Załącznik nr 1 do SWZ

Opis przedmiotu zamówienia (Formularz asortymentowy)

**URZĄDZENIE DO TRENINGU W DYNAMICZNYM ODCIĄŻENIU – 1 SZT.**

Nazwa urządzenia: ………………………………………..

Typ urządzenia: ………………………………………..

Rok produkcji: ………………………………………..

Kraj pochodzenia: ………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr wymagany** | **Wartość parametru** | **Parametr oferowany** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2022, wyklucza się aparaty demo, rekondycjonowane itd. | TAK, podać |  |
|  | Regulacja wysokości systemu za pomocą siłownika elektrycznego zasilanego akumulatorowo | TAK, podać |  |
|  | Podwieszenie dwupunktowe umożliwiające korekcję ustawienia miednicy oraz pochylenia przód/tył tułowia za pomocą 4 pasów | TAK, podać |  |
|  | Elektroniczny moduł pomiarowy pozwalający na monitorowanie: poziomu odciążenia lewej i prawej strony ciała, całkowitego odciążenia oraz feedback wzrokowy dla pacjenta | TAK, podać |  |
|  | System wyposażony w 4 kółka: 2 kółka blokowane kierunkowo oraz 2 kółka blokowane całkowicie | TAK, podać |  |
|  | Wysokość systemu przy maksymalnym rozsunięciu Maks. 240 cm | TAK, podać |  |
|  | Możliwość podwieszenia pacjenta o wzroście 210 cm | TAK, podać |  |
|  | Możliwość treningu chodu przodem, tyłem i bokiem | TAK, podać |  |
|  | Możliwość odciążenia do min. 160 kg | TAK, podać |  |
|  | Długość całkowita systemu nie większa niż 125 cm | TAK, podać |  |
|  | Regulowane uchwyty pozwalające na zmianę kąta ustawienia | TAK, podać |  |
|  | Dynamiczny system odciążenia umożliwiający przemieszczenie środka ciężkości- Min. 5 cm amplituda | TAK, podać |  |
|  | System wyposażony w jedną uprząż w uniwersalnym rozmiarze | TAK, podać |  |
|  | Regulowana szerokość podstawy umożliwiająca dostosowanie systemu do bieżni o różnych szerokości | TAK, podać |  |
|  | System wyposażony w uchwyty do prowadzenia systemu odciążenia przez pacjenta samodzielnie np. po salli lub korytarzu | TAK, podać |  |
|  | Wyrób medyczny | TAK, podać |  |
|  | Gwarancja Min. 24 miesiące | TAK |  |

*Parametry „TAK” są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.*

*Potwierdzenie spełnienia warunku należy zadeklarować poprzez „Tak” lub „Tak” i podać wartość/ opisać szczegółowo.*

*Formularz asortymentowy musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym.*