| 78. | Wyświetlanie parametrów pracy shavera na ekranie endoskopowym | TAK, podać |  |
| 79. | Sterowanie poprzez ekran dotykowy | TAK, podać |  |
| 80. | Sterowanie ręczne możliwe także z podłączonym przełącznikiem nożnym | TAK, podać |  |
|  | RĘKOJEŚĆ SHAVERA |  |  |
| 81. | Rękojeść autoklawowalna pokryta materiałem PEEK | TAK, podać |  |
| 82. | Sterowanie przełącznikiem nożnym bądź w rękojeści z zintegrowanym przewodem sterująco-zasilającym długości 4-5m | TAK, podać |  |
| 83. | Metalowe przyciski sterujące w rękojeści shaver’a | TAK, podać |  |
| 84. | Możliwość sterowania przełącznikiem nożnym | TAK, podać |  |
| 85. | Zatrzaskowe mocowanie ostrzy w dwóch pozycjach w rękojeści shaver’a | TAK, podać |  |
| 86. | Obroty prawo/lewo: 8000 obr./min, oscylacja: 3000 rpm | TAK, podać |  |
| 87. | Współpraca uchwytu z ostrzami min. 2 mm – 5,85 mm | TAK, podać |  |
| 88. | Indywidualny doboru parametrów pracy w trybie oscylacji w zakresie ustawień: praca w trybie standard; praca w trybie efektywnym; praca w trybie agresywnym | TAK, podać |  |
| 89. | Możliwość sterowania parametrami ustawień shavera (obroty prawo/lewo, oscylacja) z przycisków w rękojeści | TAK, podać |  |
| 90. | Możliwość zmiany prędkości obrotów oscylacji z rękojeści shavera | TAK, podać |  |
| 95. | Regulacja ssania od 0 do 100% | TAK, podać |  |
| 96 | Współpraca z gamą ostrzy jednorazowymi w tym z ostrzem wiercącym śr. 1,5 mm do leczenia uszkodzeń chrząstki stawowej metodą mikrozłamań | TAK, podać |  |
| 97 | Współpraca uchwytu z ostrzami i frezami min. W zakresie min. 2,0 mm – 5,85 mm | TAK, podać |  |
| 98 | Odczepianie dźwigni regulujące ssanie celem dokładnego czyszczenia shaver’a | TAK, podać |  |
| 99 | Współpraca uchwytu z oryginalnymi ostrzami i frezami, jednorazowego użycia o następujących parametrach: ostrza pakowane sterylnie w opakowaniach jednostkowych. Ostrza typu frezy kostne dostępne w średnicach: 3,0-5,5mm i ostrza typu do tkanki miękkiej dostępne w średnicach : 2,0-5,5mm | TAK, podać |  |
| 100 | Ostrza kostne dostępne w wersji z sześcioma; ośmioma; dziesięcioma lub dwunastoma wyżłobieniami na części roboczej ostrza | TAK, podać |  |
| 101 | Ostrzy do małych stawów oraz ostrzy w wersji wydłużonej do biodra oraz ostrzy typu :  - Kątowa końcówka do shaver’a z funkcją mikrozłamań, zagięta pod kątem 30 lub 45 stopni o głębokości nawiercania 4 i 6 mm, średnica nawiercenia 1,5 mm,  - Końcówka do shaver’a, raszpla tnąca o szerokości 3,5 mm; 4,0 mm; 5,5 mm i grubości 2 mm | TAK, podać |  |
|  | POMPA ARTROSKOPOWA JEDNOROLKOWA |  |  |
| 1. | Dotykowy ekran do wprowadzania parametrów pracy urządzenia | TAK, podać |  |
| 2. | Predefiniowane ustawienia dla artroskopii kolana, stawu ramiennego, biodra i małych stawów (możliwość indywidualnej zmiany/zaprogramowania ustawień predefiniowanych) | TAK, podać |  |
| 3. | Automatyczna kontrola i samoregulacja ciśnienia wewnątrzstawowego w czasie rzeczywistym | TAK, podać |  |
| 4. | Funkcja ciągłej, niepulsacyjnej kontroli ciśnienia i płukania | TAK, podać |  |
| 5. | Funkcja płukania i zwiększenia ciśnienia dla powstrzymania krwawienia, możliwość indywidualnego zaprogramowania funkcji typu „płukanie” i funkcji typu „przemycie” | TAK, podać |  |
| 6. | Możliwość stosowania całodobowych drenów głównych z drenami pacjenta oraz drenów jednorazowych | TAK, podać |  |
| 7. | System zasilania automatycznie dostosowujący się do napięcia elektrycznego w miejscu instalacji | TAK, podać |  |
| 8. | Współpraca w systemie zintegrowanej Sali operacyjnej | TAK, podać |  |
| 9. | Współpraca z konsolą shavera i waporyzatorem poprzez dedykowany kabel | TAK, podać |  |
| 10. | Programowania reakcji pompy na pracę shavera i waporyzatora | TAK, podać |  |
| 11. | Współpraca z konsolą shavera poprzez automatyczny wzrost ciśnienia podczas użycia shavera w zakresie min. od 0 do 50% skokowo co 10% | TAK, podać |  |
| 12. | Funkcja płukania stawu poprzez zwiększenie ciśnienia programowane w zakresie min. od 0-50% co 5% i w czasie do 2 min | TAK, podać |  |
| 13. | Przepływ min.: 1500 ml/min | TAK, podać |  |
| 14. | Ciśnienie w zakresie min. od 10 do 120 mmHg, skokowo co 5 mmHg | TAK, podać |  |
| 15. | Funkcja bezpieczeństwa przy zbyt dużym ciśnieniu w stawie | TAK, podać |  |
| 16. | Sterowania za pomocą przełącznika nożnego, autoklawowalnego pilota przewodowego lub sterownik nożnego łączonego do pompy i shavera | TAK, podać |  |
| 17. | Waga urządzenia 6-7 kg | TAK, podać |  |
|  | KONSOLA DO WAPORYZACJI BIPOLARNEJ |  |  |
| 1. | System bipolarny (RF) do ablacji i koagulacji z mikroprocesorowym sterowaniem parametrami mocy wyjściowej | TAK, podać |  |
| 2. | Zastosowanie do procedur artroskopii: - kolana - barku - biodra | TAK, podać |  |
| 3. | Dotykowy ekran LCD | TAK, podać |  |
| 4. | Moc wyjściowa cięcia min. 390W | TAK, podać |  |
| 5. | Moc wyjściowa koagulacji min. 170W | TAK, podać |  |
| 6. | Praca w systemie bipolarnym | TAK, podać |  |
| 7. | Podłączenie sterownika nożnego | TAK, podać |  |
| 8. | Wyświetlenia parametrów pracy waporyzatora w czasie rzeczywistym na ekranie monitora endoskopowego | TAK, podać |  |
| 9. | Końcówka z funkcją detekcji optyki w pobliżu części dystalnej, automatycznie zmniejszająca moc, zabezpieczając optykę przed uszkodzeniem | TAK, podać |  |
| 10. | Dwuprzyciskowa, sterylna elektroda ablacyjno - koagulacyjna do procedur artroskopowych | TAK, podać |  |
| 11. | Sterowana za pomocą przycisków umieszczonych na jej obudowie (2 przyciski) lub ze sterownika nożnego | TAK, podać |  |
| 12. | Elektroda dostępna w wersji ze ssaniem | TAK, podać |  |
| 13. | Waga 6-7 kg | TAK, podać |  |
| 14. | Współpraca w systemie zintegrowanej Sali operacyjnej | TAK, podać |  |
| 15. | Końcówki zagięte pod kątem 90\*; 90\* w wersji wydłużonej oraz w wersji haczyka | TAK, podać |  |
|  | WÓZEK ARTROSKOPOWY Z OSŁONĄ KABLI |  |  |
| 1. | Wózek jezdny z możliwością blokady ruchu, 4 antystatyczne koła wyposażone w nakładki zapobiegjące najechaniu na przewód poprzez jego wypchnięcie w chwili zetknięcia, nie mające styku z płaszczyzną ruchu | TAK, podać |  |
| 2. | Dostosowany do szerokości i ilości sprzętu, z panelem zasilającym wraz z głównym wyłącznikiem prądu w postaci przycisku z boku wózka | TAK, podać |  |
| 3. | Modyfikacja konfiguracji wózka przez użytkownika | TAK, podać |  |
| 4. | Min. 5 półek w tym min. 1 półka wysuwana, oraz 1x szuflada | TAK, podać |  |
| 5. | Obciążenie półki maksymalne 30 kg, nośność szuflady maksymalnie 20 kg | TAK, podać |  |
| 6. | Uchwyt do mocowania soli fizjologicznej | TAK, podać |  |
| 7. | Uchwyt na kamerę, oraz przełącznik nożny | TAK, podać |  |
| 8. | Zacisk do bezpiecznego chwytania drenów dobowych | TAK, podać |  |
| 9. | Wbudowany system przepięciowy z transformatorem izolującym z możliwością wykonania testu za pomocą dedykowanego przycisku | TAK, podać |  |
| 10. | Wysięgnik/stojak pod monitor min 32 cale | TAK, podać |  |
| 11. | Ruchome ramię pod tablet sterujący | TAK, podać |  |
| 12. | Kabel integracyjny do urządzeń endoskopowych | TAK, podać |  |
| 13. | Wyposażony w centralny kabel zasilający wraz z kablem dodatkowego uziemienia | TAK, podać |  |
| 14. | Ukryta w ramie listwa zasilająca z kablami indywidualnymi o zróżnicowanej długości służącymi do zasilania urządzeń peryferyjnych | TAK, podać |  |
| 15. | Tylne drzwiczki z możliwością zamknięcia | TAK, podać |  |
| 16. | Tylne drzwiczki wyposażone w otwór dedykowany do ułatwionego wyprowadzenia kabli | TAK, podać |  |
| 17. | Wózek wyposażony łącznie w min. 15 dostępnych złącz typu IEC (8 złącz ukrytych w ramie wózka oraz 7 dostępnych złącz umiejscowionych poniżej dolnej płaszczyzny wózka) | TAK, podać |  |
|  | OPTYKA ARTROSKOPOWA 1szt - 2,7MM i 4szt - 4MM Z PŁASZCZEM, TROKAREM I KASETĄ DO STERLIZACJI |  |  |
| 1. | Optyka artroskopowa 4K | TAK, podać |  |
| 2. | Kąt patrzenia 30 stopni | TAK, podać |  |
| 3. | Autoklawowalna | TAK, podać |  |
| 4. | Wyposażona w min. 3 adaptery do połącznia z różnymi typami światłowodów. Wymiary: 2,7 i 4,0 mm x 152,5 mm | TAK, podać |  |
| 5. | Płaszcz artroskopowy z dwoma zaworami obrotowymi dla optyki o średnicy 4.0 mm. Autoklawowalny | TAK, podać |  |
| 6. | Obturator ołówkowy, konikalny z uchwytem do płaszcza artroskopowego do optyki o średnicy 2,7 i 4mm. autoklawowalny | TAK, podać |  |
| 7. | Kosz sterylizacyjny średniej wielkości do sterylizacji sześciu elementów artroskopowych. Dodatkowo na wyposażeniu mata zabezpieczająca oraz pokrywa | TAK, podać |  |
|  | ŚWIATŁOWODY do optyk 2,7mm i 4mm |  |  |
| 1. | W przezroczystej osłonie, dającej możliwość oceny stanu uszkodzeń włókien światłowodowych | TAK, podać |  |
| 2, | Światłowód niebieski |  |  |
| 3. | Końcówka światłowodu wychodząca z konsoli źródła światła wzmocniona i zagięta kątowo | TAK, podać |  |
| 4. | Wymiary: 5,0 mm x 270-280 cm - 4mm | TAK, podać |  |
| 5. | Wymiary: 3,5 mm x 270-280 cm - 2,7mm |  |  |
|  |  |  |  |
| 1. | Czas reakcji serwisu po zgłoszeniu awarii aparatu w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym max 72h w dni robocze | TAK |  |
| 2. | W przypadku naprawy powyżej 3 dni poza siedziba zamawiającego zapewnić urządzenie zastępcze o zbliżonych parametrach i funkcjonalności | TAK |  |
| 3. | Szkolenie personelu w zakresie obsługi urządzenia min. jedno | TAK |  |
| 4. | Urządzenia fabrycznie nowe gotowe do użycia | TAK |  |
| 5. | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 6. | Serwisant adres, kontakt | TAK, podać |  |
| 7. | W okresie gwarancyjnym bezpłatne przeglądy okresowe łącznie z wpisem do paszportu i bezpłatną wymiana części przewidzianą przez producenta | TAK, podać częstotliwość |  |

