**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH**

**28 Orbitrek**

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | **PARAMETR / WARUNEK WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY – PODAĆ** |
| 1. | Orbitrek z konsolą elektroniczną min. 10” ekran LCD |  |
| 2. | Wentylatory chłodzące, uchwyt na butelkę, głośniki, |  |
| 3. | Koło zamachowe min. 16kg |  |
| 4. | Regulowane nachylenie min. 0 do 35 stopni |  |
| 5. | Kontrola nachylenia i oporu zintegrowane z uchwytami |  |
| 6. | Czujniki pomiaru tętna |  |
| 7. | Pedały z ergonomicznym kształcie dwustopniowe, wewnętrzne nachylenie, które  pozwala uniknąć bólów kolan i stóp, poprzez umieszczenie stawów zawsze w odpowiednim ułożeniu w czasie ćwiczeń |  |
| 8. | Obciążenie maks do 180kg |  |
| 9. | Funkcje komputera:  Programy standardowe: 6  Program użytkownika: 2 Program sterowany tętnem: 2  Wyświetlacz: 10,1" Hi Tech Blue Backlight LCD-Display Bluetooth - Łączność z tabletem / smartfonem  Puls ręczny poprzez sensory dotykowe Możliwość podłączenia MP3  Nawiew |  |
| 10. | Wymiar pedałów: 38 cm  Regulacja pedałów: 10 pozycji Odległość między pedałami: 10 cm  Kąt pochylenia tylnych szyn: 0 - 35 stopni  Długość kroku: 55 cm  Wymiary (dł.szer.wys): 211 x 81 x 174 cm +/-3cm |  |

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**