Załącznik nr 1 do SWZ

Opis przedmiotu zamówienia (Formularz asortymentowy)

**BIEŻNIA REHABILITACYJNA**

Pełna nazwa :

Typ/model :

Producent :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **Wartość  wymagana** | **Wartość  oferowana (podać/opisać)** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2022, wyklucza się aparaty demo, rekondycjonowane itd. | TAK |  |
|  | Zakres prędkości pasa [km/h]: 0,2-25 km/h | TAK |  |
|  | Dokładność regulacji prędkości pasa [km/h]: o 0,1 | TAK |  |
|  | Zakres regulacji pochylenia: 0 – 25 % | TAK |  |
|  | Dokładność regulacji kąta uniesienia [°]: o 0,5 | TAK |  |
|  | Długość części użytkowej pasa [mm]: Min. 140 cm | TAK |  |
|  | Szerokość części użytkowej pasa [mm]: Min. 52 cm | TAK |  |
|  | Szerokość nieruchomego pola spoczynkowego [mm]: Min. 100 cm | TAK |  |
|  | Dopuszczalna masa ćwiczącego pacjenta do 200 [kg]: | TAK |  |
|  | Ekran dotykowy Min. 7” | TAK |  |
|  | Stabilizacja prędkości pasa w pełnym zakresie obciążeń napędu | TAK |  |
|  | Dwa systemy bezpieczeństwa: przycisk awaryjny oraz wyłącznik magnetyczny | TAK |  |
|  | Możliwość tworzenia własnego protokołu ćwiczeń, 16 programów zdefiniowanych przez użytkownika | TAK |  |
|  | Możliwość współpracy z systemem do dynamicznego odciążenia pacjenta | TAK |  |
|  | 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.*