UWAGA: Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogu lub prospekcie lub ulotce producenta, itp., załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 2** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Pozycjoner barku z wyposażeniem gotowy do użycia fabrycznie nowy rok produkcji 2023 lub 2024 – 1kpl.**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagane parametry medyczno-techniczne | Parametr wymagany  TAK/NIE | Parametr oferowany |
|  | POZYCJONER LEŻAKOWY DO BARKU |  |  |
|  | Pozycjoner umożliwiający przeprowadzenie operacji w obrębie barku w pozycji siedzącej , łatwe w użyciu i ochronne pozycjonowanie głowy, wolnoprzesuwny pozycjoner głowicy chroni szyję pacjenta podczas podnoszenia i opuszczania stołu. Umożliwienie nieograniczonego dostępu tylnego i bocznego. Całkowicie zdejmowane składane panele naramienne, co umożliwia łatwy dostęp do barku podczas operacji. Tłok wspomagający podnoszenie obsługuje do 36 - 37 kg masy górnej części ciała pacjenta, umożliwia prawie bezwysiłkowe pozycjonowanie. Dopuszczalna masa pacjenta do mni. 220 kg. Funkcja przesuwania bocznego umożliwiająca operatorowi maksymalne zbliżenie pacjenta do krawędzi stołu operacyjnego, co zapewnia większy dostęp do miejsca operacji. Waga urządzenia do 13 – 14 kg. bez paneli | TAK, podać |  |
|  | UNIWERSALNY NASTAWNIK GŁOWY |  |  |
| 2. | Pozycjoner głowy z uchwytami kompatybilny z pozycjonerem z poz. 1 | TAK, podać |  |
|  | Zacisk do pozycjonera |  |  |
| 3. | Zaciski szynowe kompatybilne z pozycjonerem z poz. 1 | TAK, podać |  |
|  |  |  |  |
| 1. | Czas reakcji serwisu po zgłoszeniu awarii aparatu w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym max 72h w dni robocze | TAK |  |
|  | W przypadku naprawy powyżej 3 dni poza siedziba zamawiającego zapewnić urządzenie zastępcze o zbliżonych parametrach i funkcjonalności | TAK |  |
|  | Szkolenie personelu w zakresie obsługi urządzenia min. jedno | TAK |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe gotowe do użycia | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | Serwisant adres, kontakt | TAK, podać |  |
|  | W okresie gwarancyjnym bezpłatne przeglądy okresowe łącznie z wpisem do paszportu i bezpłatną wymiana części przewidzianą przez producenta | TAK, podać częstotliwość |  |

UWAGA: Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 3** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Stabilizatory zewnętrzne z wyposażeniem gotowe do użycia fabrycznie nowe rok produkcji 2023 lub 2024 – 1kpl.**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagane parametry medyczno-techniczne | Parametr wymagany  TAK/NIE | Parametr oferowany |
|  | STABILIZATOR ZEWNĘTRZNY - SYSTEM „S” |  |  |
|  | Łączniki pręt - grotowkręt - wyposażony w system wstępnego mocowania, umożliwiający dowolne blokowanie elementów wobec siebie w zakresie 360°. Wielokrotnego użytku. Możliwość zastosowania prętów o średnicy 4 mm, oraz grotowkrętów o średnicy 2,5-4mm | TAK, podać |  |
|  | Łączniki pręt – pręt - wyposażone w system wstępnego mocowania, umożliwiające dowolne blokowanie elementów wobec siebie w zakresie 360°. Kompatybilne z belkami o średnicy 4mm. Wielokrotnego użytku | TAK, podać |  |
|  | Łącznik multifunkcyjny wielokrotnego użytku | TAK, podać |  |
|  | Belki współpracujące z łącznikiem multifunkcyjnym – belka prosta, belka wygięta 30° | TAK, podać |  |
|  | Pręty wykonane z włókna węglowego, bezpieczne dla rezonansu magnetycznego, przezierne dla promieni RTG o średnicy Ø4mm, o długościach w zakresie 60-200 mm. Wielokrotnego uzytku | TAK, podać |  |
|  | STABILIZATOR ZEWNĘTRZNY - SYSTEM „M” |  |  |
|  | Łączniki pręt - grotowkręt - wyposażony w system wstępnego mocowania, umożliwiający dowolne blokowanie elementów wobec siebie w zakresie 360°. Wielokrotnego użytku. Możlliwośc zastosowania grotowkrętów o średnicy 3-5 mm oraz prętów węglowych o średnicy 8 mm. | TAK, podać |  |
|  | Łączniki pręt – pręt - wyposażone w system wstępnego mocowania, umożliwiające dowolne blokowanie elementów wobec siebie w zakresie 360°. Dedykowane dla prętów węglowych i średnicy 8 mm. Wielokrotnego użytku. | TAK, podać |  |
|  | Łącznik multifunkcyjny. Wielokrotnego użytku | TAK, podać |  |
|  | Belki współpracujące z łącznikiem multifunkcyjnym – belka prosta, belka wygięta 30°, belka wygięta 90°. Wielokrotnego użytku | TAK, podać |  |
|  | Pręty wykonane z włókna węglowego, bezpieczne dla rezonansu magnetycznego, przezierne dla promieni RTG o średnicy Ø8mm, o długościach w zakresie 120-400 mm. Wielokrotnego uzytku | TAK, podać |  |
|  | STABILIZATOR ZEWNĘTRZNY - SYSTEM „L” |  |  |
|  | Łączniki pręt - grotowkręt - wyposażony w system wstępnego mocowania, umożliwiający dowolne blokowanie elementów wobec siebie w zakresie 360°. Wielokrotnego użytku. Przeznaczone dla grotowkrętów o średnicy 4-6mm; oraz prętom węglowym i średnicy 11 mm. | TAK, podać |  |
|  | Łączniki pręt – pręt - wyposażone w system wstępnego mocowania, umożliwiające dowolne blokowanie elementów wobec siebie w zakresie 360° Dedykowane prętom węglowym i średnicy 11 mm. Wielokrotnego użytku | TAK, podać |  |
|  | Łącznik multifunkcyjny wielokrotnego użytku. | TAK, podać |  |
|  | Belki współpracujące z łącznikiem multifunkcyjnym – belka prosta, belka wygięta 30°, belka wygięta 90°. Wielokrotnego użytku. | TAK, podać |  |
|  | Pręty wykonane z włókna węglowego, bezpieczne dla rezonansu magnetycznego, przezierne dla promieni RTG o średnicy Ø11mm, o długościach w zakresie 100-500 mm. Wielokrotnego użytko | TAK, podać |  |
|  | Grotowkręty Schanza o średnicach Ø2,5-6 mm, materiał tytan. Elementy jednorazowego użytku, do implantacji | TAK, podać |  |
|  |  | TAK, podać |  |
|  | Czas reakcji serwisu po zgłoszeniu awarii aparatu w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym max 72h w dni robocze | TAK |  |
|  | W przypadku naprawy powyżej 3 dni poza siedziba zamawiającego zapewnić urządzenie zastępcze o zbliżonych parametrach i funkcjonalności | TAK |  |
|  | Szkolenie personelu w zakresie obsługi urządzenia min. jedno | TAK |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe gotowe do użycia | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | Serwisant adres, kontakt | TAK, podać |  |
|  | W okresie gwarancyjnym bezpłatne przeglądy okresowe łącznie z wpisem do paszportu i bezpłatną wymiana części przewidzianą przez producenta | TAK, podać częstotliwość |  |

UWAGA: Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 4** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Pozycjoner biodra z wyposażeniem gotowy do użycia fabrycznie nowy rok produkcji 2023 lub 2024 – 1kpl.**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Wymagane parametry medyczno-techniczne | Parametr wymagany  TAK/NIE | Parametr oferowany |
|  | Aktywny wyciąg biodra (lewa noga/prawa noga), wyciąg połączony z dokładką przegubem kulowym, ergonomiczna regulacja położenia nogi za pomocą jednego pokrętła - 1 para | TAK, podać |  |
|  | Dokładka do stołu operacyjnego kompatybilna z wyciągiem do biodra, mocowana na szyny boczne - 1 szt | TAK, podać |  |
|  | Złączka mocująca dokładkę do stołu operacyjnego 2 szt | TAK, podać |  |
|  | Mocowanie stopy (lewa/prawa) system trzypunktowego mocowanie stopy, regulacja ustawienie stopy na przegubie kulowym - 1 para | TAK, podać |  |
|  | Gąbka usztywniająca do buta mocującego stopę, do trakcji biodra, lewy i prawy - 1 para | TAK, podać |  |
|  | Sworzeń do mocowania wałka blokującego 1 szt | TAK, podać |  |
|  | Podkładka pod pacjenta 1 szt | TAK, podać |  |
|  | Wałek blokujący średnica 20 cm 1 szt | TAK, podać |  |
|  | Aparat wyciągowy z podwójną regulacją | TAK |  |
|  | System wyposażony w uniwersalne buty gwarantujące maksymalną stabilność – 2 szt | TAK |  |
|  | Podwójny element wyciągowy systemu (lewa noga/prawa noga) wyposażony na końcu każdego wyciągu w pokrętło aktywujący pozycjonowanie kończyny dolnej w zakresie: przywodzenia, odwodzenia, zginania i wydłużania | TAK |  |
|  | System możliwy do zamontowania do dowolnego stołu chirurgicznego za pomocą zacisków do szyn bocznych. | TAK |  |
|  | System wyposażony w przegub kulowy umożliwiający pozycjonowanie kończyny w dowolnym kierunku | TAK |  |
|  | System kompatybilny z ramieniem C | TAK |  |
|  | Aluminiowa (anodowana) konstrukcja szyn nośnych systemu | TAK |  |
| 16. | Automatyczna blokada uniemożliwiająca ruch po zmianie położenia bioder | TAK |  |
| 17. | Czas reakcji serwisu po zgłoszeniu awarii aparatu w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym max 72h w dni robocze | TAK |  |
| 18. | W przypadku naprawy powyżej 3 dni poza siedziba zamawiającego zapewnić urządzenie zastępcze o zbliżonych parametrach i funkcjonalności | TAK |  |
| 19. | Szkolenie personelu w zakresie obsługi urządzenia min. jedno | TAK |  |
| 20. | Urządzenie fabrycznie nowe gotowe do użycia | TAK |  |
| 21. | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 22. | Serwisant adres, kontakt | TAK, podać |  |
| 23. | W okresie gwarancyjnym bezpłatne przeglądy okresowe łącznie z wpisem do paszportu i bezpłatną wymiana części przewidzianą przez producenta | TAK, podać częstotliwość |  |

