**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH**

**29 Rower rehabilitacyjny**

Nazwa producenta: .......................................................

Nazwa i typ: .......................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | **PARAMETR / WARUNEK WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY – PODAĆ** |
| 1. | Profesjonalny stacjonarny rower rehabilitacyjny z certyfikatem medycznym, możliwością wykonywania treningu dwukierunkowego (przód/tył), niezależnym pomiarem mocy kończyn dolnych (prawa/lewa), gotowymi programami treningowymi oraz rozbudowanymi możliwościami adaptacji pozycji treningowej  pacjenta |  |
| 2. | Regulacja długości korby umożliwiająca dopasowanie zakresu ruchu do  możliwości pacjenta |  |
| 3. | Śledzenie postępów dzięki pomiarom WAT/METs |  |
| 4. | Niezależny (prawa/lewa) pomiar mocy kończyn dolnych z feedbackiem  graficznym |  |
| 5. | Regulacja siodełka w dwóch płaszczyznach zapewniająca optymalną pozycję podczas ćwiczeń |  |
| 6. | Duże miękkie siedzisko zapewniające komfort |  |
| 7. | Pomiar pulsu w czujnikach dłoniowych |  |
| 8. | Opór: hamulec wiroprądowy |  |
| 9. | Przeniesienie napędu: wytrzymały pasek wieloklinowy ze sprężynowymi  kołami napinającymi |  |
| 10. | Ilość poziomów obciążenia: 50 |  |
| 11. | Wyświetlacz: LED + okno z matrycą punktową |  |
| 12. | Programy: pagórki, płaskowyż, interwałowy, HR/cardio, VO2, symetryczny, predefiniowany przez użytkownika, manualny/regulowany na  bieżąco przez użytkownika, izokinetyczny |  |
| 13. | Maksym. waga użytkownika: 200 kg |  |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone folderami

lub karatami katalogowymi oferowanego wyrobu.

**Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie *parametr oferowany* będzie traktowany jako brak danego**

**parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

**…………………………….**

**Podpis Wykonawcy**