UWAGA: Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 5** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Pozycjoner chirurgiczny z wyposażeniem gotowy do użycia fabrycznie nowy rok produkcji 2023 lub 2024 – 1kpl.**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | Wymagane parametry medyczno-techniczne | Parametr wymagany  TAK/NIE | **Parametr oferowany** |
| 1 | Element główny, hydrauliczny połączony na stałe z włącznikiem nożnym za pomocą elastycznego przewodu hydraulicznego. | TAK |  |
| 2. | System umożliwia pozycjonowanie zarówno kończynę górną jak i dolną za pomocą sterylizowanych końcówek mocujących. | TAK |  |
| 3. | System nie wymaga dodatkowego zasilania oraz smarowania. | TAK |  |
| 4. | Konstrukcja z włókna węglowego, składająca się z segmentu stałego oraz elementu teleskopowego połączonych przegubem kulowym. | TAK |  |
| 5. | Uniwersalna przejściówka przystosowana do sterylizacji parowej | TAK |  |
| 6. | Końcówka mocująca do kończyny górnej, umożliwiająca mocowanie kończyny w pozycji tzw. „Beach chair”, przystosowana do sterylizacji parowej | TAK |  |
| 7. | Końcówka mocująca do kończyny dolnej, przystosowana do sterylizacji parowej | TAK |  |
| 8. | Element wyciągowy z dynamometrem do zadawania napęcia na kończynę górną, wyposażony w dwie dodatkowe dźwignie: pierwsza umożliwiająca szybkie odblokowanie napięcia oraz druga dźwignia odpowiadająca za rotację kończyny | TAK |  |
| 9. | Końcówka mocująca kończynę górną do elementu wyciągowego | TAK |  |
| 10. | Końcówka mocująca element wyciągowy z jednorazową uprzężą na stopę | TAK |  |
| 11. | Zestaw sterylny – uprząż na stopę, pakowane jednostkowo, sterylnie w opakowania zbiorcze 10szt. | TAK |  |
| 12. | Zestaw sterylny – bark/ kolano, pakowane jednostkowo, sterylnie w opakowania zbiorcze 10szt. | TAK |  |
| 13. | Czas reakcji serwisu po zgłoszeniu awarii aparatu w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym max 72h w dni robocze | TAK |  |
| 14. | W przypadku naprawy powyżej 3 dni poza siedziba zamawiającego zapewnić urządzenie zastępcze o zbliżonych parametrach i funkcjonalności | TAK |  |
| 15. | Szkolenie personelu w zakresie obsługi urządzenia min. Jedno | TAK |  |
| 16. | Urządzenie fabrycznie nowe gotowe do użycia | TAK |  |
| 17. | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 18. | Serwisant adres, kontakt | TAK, podać |  |
| 19. | W okresie gwarancyjnym bezpłatne przeglądy okresowe łącznie z wpisem do paszportu i bezpłatną wymiana części przewidzianą przez producenta | TAK, podać częstotliwość |  |

UWAGA: Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 6** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Diatermia krótkofalowa z wyposażeniem gotowa do użycia fabrycznie nowa rok produkcji 2023 lub 2024 – 1 kpl.**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | Wymagane parametry medyczno-techniczne | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Nowoczesna diatermia krótkofalowa do terapii polem elektromagnetycznym wysokiej częstotliwości. Urządzenie winno pracować w trybie ciągłym lub impulsowym. | TAK, podać |  |
| 2. | Generowana częstotliwość 27-28 MHz | TAK, podać |  |
| 3. | Emisja pulsacyjna o cyklach pracy min. 10, 20, 50, 100, 400Hz | TAK, podać |  |
| 4. | Czas trwania impulsu w zakresie min. 65, 100, 200, 300, 400 µs | TAK, podać |  |
| 5. | Moc emisja ciągła 0 – 100 W; emisja pulsacyjna 0 – 200 W | TAK, podać |  |
| 6. | Zegar zabiegowy 1-30 minut z akustycznym sygnałem końca leczenia i zerowaniem mocy wyjsciowej | TAK, podać |  |
| 7. | Moduł automatycznego testowania aparatu podczas włączania | TAK |  |
| 8 | Kolorowy ekran dotykowy 5,7" | TAK |  |
| 9. | Uchwyt do przenoszenia kończyny | TAK |  |
| 10. | Wyposażenie: 2 gumowe aplikatory o wymiarach 12 x 18 cm; 6 podkładów filcowych dla aplikatorów gumowych; 2 bawełniane osłony; 2 taśmy elastyczne o wymiarach 122 cm do mocowania elektrod gumowych; zasilacz; wózek transportowy, ramię łamane w 4 miejscach, aplikator indukcyjny, przewód do aplikatora | TAK, podać |  |
| 11. | Waga urządzenia max 7,5kg | TAK, podać |  |
| 12. | W przypadku naprawy powyżej 3 dni poza siedziba zamawiającego zapewnić urządzenie zastępcze o zbliżonych parametrach i funkcjonalności | TAK |  |
| 13. | Montaż, szkolenie personelu w zakresie obsługi urządzenia min. jedno | TAK |  |
| 14. | Instrukcja obsługi w języku polskim (z dostawą) | TAK |  |
| 15. | Serwisant adres, kontakt | TAK |  |
| 16. | Czas reakcji serwisu po zgłoszeniu awarii aparatu w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym max 72h w dni robocze | TAK, podać |  |
| 17. | Gwarancja min. 24 miesięcy z bezpłatnymi przeglądami w okresie gwarancyjnym łącznie z wpisem do paszportu i bezpłatną wymiana części przewidzianą przez producenta | TAK, podać |  |

UWAGA: Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 7 poz 1** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia

**Laser biostymulacyjny z wyposażeniem gotowy do użycia fabrycznie nowy rok produkcji 2023 lub 2024 – 1 kpl.**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Aparat do laseroterapii biostymulacyjnej. Urządzenie współpracujące z sondami punktowymi oraz aplikatorami: skanującym i prysznicowym | TAK |  |
| 2 | Regulacja mocy 25 – 100 % | TAK, podać |  |
| 3 | Tryby pracy źródeł promieniowania ciągły, impulsowy | TAK, podać |  |
| 4 | Zakres częstotliwości 1 – 5000 Hz | TAK |  |
| 5 | Wypełnienie 25 – 75 %, impuls 50 µs | TAK, podać |  |
| 6 | Zegar zabiegowy min. 60 minut | TAK, podać |  |
| 7 | Zasilanie, pobór mocy 230 V, 50 Hz, max. 40 W | TAK, podać |  |
| 8 | Masa urządzenia 3-6 kg | TAK, podać |  |
| 9 | PROGRAMY ZABIEGOWE  uproszczona obsługa aparatu  jednostki chorobowe wybierane po nazwie  min. 30 programów dla sondy IR  18- 20 programów dla sondy R  min. 50 programów użytkownika  min. 8 programów z częstotliwością Nogiera  min. 30 programów z częstotliwością Volla | TAK, podać |  |
| 10 | SEKWENCJE ZABIEGOWE  uproszczona obsługa aparatu  min. 25 sekwencji dla aplikatorów skanujących | TAK, podać |  |
| 11 | RODZAJE APLIKATORÓW LASEROWYCH min.  aplikatorskanujący R+IR 100 mW + 450 mW | TAK, podać |  |
| 12 | Wyposażenie:przewód sieciowy,okulary ochronne, etykiety ostrzegawcze (1 kpl.)  wtyk blokady drzwi DOOR (1 szt.), bezpieczniki zapasowe (2 szt.) | TAK, podać |  |
| 13 | Czas reakcji serwisu po zgłoszeniu awarii aparatu w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym max 72h w dni robocze | TAK |  |
| 14 | W przypadku naprawy powyżej 3 dni poza siedziba zamawiającego zapewnić urządzenie zastępcze o zbliżonych parametrach i funkcjonalności | TAK |  |
| 15 | Montaż, szkolenie personelu w zakresie obsługi urządzenia min. jedno | TAK |  |
| 16 | Instrukcja obsługi w języku polskim (z dostawą) | TAK |  |
| 17 | Serwisant kontakt | TAK, podać |  |
| 18 | Gwarancja min. 24 miesięcy z bezpłatnymi przeglądami w okresie gwarancyjnym łącznie z wpisem do paszportu i bezpłatną wymiana części przewidzianą przez producenta | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 7 poz. 2** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Okulary ochronne do laseroterapii biostymulacyjnej**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Filtr ochronny w zakresie promieniowania 650-845 nm | TAK |  |
| 2 | Waga 45 g- 50g | TAK, podać |  |
| 3 | Rozstaw zauszników 150 mm – 155 mm | TAK, podać |  |
| 4 | Zauszniki o regulowanej długości | TAK |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ –7 poz. 3 ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.**

**Aparat do terapii ultradźwiękowej z wyposażeniem gotowy do użycia fabrycznie nowy rok produkcji 2023 lub 2024** – 1 kpl.

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Aparat pozwalający na wykonywanie zabiegów terapii ultradźwiękowej na schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego, bóle reumatyczne lub zwyrodnienia. | TAK |  |
| 2 | Masa aparatu max. 7kg | TAK, podać |  |
| 3 | Typ akumulatora Li-lon, pojemność akumulatora min 2200mAh | TAK/NIE |  |
| 4 | Zasilanie 230V, 50/60Hz | TAK |  |
| 5 | Wyświetlacz z panelem dotykowym min. 7”” | TAK, podać |  |
| 6 | Kanał zabiegowy | TAK, podać |  |
| 7 | Tryb manualny | TAK, podać |  |
| 8 | Możliwość wyboru jednostki chorobowej po nazwie lub dziedzinie | TAK, podać |  |
| 9 | Baza programów użytkownika | TAK, podać |  |
| 10 | Czestotliwość pracy min. 1 – 3,5MHz | TAK, podać |  |
| 11 | Efektywna powierzchnia promieniowania 1cm2 , 4cm2 | TAK, podać |  |
| 12 | Maksymalne natężenie fali ultradźwiękowej 2/3/W/cm2 | TAK |  |
| 13 | Czestotliwość w trybie pulsacyjnym 16Hz, 48Hz, 100Hz | TAK, podać |  |
| 14 | Wypełnienie w trybie pulsacyjnym min. 5 – 75% krok co 5% | TAK, podać |  |
| 15 | Zegar zabiegowy z zakresem nastawu min. 30s – 30min | TAK, podać |  |
| 16 | Wodoszczelna głowica 1/3,5MHZ, 4cm2 z uchwytem – 1szt  Przwód do terapii skojarzonej – 1szt  Stolik pod aparat na podstawie jezdnej z blokadą typu veresa – 1szt | TAK |  |
| 17 | Emisja ciągła / impulsowa | TAK, podać |  |
| 18 | Kontrola przylegania czoła głowicy ( mierzony efektywny czas zabiegu) | TAK, podać |  |
| 19 | Wbudowane programy zabiegowe terapii ultradźwiękowej min. 40 | TAK, podać |  |
| 20 | Programy do ustawiania dla użytkownika min. 40 | TAK, podać |  |
| 21 | Czas reakcji serwisu po zgłoszeniu awarii aparatu w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym max 72h w dni robocze | TAK |  |
| 22 | W przypadku naprawy powyżej 3 dni poza siedziba zamawiającego zapewnić urządzenie zastępcze o zbliżonych parametrach i funkcjonalności | TAK |  |
| 23 | Montaż, szkolenie personelu w zakresie obsługi urządzenia min. jedno | TAK |  |
| 24 | Instrukcja obsługi w języku polskim (z dostawą) | TAK |  |
| 25 | Serwisant kontakt | TAK, podać |  |
| 26 | Gwarancja min. 24 miesięcy z bezpłatnymi przeglądami w okresie gwarancyjnym łącznie z wpisem do paszportu i bezpłatną wymiana części przewidzianą przez producenta | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 8 poz. 1** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Hantla winylowa 0,5 kg**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Hantle winylowe 0,5kg wykonana z żeliwa z powłoką neoprenową w zestawie 2 szt. | TAK |  |
| 2 | Zakończenia hantli w kształcie heksagonów lub inny uniemożliwiający toczenie się hantli po podłodze. | TAK |  |
| 3 | Średnica uchwytu: 2,5 – 3 cm | TAK TAK, podać |  |
| 4 | Długość uchwytu: 7 – 8 cm | TAK, podać |  |
| 5 | Długość całkowita: 12 -14cm | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 8 poz. 2** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Hantla winylowa 1,0 kg**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Hantle winylowe 1,0kg wykonana z żeliwa z powłoką neoprenową w zestawie 2 szt. | TAK |  |
| 2 | Zakończenia hantli w kształcie heksagonów lub inny uniemożliwiający toczenie się hantli po podłodze. | TAK |  |
| 3 | Średnica uchwytu: 3 – 3,5 cm | TAK TAK, podać |  |
| 4 | Długość uchwytu: 8 – 10 cm | TAK, podać |  |
| 5 | Długość całkowita: 15 -17cm | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 8 poz. 3** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Hantla winylowa 1,5 kg**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Hantle winylowe 1,5kg wykonana z żeliwa z powłoką neoprenową w zestawie 2 szt. | TAK |  |
| 2 | Zakończenia hantli w kształcie heksagonów lub inny uniemożliwiający toczenie się hantli po podłodze. | TAK |  |
| 3 | Średnica uchwytu: 3 – 3,5 cm | TAK TAK, podać |  |
| 4 | Długość uchwytu: 9 – 11 cm | TAK, podać |  |
| 5 | Długość całkowita: 17 -19cm | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 8 poz. 4** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Hantla winylowa 2 kg**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Hantle winylowe 2kg wykonana z żeliwa z powłoką neoprenową w zestawie 2 szt. | TAK |  |
| 2 | Zakończenia hantli w kształcie heksagonów lub inny uniemożliwiający toczenie się hantli po podłodze. | TAK |  |
| 3 | Średnica uchwytu: 3 – 3,5 cm | TAK TAK, podać |  |
| 4 | Długość uchwytu: 9 – 11 cm | TAK, podać |  |
| 5 | Długość całkowita: 18 -20cm | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 8 poz. 5** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Wałek rehabilitacyjny 10x30**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Wałek rehabilitacyjny 10x30 cm | TAK |  |
| 2 | Materiał: pianka poliuretanowa i materiał powlekany PCV | TAK |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 8 poz. 6** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Wałek rehabilitacyjny 10x60**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Wałek rehabilitacyjny 10x60 cm | TAK |  |
| 2 | Materiał: pianka poliuretanowa i materiał powlekany PCV | TAK |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 8 poz. 7** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Wałek rehabilitacyjny 15x30**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Wałek rehabilitacyjny 15x30 cm | TAK |  |
| 2 | Materiał: pianka poliuretanowa i materiał powlekany PCV | TAK |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 8 poz. 8** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Wałek rehabilitacyjny 15x60**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Wałek rehabilitacyjny 15x60 cm | TAK |  |
| 2 | Materiał: pianka poliuretanowa i materiał powlekany PCV | TAK |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 8 poz. 9** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Wałek rehabilitacyjny 20x60**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Wałek rehabilitacyjny 20x60 cm | TAK |  |
| 2 | Materiał: pianka poliuretanowa i materiał powlekany PCV | TAK |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 8 poz. 10** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Wałek do masażu duży typu Lyapko**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Wałek do masażu duży typu Lyapko. Odstęp między igłami 5,0 – 6,0mm , wielkość 10,5 cm x 6,3 cm. Wykorzystywany na wszystkie części ciała: na plecy, lędźwie, okolice pośladków, klatkę piersiową, brzuch i kończyny. Aplikatory wieloigłowe czasie ich wykorzystania stykają się ze skórą, lecz nie uszkadzają jej jednak i nie mają styczności z krwią. | TAK |  |
| 2 | Skład igieł: żelazo, miedź, nikiel, cynk, srebro; podstawa: guma medyczna. | TAK |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 8 poz. 11** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Laska gimnastyczna długość 120-125cm**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Laska gimnastyczna 120-125 cm z włókna szklanego; średnica 2,5 – 3 cm | TAK |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 8 poz. 12** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Laska gimnastyczna długość 70-90 cm**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Laska gimnastyczna 70 - 90 cm z włókna szklanego; średnica 2,5 – 3 cm | TAK |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 8 poz. 13** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Laska gimnastyczna 150- 155cm**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Laska gimnastyczna 150-155 cm z włókna szklanego; średnica 2,5 – 3 cm | TAK |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 9 poz. 1** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Piłka rehabilitacyjne 45-50cm**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Piłka rehabilitacyjna 45-50cm Materiał: PVC, maksymalna masa obciążenia: 150 kg, Kolor: losowy, w zestawie pompka do piłki. | TAK |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 9 poz. 2** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Piłka rehabilitacyjne 55-60cm**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Piłka rehabilitacyjna 55-60cm Materiał: wysokiej jakości tworzywo SCG, maksymalna masa obciążenia 300kg, Kolor: losowy, w zestawie pompka do piłki | TAK |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 9 poz. 3** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Piłka rehabilitacyjne 65-70cm**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Piłka rehabilitacyjna 65-70cm Materiał: PVC - specjalna guma anty-wybuchowa; Maksymalna masa obciążenia: 300 kg; Kolor: losowy. W zestawie pompka do piłki | TAK |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 9 poz. 4** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Piłka rehabilitacyjne 100-105cm**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Piłka rehabilitacyjne 100-105cm Duża piłka sensoryczna stosowana w rehabilitacji, ergoterapii i w ćwiczeniach psychomotorycznych. Na piłce znajdują się miękkie wypustki sensoryczne powodujące dodatkową stymulację stref reflektorycznych. Materiał (Crylon), kolor: losowy. | TAK |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 9 poz. 5** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Piłka miękka ogólnorozwojowa 25-27 cm**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Piłka miękka ogólnorozwojowa (do pilatesu) materiał PCV, średnica 25-27 cm, kolor losowy | TAK |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 9 poz. 6** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Półjeże sensoryczne XL Średnica - 18 -19 cm**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Półjeże sensoryczne XL Średnica – 18 - 19 cm, kolor: losowy, antypoślizgowa podstawa, do ćwiczeń równoważnych, z wypuskami stymulującymi strefy reflektoryczne stóp. Zestaw zawiera 2 sztuki | TAK |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 9 poz. 7** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Piłeczki sensoryczne do akupresury z kolcami w zestawie 4 szt o rozmiarach 7 cm/ 8 cm/9cm/ 10 cm (+/- 1 cm)**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Piłeczki sensoryczne do akupresury z kolcami w zestawie 4 szt o rozmiarach 7 cm/ 8 cm/9cm/ 10 cm (+/- 1 cm). Materiał – PCV twarde. Kolory losowe. | TAK |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 10 poz. 1** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Linka 2450-2500 mm z dwoma bloczkami**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Linka 2450- 2500 mm z dwoma bloczkami przeznaczona do stanowiska rehabilitacyjnego UGUL. W skład zestawu wchodzi: Linka, 2 bloczki z łożyskiem, 2 rączki, napinacz. | TAK, podać |  |
| 2 | Linki powinny posiadać rdzeń, który zwiększa ich wytrzymałość, a także atest do bezpiecznego użytkowania z obciążeniem do 300 kg. Wytrzymałość linek potwierdzona certyfikatem z dodatkową regulacją długości. | TAK |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 10 poz. 2** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Podwieszka za miednicę wielkość: 21x73 cm**

**Tolerancja wymiaru +/- 5%**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Podwieszka za miednicę wielkość: 21x73 cm , zewnątrz elanobawełna - wewnątrz owata - metalowe trójkąty/zaczepy | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 10 poz. 3** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Podwieszka kolanowa o wymiarach 8x57 cm**

**Tolerancja wymiaru +/- 5%**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Podwieszka kolanowa Podwieszka kolanowa o wymiarach 8x57 cm ze skóry podszytej filcem, paski parciane, Podwieszka kolanowa do ćwiczeń w kabinie UGUL. Do podwieszenia służą dwa stalowe zaczepy w postaci kółek. Podwieszka kolanowa wykorzystywana jest do ćwiczeń w podwieszeniu takich jak, ćwiczenia czynno bierne, czynne w odciążeniu, czynne z oporem itp. | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 10 poz. 4** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Linka do ćwiczeń 160 - 165cm**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Linka do ćwiczeń 160-165cm jest pleciona i wykonana z wysokiej jakości materiałów. Dodatkowo posiada stalowe okucia służące do bezpośredniego montażu. Jeden koniec linki stanowi zaczep który zawiesza się w kabinie UGUL za pomocą esika, a drugi posiada karabińczyk z reduktorem do łączenia z dowolną podwieszką. Linka standardowo wyposażona jest w jeden karabińczyk. Obciążenie do 300 kg. Wytrzymałość linek potwierdzona jest certyfikatem aż do obciążenia 620 daN (ok. 632kg). Linka ta posiada dodatkowo regulację długości - co nie jest standardem na rynku podwieszek do ugula. Średnica linki do ugula wynosi aż 6mm ( Ø 6 mm )- stylonowy sznur - metalowy karabińczyk - metalowy regulator długości - metalowa kausza - skórzane wykończenie kauszy | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 10 poz. 5** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Podwieszka dwustawowa - pelota – 160 x 80 mm, pasek – 135 x 40 mm**

**Tolerancja wymiaru +/- 5%**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Podwieszka dwustawowa Wymiary: pelota – 160 x 80 mm, pasek – 135 x 40 mm do rehabilitacji w kabinach typu UGUL, składa się z dwóch pelot wykonanych ze skóry naturalnej i podszytej filcem oraz łączącego ich paska parcianego z regulacją i służy do ćwiczeń kończyn dolnych i górnych. Podwieszka wykonana z wytrzymałego materiału, odpornego na uszkodzenia mechaniczne, łatwa w utrzymaniu czystości. Przy pomocy niej można wykonywać ćwiczenia: samowspomagane, czynno-bierne, czynne w odciążeniu, które regenerują ścięgna oraz mięśnie w kończynach. | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 11 poz. 1** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Mata do ćwiczeń 15cmx60cmx190cm**

**Tolerancja wymiaru +/- 5%**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Mata do ćwiczeń 15cmx60cmx190c); materiał: PCV, waga: 4 -4,5 kg, kolor czarny | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 11 poz. 2** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Zestaw mat ortopedycznych 12 elementowy**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Zestaw mat ortopedycznych 12 elementowy W skład zestawu wchodzi 12 kolorowych puzzli - 8 dużych puzzli oraz 4 mini puzzle, które po złożeniu tworzą jeden duży puzzel. Maty posiadają różne faktury i stopień twardości. Miękkie maty ortopedyczne delikatnie masują stopy, natomiast maty twarde wywierają silniejszy efekt stymulujący na mięśnie podeszwowe - wzmacniają i trenują mięśnie stóp oraz zapewniają głęboką akupresurę, służą do profilaktyki płaskostopia. Po rozłożeniu wszystkich puzzli tworzą powierzchnię użytkową (matę) o wielkości 0,56 m2.  W skład zestawu wchodzą następujące maty ortopedyczne:  2 x choinka (lewa + prawa stopa)  1 x kolce miękkie  1 x masażer miękki  1 x kamienie miękkie  1 x trawa twarda  1 x kamienie twarde  1 x kryształki lodu twarde  1 x trawa miękka mini  1 x kolce miękkie mini  1 x kamyczki miękkie mini  1 x kryształki lodu mini | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 11 poz. 3** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Mata gimnastyczna 200 x 60 x 1,5 cm**

**Tolerancja wymiaru +/- 5%**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Mata gimnastyczna 200 x 60 x 1,5 cm, antypoślizgowa powierzchnia, materiał piankowy, nie wchłaniająca zabrudzeń i wilgoci. Materiał soft-antypoślizgowy, przyjazny dla skóry i dobrze układający się na podłodze. Do użytku również w wodzie. Łatwa do zwinięcia i rozłożenia, odporna na uszkodzenia. Kolor szary. | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 12 poz. 1** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Krzesło do masażu z regulacją skokową i sprężyną gazową**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Krzesło do masażu z regulacją skokową i sprężyna gazową waga: 9 – 9,50kg, wysokość: 110 - 127 cm, szerokość: 50 cm, głębokość: 63 - 78 cm, grubość pianki: 5,5 cm, dopuszczalne obciążenie: 150 kg, konstrukcja z aluminium. Kolor tapicerki: szary, Rodzaj tapicerki: Vinyl Flex. Wielopłaszczyznowa regulacja podgłówka w pozycjach góra-dół i półki pod ramiona., Szeroka regulacja wysokości siedziska i kąta jego pochylenia. Możliwość dopasowania krzesła do każdej postawy pacjenta. Dwa wygodne podkolanniki, z regulowanym kątem i odległością od siedziska poprzez zmiane wyskości całego krzesłą. Kółka transportowe ułatwiające przemieszczanie. Regulacja za pomocą mechanizmu skokowego. | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 12 poz. 2** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Krzesło do masażu z wielopłaszczyznową regulacją podgłówka w pozycjach góra-dół i półki pod ramiona**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Krzesło do masażu z wielopłaszczyznową regulacją podgłówka w pozycjach góra-dół i półki pod ramiona., Szeroka regulacja wysokości siedziska i kąta jego pochylenia. Możliwość dopasowania krzesła do każdej postawy pacjenta. Dwa podkolanniki, z regulowanym kątem i odległością od siedziska poprzez zmiane wyskości całego krzesłą. Kółka transportowe ułatwiające przemieszczanie. Regulacja za pomocą mechanizmu skokowego. Dopuszczalne obciążenie: 150 kg, kolor: szary | TAK, podać |  |
| 2 | Szerokość: 55 -60 cm Wysokość: od 110 cm do 120 cm Głębokość: od 50 cm do 65 cm | TAK, podać |  |
| 3 | Waga: 9 – 9,5kg | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 13 poz. 1** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Krzesło drewniane z drewnianymi podłokietnikami i tapicerka ze skóry syntetycznej.**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Krzesło drewniane do przychodni rama i podłokietniki drewniane, Wyściełane oparcie. Tapicerka ze skóry syntetycznej, odporne na dzialanie środków dezynfekcyjnych,  Z zaokrąglonymi podłokietnikami , kolor: antracyt, obciążenie do 150 kg, wysokość siedziska 45-50 cm, szerokość 46-51 cm, głębokość 47-52 cm. | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 13 poz. 2** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Krzesło na stelażu metalowym z siedziskiem i oparciem z tworzywa sztucznego.**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Krzesło do poczekalni siedzisko i oparcie z tworzywa sztucznego, stelaż metalowy, lakierowany proszkowo, szerokość: 45-50cm, głębokość: 49-54cm, wysokość: 76-80cm Kolor szary lub antracyt | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 13 poz. 3** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Biurko narożne recepcyjne z nadstawką 200x120x115cm**

**Tolerancja wymiaru +/- 5%**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Biurko narożne recepcyjne z nadstawką. Wymiary: 200x120x115cm, wysokość biurka 75 cm, głębokośc blatu roboczego 70 cm, po stronie blatu roboczego 120 cm wynosi 70 cm. Wysokość nadstawki: 40 cm, głębokość nadstawki: 30 cm. Standardowy podział lady: część z nadstawką 100 cm, część niska 100 cm. Model samodzielny. Lada recepcyjna wersja LEWA. Blat: wykonany z płyty 18 mm oklejony obrzeżem PCV 2 mm Stelaż: wykonany z płyty 18 mm i oklejony obrzeżem PCV 0,6 mm Rodzaj Płyty: płyta dwustronnie laminowana na bazie 3-warstwowej płyty wiórowej w klasie higieny E-1. Kolor korpusu szary, kolor tylnej blendy antracyt. | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 13 poz. 4** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Szafeczka drzwiowa na klucze do biurka narożnego recepcyjnego zamykana na kluczyk 25x12x30**

**Tolerancja wymiaru +/- 5%**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Szafeczka drzwiowa na klucze do biurka narożnego recepcyjnego zamykana na kluczyk. Wymiary ogólne: szerokość 25cm x głębokość 12cm x wysokość 30 cm. Złożona w całości. Podstawa skrzyniowa z płyty, stacjonarna, kontenerek. Rzut pionowy prostokąt,  Wyposażenie: haczyki 8 szt i zamek. Stelaż wykonany z płyty 18 mm i oklejony obrzeżem PCV 0,6 mm,  płyta dwustronnie laminowana na bazie 3-warstwowej płyty wiórowej w klasie higieny E-1. Kolor korpusu szary, kolor frontu antracyt. | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 13 poz. 5** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Krzesło biurowe ze skóry ekologicznej**

**Tolerancja wymiaru +/-5%**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Krzesło biurowe kolor czarny, materiał skóra ekologiczna, wymiary: wysokość: 92-102 cm, szerokość: 57 cm, głębokość 64 cm. Materiał skóropodobny (PU/poliuretan), Pianka, PP (polipropylen), Sklejka, Poliamid, Stal. **Siedzisko:** Materiał skóropodobny (PU/poliuretan), Pianka, Sklejka, Oparcie: Materiał skóropodobny (PU/poliuretan), Pianka, Sklejka, Podłokietnik: PP (polipropylen), **Noga i podstawa:** Poliamid. **Siedzisko** Tkanina: PU (poliuretan), Materiał pianki: Pianka poliuretanowa, Gęstość pianki: 60 kg/m³. Oparcie Tkanina: PU (poliuretan), Materiał pianki: Pianka, Gęstość pianki: 16 kg/m³. Podłokietnik Tkanina: PP (polipropylen) Obicie Siedzisko i oparcie. Kolor Czarny. Funkcja Kółka z funkcją zatrzymywania, Siłownik gazowy, Nylonowa podstawa. Wyposażenie: Regulacja wysokości. Rozmiar po zmontowaniu: -Szerokość: 57 cm, -Wysokość: 92-102 cm, -Głębokość: 64 cm. Wysokość siedziska 42-52. Głębokość siedziska ok. 41. Rozmiar przed zmontowaniem: -Szerokość: 25 cm, -Długość: 62 cm, -Wysokość: 60 cm. Ekologiczne i zdrowotne certyfikaty FSC® 100%. Waga około 12 -15 kg. | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 14 poz. 1** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Lustro korekcyjne ze skrzydłami metalowe trzyczęściowe ;195x 140cm**

**Tolerancja wymiaru +/- 5%**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Lustro korekcyjne ze skrzydłami metalowe trzyczęściowe Wysokość:195cm, Szerokość całkowita:140cm, Część środkowa 70cm, Skrzydło 35cm, Siatka (szer. x wys.) 10x10cm, Waga: 48kg. Lustro korekcyjne metalowe trzyczęściowe wraz z kółkami transportowymi z hamulcem, dzięki czemu możemy łatwo się przemieszczać. Posiada naciętą siatkę posturograficzną na środkowej części. Część środkowa lustra wymiary 70x160cm, a skrzydła boczne 35x160cm. | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 14 poz. 2** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Lustro ścienne 150x200cm przyklejane na ścianę**

**Tolerancja wymiaru +/- 5%**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Lustro ścienne 150-200 cm ze szlifowanymi krawędziami, przeznaczone do przyklejenia do ściany. | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 14 poz. 3** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Lustro ścienne 100x180 cm przyklejane na ścianę**

**Tolerancja wymiaru +/- 5%**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Lustro ścienne 100-180 cm ze szlifowanymi krawędziami, przeznaczone do przyklejenia do ściany. | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 15 poz. 1** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Pasy treningowe do ćwiczeń z regulacją taśmy: 200 - 290 cm, długość ramienia 100-145 cm**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Pasy treningowe do ćwiczeń Regulacja taśmy: 200 - 290 cm  Długość ramienia: 100 - 145 cm  Szerokość rączek: 13 cm W skład zestawu wchodzą:  Taśma z metalowym karabińczykiem  Taśmy z uchwytami pokrytymi pianką  Uchwyt na drzwi  Siatka  Maksymalna masa obciążenia: 250 kg | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 15 poz. 2** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Trener równowagi z linkami -BOSU**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Trener równowagi z linkami -BOSU Podstawa wykonana z utwardzonego PVC 2 dodatkowe linki, zwiększające zakres możliwych do wykonywania ćwiczeń ,wykonane z nietoksycznych materiałów Zestaw zawiera pompkę | TAK, podać |  |
| 2 | waga: 5-6 kg | TAK, podać |  |
| 3 | długość ekspanderów: 75-85 cm | TAK, podać |  |
| 4 | wysokość: 21,5 -22,5cm (można regulować przez zagęszczanie) | TAK, podać |  |
| 5 | całkowita średnica: 57-58 cm (w obszarze ekspanderów 63,5 cm) | TAK, podać |  |
| 6 | Średnica powierzchni do balansowania: 54-55 cm | TAK, podać |  |
| 7 | maksymalna nośność: 200 kg | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 15 poz. 3** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Trener równowagi BOSU , ciężar osoby wiszącej max. 136 kg.**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Trener równowagi BOSU - dwustronny przyrząd stanowiącym - połączenie piłki i stepu Kolor: niebieska kopuła i czarna podstawa  Pompka w zestawie | TAK, podać |  |
| 2 | Waga: 7-7,5 kg | TAK, podać |  |
| 3 | Wysokość: 25-25,5 cm po całkowitym napompowaniu | TAK, podać |  |
| 4 | Maksymalny ciężar osoby ćwiczącej: 136 kg | TAK, podać |  |
| 5 | Średnica: 60- 70 cm | TAK, podać |  |
| 6 | Okres gwarancji: minimum 12 miesięcy | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 15 poz. 4** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Step do aerobiku z 3-stopniową regulacja**

**Tolerancja wymiaru +/-5%**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Step do aerobiku 3 stopnie regulowany ,płyta z antypoślizgową powierzchnią | TAK, podać |  |
| 2 | Antypoślizgowe stopki gwarantujące stabilność | TAK |  |
| 3 | Trzy różne wysokości (10cm,15 cm i 20 cm) | TAK, podać |  |
| 4 | Materiał: twardy plastik | TAK, podać |  |
| 5 | Wymiary: długość 68 cm x szerokość 28 cm x wysokość 10/15/20 cm | TAK, podać |  |
| 6 | Waga: 4 -5kg | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 15 poz. 5** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Drążek do drabinek gimnastycznych**

**(Tolerancja wymiaru +/-5%)**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Drążek do drabinek gimnastycznych umożliwiający dwa sposoby montażu do podciągania się i drugi sposób jako poręcz | TAK, podać |  |
| 2 | Szerokość drążka na drabince 55-65 cm | TAK, podać |  |
| 3 | Szerokość całkowita 105-115 cm | TAK, podać |  |
| 4 | Wytrzymałośc min 130 kg | TAK, podać |  |
| 5 | Profil stalowy 30x30x2 mm lakierowany proszkowo | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 15 poz. 6** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Gumy do ćwiczeń - w zestawie 4 gumy.**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Gumy do ćwiczeń, zestaw 4 gum wykonanych z naturalnego lateksu 100% | TAK, podać |  |
| 2 | Długość 205-210 cm (obwód) szerokość 30-35 mm, opór 2-39 kg | TAK, podać |  |
| 3 | 1 guma o sile oporu 7-16 kg;długość 2075-2085 mm, grubość 4-5 mm, szerokość 6-7 mm, kolor losowy inny od trzech pozostałych gum | TAK, podać |  |
| 4 | 2 guma o sile oporu 2-6 kg;długość 2075-2085 mm, grubość 4-5 mm, szerokość 12,5-13,5 mm, kolor losowy inny od trzech pozostałych gum | TAK, podać |  |
| 5 | 3 guma o sile oporu 12-30 kg;długość 2075-2085 mm, grubość 4-5 mm, szerokość 20-25 mm, kolor losowy inny od trzech pozostałych gum | TAK, podać |  |
| 6 | 4 guma o sile oporu 16-39 kg;długość 2075-2085 mm, grubość 4-5 mm, szerokość 25-29 mm, kolor losowy inny od trzech pozostałych gum | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 15 poz. 7** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Poduszka sensoryczna o średnicy 30-35 cm**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Poduszka sensoryczna wykonana z materiłu PCV, dmuchana w zestawie z pompką ręczną . Poduszka z dwoma rodzajami powierzchni, z jednej strony gładka posiadająca niewielkie wypustki, a z drugiej długie wypustki | TAK, podać |  |
| 2 | Srednica 30-35 cm | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 16 poz. 1** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Rower rehabiltacyjny treningowy z magnetycznym układem oporu i elektromagnetycznym układem hamulcowym(EMS)**

**Tolerancja wymiaru +/-5%**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Rower rehabiltacyjny treningowy poziomy z magnetycznym układem oporu i elektromagnetycznym układem hamulcowym(EMS). Niska rama ułatwiająca wsiadanie. Szerokie, regulowane siedzisko z oparciem z siatki. Regulowana odległość między siedziskiem a pedałami. Koła transportowe z przodu i uchwyt z tyłu roweru pozwalający przenoszenia roweru. Uchwyt na butelkę lub bidon. | TAK |  |
| 2 | Waga: 53-55 kg | TAK, podać |  |
| 3 | Wymiary: około 155 x 65 x 114 cm | TAK, podać |  |
| 4 | konsola z wyświetlaczem, komputer wskazuje: spalone kalorie, prędkość, obroty na minutę, czas, dystans, wat, tętno | TAK, podać |  |
| 5 | 21 programów z możliwością stworzenia własnego programu | TAK |  |
| 6 | 32 poziomy obciążenia wyrównania nierówności powierzchni | TAK |  |
| 7 | czujniki tętna - Program HRC maszyna automatycznie dostosowuje opór, który utrzymuje uzytkownika w optymalnej strefie tętna | TAK |  |
| 8 | Program WATT: maszyna automatycznie dostosowuje opór, aby utrzymać użytkownika w ustawionej strefie WATT (np. zwiększa opór, gdy maleje rytm pedałowania) Program Recovery: pozwala śledzić postępy | TAK |  |
| 9 | Kółka transportowe | TAK |  |
| 10 | Zasilacz sieciowy, wejście USB do ładowania tabletu lub telefonu | TAK |  |
| 11 | Maksymalny wzrost użytkownika: 200 cm | TAK, podać |  |
| 12 | maksymalna waga użytkownika: 150 kg | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 16 poz. 2** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Rotor elektryczny kończyn dolnych i górnych**

**Tolerancja wymiaru +/-5%**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Rotor elektryczny dolnych i górnych kończyn | TAK |  |
| 2 | Moc min 70 W | TAK, podać |  |
| 3 | Napięcie 230V 50/60 Hz | TAK, podać |  |
| 4 | Czas 1-15 min | TAK, podać |  |
| 5 | Odczyt prędkości, czas, dystans, kalorie | TAK |  |
| 6 | Prędkość nie mniej niż 12 poziomów | TAK |  |
| 7 | Wymiary 490mmx450mmx300mm | TAK |  |
| 8 | Ruch zgodnie ze wskazówkami zegara i odwrotnie | TAK |  |
| 9 | Waga 4-6 kg | TAK |  |
| 10 | Wyposażony w spinacze stóp, gumowe stopy zwiększające przyczepność do podłogi, umożliwiając pracę w trybie pasywnym i aktywnym | TAK |  |
| 11 | Co najmniej 5 różnorodnych predefiniowanych programów aktywnych | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 17 poz. 1** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Szyna do ćwiczeń biernych stawu barkowego.**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Szyna do ćwiczeń biernych stawu barkowego z możliwością dostosowania do aktualnej pozycji pacjenta (siedząca, leżąca). Ergonomiczny kształt przystawek umożliwia swobodne ułożenie ćwiczonej kończyny. Duża stabilność urządzenia poprzez szeroką podstawę jezdną. | TAK |  |
| 2 | Zasilanie: 230 V ~ 50 Hz | TAK, podać |  |
| 3 | Klasa bezpieczeństwa: II B Standard EN 60601-1-2 | TAK |  |
| 4 | Waga 20-25kg | TAK, podać |  |
| 5 | Pilot bezpieczeństwa (start – stop) dla pacjenta w zestawie. | TAK |  |
| 6 | Regulacja wysokości umożliwia dokładne ustawienie urządzenia względem osi obrotu w ćwiczonym stawie. | TAK |  |
| 7 | Szybkie i łatwe dostosowanie ramienia szyny do długości kończyny pacjenta. | TAK |  |
| 8 | regulacja prędkości ruchu i zakres wykonywanego ruchu. | TAK |  |
| 9 | Zakresy ruchu ćwiczeń:  zgięcie – wyprost: 0° – 180°,  odwiedzenie – przywiedzenie: w pełnym fizjologicznym zakresie,  rotacja zewnętrzna – wewnętrzna: 90° – 0° – 90°, | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 17 poz. 2** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Szyna do ćwiczeń biernych kończyny dolnej z programowalnym pilotem**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Szyna do ćwiczeń biernych kończyny dolnej z programowalnym pilotem. Bierna mobilizacja stawu biodrowego i kolanowego. Szyna do ćwiczeń biernych kończyny dolnej z pilotem start-stop., , | TAK |  |
| 2 | Zakres ruchu w st. Biodrowym 7°, 115°, Zakres ruchu w stawie kolanowym -10°,120° | TAK, podać |  |
| 3 | Zasilanie 220V/60Hz, | TAK |  |
| 4 | Prędkośc ruchu 0,8°/sekundę, 3,5°/sekundę, Siła 0-40kg | TAK, podać |  |
| 5 | Waga 9 -10kg, | TAK, podać |  |
| 6 | Konstrukcja-możliwośc pracy obu kończyn bez zmiany ustawień .Funkcja rozgrzewki "Warm-up", regulacja podpory stóp, pacjent może ćwiczyć w pozycji siedząc lub leżąc. | TAK |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 18 poz. 1** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Dwuczęsciowy stół do masażu i rehabilitacji z elektryczną regulacją wysokości za pomocą ramy wokół podstawy stołu**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Dwuczęsciowy stół do masażu i rehabilitacji z elektryczną regulacją wysokości za pomocą ramy wokół podstawy stołu, łatwa regulacja zagłówka sprężyną gazową, podstawa jezdna z 2 kółkami i 2 stopkami, wyposażony w 2 magnetyczne klucze dostępu, 2 otwory na bananki, relingi oraz zatyczkę maskującą otwór na twarz. 2-sekcyjny stół do rehabilitacji i zabiegów. | TAK |  |
| 2 | Łatwa regulację zagłówka przy pomocy sprężyny gazowej | TAK |  |
| 3 | Okrągły otwór na twarz pacjenta w zagłówku, wraz z rogalem, | TAK |  |
| 4 | System płynnej, bezśrubowej regulacji boczków zagłówka, oparty o mechanizm przesuwny z blokadą. Zmiana wysokości przez docisk dłonią, a automatyczna blokada pozycji zabezpiecza przed niepożądanym przesunięciem boczków zagłówka w czasie terapii, | TAK |  |
| 5 | 2-warstwowa tapicerka wykonana z atestowanych materiałów w kolorze szarym, | TAK |  |
| 6 | Malowana proszkowo, 2-kolorowa, stalowa rama, | TAK |  |
| 7 | Uchwyty na bananki, | TAK |  |
| 8 | Wysokość regulowana elektrycznie: (48-96 cm) za pomocą pilota sterującego, | TAK, podać |  |
| 9 | Udźwig do 180 kg; bezpieczne obciążenie robocze do 250 kg, | TAK, podać |  |
| 10 | Pilot sterujący z automatycznym systemem blokowania, | TAK |  |
| 11 | Podstawowy system jezdny składający się z 2 małych kółek i 2 antypoślizgowych gumowych stopek z regulacją wysokości do 1 cm, umożliwiające wypoziomowanie stołu, | TAK |  |
| 12 | Pełną zatyczkę otworu na twarz. | TAK |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 18 poz. 2** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Dwuczęsciowy stół do masażu i rehabilitacji z elektryczną regulacją wysokości za pomocą ramy wokół podstawy stołu**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Dwuczęściowy stół do masażu i rehabilitacji z elektryczna regulacją wysokości za pomocą pilota ręcznego, regulacja zagłówka spręzyną gazową, okrągła zatyczka na twarz, podstawa jezdna z 2 stopkami, obustronne zaczepy do pasów do stabilizacji lub pilot 2-sekcyjny stół do ​​masażu i zabiegów kolor: szary | TAK |  |
| 2 | Regulowany zagłówek, część podnóżka ze sprężynami gazowymi | TAK |  |
| 3 | Okrągły otwór na twarz w części na głowę ze zdejmowaną osłoną otworu na twarz (półksiężyc) | TAK |  |
| 4 | Dwuwarstwowa wyściółka z niepalną, biokompatybilną i odporną na zarysowania tapicerką | TAK |  |
| 5 | Malowana proszkowo, niezwykle stabilna dwukolorowa stalowa rama | TAK |  |
| 6 | Boczne wsporniki do mocowania pasów stabilizacyjnych lub pilota zdalnego sterowania | TAK |  |
| 7 | Elektryczna regulacja wysokości: 48-96 cm za pomocą ręcznego pilota zdalnego sterowania | TAK |  |
| 8 | Udźwig do 180 kg, obciążenie robocze do 250 kg | TAK, podać |  |
| 9 | Blokowanie systemu bezpieczeństwa na pilocie | TAK |  |
| 10 | Podstawowy system kółek składający się z 2 małych kółek i 2 nóg z antypoślizgowymi gumowymi stopkami | TAK |  |
| 11 | Gumowe stopki z regulacją wysokości 1 cm umożliwiające wypoziomowanie stołu | TAK |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 19 poz. 1** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Metalowa leżanka do badań i prostych zabiegów rehabilitacyjnych z regulowanym zagłówkiem od 0° do 50°**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Metalowa leżanka do badań i prostych zabiegów rehabilitacyjnych z regulowanym zagłówkiem od 0° do 50° Dane techniczne: | TAK |  |
| 2 | Kąt regulacji zagłówka [ o] 0/+50 | TAK |  |
| 3 | Wymiary leżanki (dł. x szer.) [cm] nie mniej niż 193 x 61 | TAK, podać |  |
| 4 | Waga [kg] 30-35 | TAK, podać |  |
| 5 | Wysokość całkowita [cm] do 65 | TAK, podać |  |
| 6 | Maksymalna szerokość papieru [cm] 60" | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 19 poz. 2** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Leżanka drewniana do fizykoterapii z regulowanym podgłówkiem od 0° lub 35 °°**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Leżanka drewnianai z regulowanym podgłówkiem przeznaczona do zabiegów fizykoterapeutycznych. | TAK |  |
| 2 | Długość: min 180cm | TAK, podać |  |
| 3 | Wysokość: 60 – 70 cm | TAK, podać |  |
| 4 | Szerokość: min 61cm | TAK, podać |  |
| 5 | Ręcznie regulowany zagłówek w zakresie: 0° lub 35 ° | TAK |  |
| 6 | Maksymalne obciążenie: 200kg | TAK, podać |  |
| 7 | Waga: 30-35 kg | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 20 poz. 1** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Przyrząd PS-K  potocznie zwany jako krzyżak, przeznaczony jest do ćwiczeń stawu skokowego: wolnych i z obciążeniem w osi wzdłużnej i poprzecznej stopy**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Krzyżak przyrząd do ćwiczeń stawu skokowego. Przeznaczony do ćwiczeń stawu skokowego: wolnych i z obciążeniem w osi wzdłużnej i poprzecznej stopy z możliwością blokady obrotu stopy wokół każdej z osi oraz nakładanie obciążeń w tych kierunkach. Przyrząd z zamontowanym ramieniem (z profilu stalowego), które daje możliwość wykonywania ćwiczeń wspomaganych zgięcia podeszwowego i grzbietowego stopy. | TAK |  |
| 2 | Długość bez ramienia . 55-65cm, szerokość 35-45cm, wysokość 30-40cm. | TAK, podać |  |
| 3 | Waga 7,5-8,5kg | TAK, podać |  |
| 4 | 4 obciążniki odpowiednio zakładane na zasobniki, które pozwalają na zintensyfikowanie ćwiczeń. | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 20 poz. 2** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Trener równowagi typu Aero-Step do ćwiczenia równowagi**

**Tolerancja wymiaru +/- 5%**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Trener równowagi Aero-Step wykonany z rutonu. Składa się z dwóch odzielnych komór posażonych w wentyl igłowy, który pozwala dostosować ciśnienie powietrza w poduszkach, zwiększając i zmniejszając stopień trudności przy dużym napełnieniu powietrzem. Przyrząd do ćwiczenia równowagi mający za zadanie stabilizację i mobilizację stawów: biodrowego, kolanowego, skokowego i barkowego. | TAK |  |
| 2 | Wymiary: 46x32x8cm | TAK, podać |  |
| 3 | Maksymalna wytrzymałość 200kg. | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 21 poz. 1** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Tablica do ćwiczeń manualnych (z oporem) przeznaczona do rehabilitacji dłoni i przedramienia.**

**Tolerancja wymiaru +/- 5%**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Tablica do ćwiczeń manualnych (z oporem) przeznaczona do rehabilitacji dłoni i przedramienia. Wyposazona w zestaw przyrządów do ćwiczeń trwale przymocowanych do blatu o wymiarach 72cm x 52 cm z możliwością regulacji wysokości w zakresie nie mniej niz 54cm do 90cm. Dodatkowe wyposażenie w obciążniki miękkie wykonane ze skóry 5 x 25dkg mocowane do linek za pomocą esików. Przeznaczona dla dzieci i dla dorosłych do ćwiczeń wspomaganych. | TAK |  |
| 2 | Waga około 11,5-12,5 kg. | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 21 poz. 2** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Tablica do ćwiczeń manualnych (bez oporu) przeznaczona do rehabilitacji dłoni i przedramienia.**

**Tolerancja wymiaru +/- 5%**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Tablica do ćwiczeń manualnych (bez oporu) przeznaczona do rehabilitacji dłoni i przedramienia. Wyposazona w zestaw przyrządów do ćwiczeń trwale przymocowanych do blatu o wymiarach 72cm x 52 cm z możliwością regulacji wysokości w zakresie nie mniej niz 54cm do 90cm. | TAK |  |
| 2 | Waga 9,5-10,5kg. | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 22 poz. 1** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Lampa solux, każda z wyposażeniem gotowa do użycia fabrycznie nowa rok produkcji 2023 lub 2024 – 1 kpl.**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Aparat do naświatlania promieniami podczerwonymi w zakresie IR-A i IR-B, wyposażone w mikroprocesorowy sterownik z zegarem zabiegowym i regulacją natężenia promieniowania | TAK |  |
| 2 | FUNKCJONALNOŚĆ  zegar zabiegowy  filtry (czerwony, niebieski)  regulacja jasności świecenia  wyświetlacz jasność/czas  programowanie sekwencji jasność/czas | TAK, podać |  |
| 3 | PROMIENIOWANIE  promieniowanie podczerwone  zmniejszenie napięcia mięśni  rozszerzenie naczyń krwionośnych, poprawa ukrwienia  podwyższenie progu odczuwania bólu  wzmożenie przemiany materii | TAK, podać |  |
| 4 | KONSTRUKCJA  stabilna konstrukcja mechaniczna  statyw / podstawa wyposażona w kółka z hamulcami  podstawa stołowa  regulowana wysokość statywu  regulacja kąta nachylenia tubusa lampy na pdstawie stołowej  mikroprocesorowe sterowanie pracą lampy  wymuszone chłodzenie tubusa  siatka zabezpieczająca | TAK |  |
| 5 | PARAMETRY TECHNICZNE LAMPY  maksymalna moc żarówki 375 W  regulacja jasności 10 – 100 %, krok 10 %  zegar zabiegowy 1 – 30 min  zasilanie, pobór mocy 230 V, 50 Hz, 450 W  wymiary 50x60x120 cm max 190 cm  masa całkowita max. 14 kg | TAK, podać |  |
| 6 | WYPOSAŻENIE LAMPY  przewód sieciowy – 1 szt.  promiennik 375 W – min. 1 szt.  filtr czerwony – min. 1 szt.  filtr niebieski – min. 1 szt.  okulary ochronne dla pacjenta – 1 szt.  okulary ochronne dla terapeuty – 1 szt.  bezpieczniki zapasowe – 2 szt. | TAK, podać |  |
| 7 | Czas reakcji serwisu po zgłoszeniu awarii aparatu w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym max 72h w dni robocze | TAK |  |
| 8 | W przypadku naprawy powyżej 3 dni poza siedziba zamawiającego zapewnić urządzenie zastępcze o zbliżonych parametrach i funkcjonalności | TAK |  |
| 9 | Montaż, szkolenie personelu w zakresie obsługi urządzenia min. jedno | TAK |  |
| 10 | Instrukcja obsługi w języku polskim (z dostawą) | TAK |  |
| 11 | Serwisant kontakt | TAK, podać |  |
| 12 | Gwarancja min. 24 miesięcy z bezpłatnymi przeglądami w okresie gwarancyjnym łącznie z wpisem do paszportu i bezpłatną wymiana części przewidzianą przez producenta | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ –22 poz. 2** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Okulary do lampy Sollux dla terapeuty w trakcie zabiegów światłolecznictwa**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Waga 21 -24g. | TAK, podać |  |
| 2 | Rozstaw zauszników 150 mm -155 mm | TAK, podać |  |
| 3 | Zauszniki nie regulowane. | TAK |  |
| 4 | Norma EN 166, EN 169 | TAK |  |
| 5 | Szybka PC szara, przepuszczają światło widzialne, UV400 + IR, 1,7 W1 FTKN CE. | TAK |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 22 poz. 3** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Okulary do lampy Sollux dla pacjenta w trakcie zabiegów światłolecznictwa**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Z regulacją zauszników | TAK |  |
| 2 | Norma EN 166, EN 169, ochrona UV400 i IR, W 166 FT CE – 5 W 1 FTKN CE | TAK |  |
| 3 | Szybka PC szara | TAK |  |
| 4 | Kolory oprawki: czarny, zielony | TAK, podać |  |
| 5 | Szybki odporne na zaparowywanie po stronie wewnętrznej i odporne na zarysowania po stronie zewnętrznej Panoramiczna szybka z poliwęglanu ze zintegrowaną ochroną boczną. | TAK |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 22 poz. 4** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Filtr do lampy solux -niebieski**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Filtr do lampy sollux – niebieski, do zastosowania w lampie terapeutycznej (wersja niższa niż 5.0) w celu uzyskania promieniowania o określonej charakterystyce. | TAK |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 22 poz. 5** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Filtr do lampy solux -czerwony**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Filtr do lampy sollux - czerwony do zastosowania w lampie terapeutycznej (wersja niższa niż 5.0) w celu uzyskania promieniowania o określonej charakterystyce. | TAK |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 23 poz. 1** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Draco urzadzenie do ćwiczeń stawu skokowego**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Draco urzadzenie do ćwiczeń stawu skokowego | TAK |  |
| 2 | Zakresy ruchu: zgięcie podeszwowe 47°, zgięcie grzbietowe 40°, pronacja i supinacja po 34° w każdą ze stron" | TAK, podać |  |
| 3 | Wymiary:  W stanie złożonym: wysokość 620 mm, długość 680 mm, szerokość 400 mm  W stanie rozłożonym: wysokość 940 mm, długość 680 mm, szerokość 400 mm | TAK, podać |  |
| 4 | Waga : 15,5 – 16,5 kg (w tym 4 odważniki każdy po 0,67 kg | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**CZĘŚĆ – 24 poz. 1** ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH i wyposażenia.

**Cykloergometr z certyfikatem medycznym do prób wysiłkowych**

**Tolerancja wymiaru +/- 5%**

Nazwa oferowanego sprzętu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa producenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kraj pochodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry medyczno-techniczne/** | **Parametr wymagany**  **TAK/NIE** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Cykloergometr z certyfikatem medycznym do prób wysiłkowych wyposażony w 7" wyswietlacz dotykowy regulacja oporu w zakresie 0-700Watt, prędkość 3-130 obr/min. Sterownik z wyjściem i 2x USB ( sterowanie przez system do prób wysiłkowych), wbudowanie testy, regulowana wysokość siedziska dla os. o wzroście od 120 do 210 cm. ; maksymalny udźwig 180kg. | TAK |  |
| 2 | Wymiary: szerokość ok. 53cm X długość ok.110cm X wysokość ok. 130cm. | TAK, podać |  |
| 3 | Waga 55-65kg. | TAK, podać |  |
| 4 | Maksymalny udźwig 180kg. | TAK, podać |  |

UWAGA:

Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą dotyczyć oferowanej konfiguracji.

1. Wszystkie parametry i wartości podane w zestawieniu muszą być poparte i wskazane/zaznaczone w poświadczonym przez Wykonawcę katalogiem lub prospektem lub ulotką producenta, załączonym do tabeli. Informacje dotyczące przedmiotowych środków dowodowych zawarte są w Instrukcji dla Wykonawców pkt 8.16..

2. Wartości określone w wymaganiach jako „TAK” należy traktować jako niezbędne minimum, którego niespełnienie może skutkować odrzuceniem oferty.

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Zestawienie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**Załącznik nr 2**

**ZAMAWIAJĄCY:**

|  |
| --- |
| Nad Biebrzą Sp. z o.o., z siedzibą w Sokółce, przy ul. Torowej 12, 16-100 Sokółka, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Białymstoku, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 0001022373, REGON: 524609050, NIP: 5451826503, kapitał zakładowy: 5 000,00zł |

*Znak sprawy: NB.DZ-DK.Db.263.13.2024*

*Nazwa zamówienia:* ***Dostawa sprzętu medycznego i wyposażenia dla oddziałów szpitalnych SP ZOZ w Sokółce****.*

## Zał. nr 2 JEDZ

*­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Załącznik stanowi oddzielny plik zamieszczony na platformie zakupowej do przedmiotowego postępowania**

**ZAMAWIAJĄCY:**

|  |
| --- |
| Nad Biebrzą Sp. z o.o., z siedzibą w Sokółce, przy ul. Torowej 12, 16-100 Sokółka, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Białymstoku, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 0001022373, REGON: 524609050, NIP: 5451826503, kapitał zakładowy: 5 000,00zł |

*Znak sprawy: NB.DZ-DK.Db.263.13.2024*

*Nazwa zamówienia:* ***Dostawa sprzętu medycznego i wyposażenia dla oddziałów szpitalnych SP ZOZ w Sokółce****.*

**Załącznik nr 3.**

|  |  |
| --- | --- |
| **WykonawcA / WykonawcA wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia**:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(pełna nazwa/firma, adres)*  NIP/PESEL, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  KRS/CEiDG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  reprezentowany przez:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)* |  |

**Zał. nr** **3. OŚWIADCZENIE WYKONAWCY/WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCEGO SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z ART. 5K ROZPORZĄDZENIA 833/2014 ORAZ ART. 7 UST. 1 USTAWY o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego**

*składane na podstawie art. 125 ust. 1*

*Ustawy z dnia 11 września 2019r. - Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2023.1605 t.j. ze zm.)*

*(dalej jako: ustawa Pzp), stanowiące stosownie do treści art. 125 ust. 3 Pzp dowód potwierdzający brak podstaw*

*wykluczenia w postępowaniu, na dzień składania ofert, tymczasowo zastępujący*

*wymagane przez zamawiającego podmiotowe środki umowy*

na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

***Dostawa sprzętu medycznego i wyposażenia dla oddziałów szpitalnych SP ZOZ w Sokółce.***

**Część \_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(nazwa postępowania)*,

prowadzonego przez

Nad Biebrzą Sp. z o.o., z siedzibą w Sokółce, przy ul. Torowej 12, 16-100 Sokółka, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Białymstoku, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 0001022373, REGON: 524609050, NIP: 5451826503, kapitał zakładowy: 5 000,00zł

*(oznaczenie zamawiającego),*

oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 5k Rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. U. UE. L. z 2014 r. Nr 229, str. 1 z późn. zm.), w brzmieniu nadanym temu rozporządzeniu przez kolejne zmiany [[1]](#footnote-1).
2. Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 Ustawa z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1497 z późn. zm.).[[2]](#footnote-2)

**INFORMACJA DOTYCZĄCA POLEGANIA NA ZDOLNOŚCIACH LUB SYTUACJI PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY W ZAKRESIE ODPOWIADAJĄCYM PONAD 10% WARTOŚCI ZAMÓWIENIA:**

[UWAGA*: wypełnić tylko w przypadku podmiotu udostępniającego zasoby, na którego zdolnościach lub sytuacji wykonawca polega w zakresie odpowiadającym ponad 10% wartości zamówienia. W przypadku więcej niż jednego podmiotu udostępniającego zasoby, na którego zdolnościach lub sytuacji wykonawca polega w zakresie odpowiadającym ponad 10% wartości zamówienia, należy zastosować tyle razy, ile jest to konieczne.*]

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu),*

polegam na zdolnościach lub sytuacji następującego podmiotu udostępniającego zasoby: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*,

w następującym zakresie:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(określić odpowiedni zakres udostępnianych zasobów dla wskazanego podmiotu)*,

co odpowiada ponad 10% wartości przedmiotowego zamówienia.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY, NA KTÓREGO PRZYPADA PONAD 10% WARTOŚCI ZAMÓWIENIA:**

[UWAGA*: wypełnić tylko w przypadku podwykonawcy (niebędącego podmiotem udostępniającym zasoby), na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia. W przypadku więcej niż jednego podwykonawcy, na którego zdolnościach lub sytuacji wykonawca nie polega, a na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia, należy zastosować tyle razy, ile jest to konieczne.*]

Oświadczam, że w stosunku do następującego podmiotu, będącego podwykonawcą, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*,

nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia przewidziane w  art.  5k Rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. U. UE. L. z 2014 r. Nr 229, str. 1 z późn. zm.), w brzmieniu nadanym temu rozporządzeniu przez kolejne zmiany.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE DOSTAWCY, NA KTÓREGO PRZYPADA PONAD 10% WARTOŚCI ZAMÓWIENIA:**

*[UWAGA: wypełnić tylko w przypadku dostawcy, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia. W przypadku więcej niż jednego dostawcy, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia, należy zastosować tyle razy, ile jest to konieczne.]*

Oświadczam, że w stosunku do następującego podmiotu, będącego dostawcą, na którego przypada ponad 10% wartości zamówienia:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*,

nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia przewidziane w  art.  5k Rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. U. UE. L. z 2014 r. Nr 229, str. 1 z późn. zm.), w brzmieniu nadanym temu rozporządzeniu przez kolejne zmiany.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**INFORMACJA DOTYCZĄCA DOSTĘPU DO PODMIOTOWYCH ŚRODKÓW DOWODOWYCH:**

Wskazuję następujące podmiotowe środki dowodowe, które można uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych, oraz dane umożliwiające dostęp do tych środków:

1) \_\_\_\_\_­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(wskazać podmiotowy środek dowodowy, adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji)*

2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(wskazać podmiotowy środek dowodowy, adres internetowy, wydający urząd lub organ, dokładne dane referencyjne dokumentacji)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Oświadczenie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym.*

**Załącznik nr 4.**

**ZAMAWIAJĄCY:**

|  |
| --- |
| Nad Biebrzą Sp. z o.o., z siedzibą w Sokółce, przy ul. Torowej 12, 16-100 Sokółka, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Białymstoku, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 0001022373, REGON: 524609050, NIP: 5451826503, kapitał zakładowy: 5 000,00zł |

*Znak sprawy: NB.DZ-DK.Db.263.13.2024*

*Nazwa zamówienia:* ***Dostawa sprzętu medycznego i wyposażenia dla oddziałów szpitalnych SP ZOZ w Sokółce***

|  |  |
| --- | --- |
| **WYKONAWCA/Wykonawca wspólnie ubiegającY się o udzielenie zamówienia:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(pełna nazwa/firma, adres)*  NIP/PESEL, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  KRS/CEiDG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  reprezentowany przez:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)* |  |

**Zał. nr 4 . OŚWIADCZENIE WYKONAWCY/ WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCEGO SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**

*w zakresie art. 108 ust.1 pkt 5 Ustawy z dnia 11 września 2019r. - Prawo zamówień publicznych*

*(t.j. Dz.U. 2023r. poz. 1605 ze zm.) (dalej jako: ustawa Pzp),*

na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

***Dostawa sprzętu medycznego i wyposażenia dla oddziałów szpitalnych SP ZOZ w Sokółce.***

**Część \_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(nazwa postępowania),*

prowadzonego przez

Nad Biebrzą Sp. z o.o., z siedzibą w Sokółce, przy ul. Torowej 12, 16-100 Sokółka, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Białymstoku, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 0001022373, REGON: 524609050, NIP: 5451826503, kapitał zakładowy: 5 000,00zł

*(oznaczenie zamawiającego),*

oświadczam, co następuje:

*[Uwaga: proszę zaznaczyć właściwe lub niepotrzebne skreślić]*

**nie należę do tej samej grupy kapitałowej** w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów, o której mowa w art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy Pzp z innym wykonawcą/ami, który złożył odrębna ofertę;

**należę do tej samej grupy kapitałowej z wykonawcą/ami, który złożył odrębną ofertę w niniejszym postępowaniu** w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów\*:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\*należy wskazać, co najmniej nazwę i adres siedziby podmiotów należących do tej samej grupy kapitałowej*

**Jednocześnie wraz z oświadczeniem składamy dokumenty lub informacje potwierdzające przygotowanie oferty niezależnie od innego wykonawcy należącego do tej samej grupy kapitałowej. \*\***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*\*** *jeżeli dotyczy*

*DODATKOWE INFORMACJE\**

* *Oświadczenie należy złożyć na wystosowane przez Zamawiającego zgodnie z art. 126 ust. 1 PZP wezwanie - niniejszego oświadczenia nie należy składać wraz z ofertą*
* *w przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie przez Wykonawców niniejsze oświadczenie składa odrębnie każdy z Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie.*

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Oświadczenie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

**Załącznik nr 5.**

**ZAMAWIAJĄCY:**

|  |
| --- |
| Nad Biebrzą Sp. z o.o., z siedzibą w Sokółce, przy ul. Torowej 12, 16-100 Sokółka, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Białymstoku, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 0001022373, REGON: 524609050, NIP: 5451826503, kapitał zakładowy: 5 000,00zł |

*Znak sprawy: NB.DZ-DK.Db.263.13.2024*

*Nazwa zamówienia:* ***Dostawa sprzętu medycznego i wyposażenia dla oddziałów szpitalnych SP ZOZ w Sokółce***

|  |  |
| --- | --- |
| ***WYKONAWCA:***  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *(pełna nazwa/firma, adres)*  *NIP/PESEL, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *KRS/CEiDG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *reprezentowany przez: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)* |  |

**Zał. nr 5. OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O AKTUALNOŚCI INFORMACJI**

/ składane na wezwanie/

*zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 Ustawy z dnia 11 września 2019r. - Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz.U. 2023r. poz. 1605 ze zm.) (dalej jako: ustawa Pzp),*

złożone na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn**.:**

***Dostawa sprzętu medycznego i wyposażenia dla oddziałów szpitalnych SP ZOZ w Sokółce***

**Część \_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(nazwa postępowania),*

prowadzonego przez

Nad Biebrzą Sp. z o.o., z siedzibą w Sokółce, przy ul. Torowej 12, 16-100 Sokółka, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Białymstoku, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 0001022373, REGON: 524609050, NIP: 5451826503, kapitał zakładowy: 5 000,00zł

*(oznaczenie zamawiającego),*

Ja (My) niżej podpisany(ni):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)*

działając w imieniu i na rzecz

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Nazwa i adres Wykonawcy)*

biorącego udział w postępowaniu o udzielenie ww. zamówienia publicznego

niniejszym oświadczam/oświadczamy\*, że informacje zawarte w złożonym przeze minie/przez nas Jednolitym Europejskim Dokumencie Zamówienia (JEDZ), o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp, w zakresie podstaw wykluczenia z przedmiotowego postępowania wskazanych przez zamawiającego, o których mowa w:

1. art. 108 ust. 1 pkt 3 ustawy Pzp,
2. art. 108 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp, dotyczących orzeczenia zakazu ubiegania się o zamówienie publiczne tytułem środka zapobiegawczego,
3. art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy Pzp, dotyczących zawarcia z innymi wykonawcami porozumienia mającego na celu zakłócenie konkurencji,
4. art. 108 ust. 1 pkt 6 ustawy Pzp,

w tym także informacje składane na podstawie art. 125 ust. 1 ust. Pzp, a zawarte w złożonym przeze minie/przez nas oświadczeniu w zakresie niepolegania wykluczeniu z postępowania na mocy:

* art. 7 ust. 1 Ustawa z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t.j. Dz. U. z 2023r. poz. 1497 z późn. zm.);
* art. 5k Rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. U. UE. L. z 2014r. Nr 229, str. 1 z późn. zm.),

**SĄ aktualne**

**NIE są AKTUALNE**

*[Uwaga: proszę zaznaczyć właściwe lub niepotrzebne skreślić.]*

*DODATKOWE INFORMACJE\**

* *Oświadczenie należy złożyć na wystosowane przez Zamawiającego zgodnie z art. 126 ust. 1 PZP wezwanie - niniejszego oświadczenia nie należy składać wraz z ofertą*
* *w przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie przez Wykonawców niniejsze oświadczenie składa odrębnie każdy z Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie.*

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) |

*Niniejsze „Oświadczenie” należy złożyć, w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

1. *Rozporządzenie Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczące środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. U. UE. L. z 2014 r. Nr 229, str. 1 z późn. zm.), z późn. zmianami:*

   *art. 5k dodany przez art. 1 pkt 23 rozporządzenia nr 2022/576 z dnia 8 kwietnia 2022 r. (Dz.U.UE.L.2022.111.1) zmieniającego nin. rozporządzenie z dniem 9 kwietnia 2022r.;*

   *art. 5k ust. 1:*

   *- zmieniony przez* [*art. 1 pkt 15*](https://sip.lex.pl/#/document/69594325?unitId=art(1)pkt(15)&cm=DOCUMENT) *rozporządzenia nr 2022/1269 z dnia 21 lipca 2022 r. (Dz.U.UE.L.2022.193.1) zmieniającego nin. rozporządzenie z dniem 22 lipca 2022r.*

   *- zmieniony przez* [*art. 1 pkt 22 lit. a*](https://sip.lex.pl/#/document/72177785?unitId=art(1)pkt(22)lit(a)&cm=DOCUMENT) *rozporządzenia nr 2023/1214 z dnia 23 czerwca 2023 r. (Dz.U.UE.L.2023.159I.1) zmieniającego nin. rozporządzenie z dniem 24 czerwca 2023r.*

   *art. 5k ust. 2 lit. e) zmieniona przez art. 1 pkt 12 rozporządzenia nr 2022/879 z dnia 3 czerwca 2022 r. (Dz.U.UE.L.2022.153.53) zmieniającego nin. rozporządzenie z dniem 4 czerwca 2022r.;*

   *art. 5k ust. 2 lit. f) uchylona przez art. 1 pkt 22 lit. b rozporządzenia nr 2023/1214 z dnia 23 czerwca 2023 r. (Dz.U.UE.L.2023.159I.1) zmieniającego nin. rozporządzenie z dniem 24 czerwca 2023r.*

   *Stosownie do art. 5k Rozporządzenia Rady (UE) 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie z późn. zmianami, zakazuje się udzielania lub dalszego wykonywania wszelkich zamówień publicznych lub koncesji objętych zakresem dyrektyw w sprawie zamówień publicznych, art. 10 ust. 1, 3, art. 10 ust. 6 lit. a)-e), art. 10 ust. 8, 9 i 10, art. 11, 12, 13 i 14 dyrektywy 2014/23/UE, art. 7 lit. a)-d), art. 8, art. 10 lit. b)-f) i lit. h)-j) dyrektywy 2014/24/UE, art. 18, art. 21 lit. b)-e) i lit. g)-i), art. 29 i 30 dyrektywy 2014/25/UE oraz art. 13 lit. a)-d), lit. f)-h) i lit. j) dyrektywy 2009/81/WE* na *rzecz lub z udziałem:*

   1. *obywateli rosyjskich, osób fizycznych zamieszkałych w* Rosji *lub osób prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w* Rosji*;*
   2. *osób prawnych, podmiotów lub organów, do których prawa własności bezpośrednio lub pośrednio w ponad 50 % należą do podmiotu, o którym mowa w lit. a) niniejszego ustępu; lub*
   3. *osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów działających w imieniu lub pod kierunkiem podmiotu, o którym mowa w lit. a) lub b) niniejszego ustępu,*

   *w tym podwykonawców, dostawców lub podmiotów,* na *których zdolności polega się w rozumieniu dyrektyw w sprawie zamówień publicznych, w przypadku gdy przypada* na *nich ponad 10 % wartości zamówienia* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Zgodnie z treścią art. 7 ust. 1* *Ustawa z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1497 z późn. zm.) z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursu prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 11 września 2019r. - Prawo zamówień publicznych wyklucza się:*

   1. *wykonawcę oraz uczestnika konkursu wymienionego w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanego na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;*
   2. *wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 z późn. zmianami) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;*
   3. *wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2023r. poz. 120 i 295), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy.*

   [↑](#footnote-ref-2)