# ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

**73 Rotor ręczny**

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | **PARAMETR / WARUNEK WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY – PODAĆ** |
| 1. | Rotor do rehabilitacji kończyny górnej i dolnej. Umożliwia beznarzędziowe przełożenie rotora z kończyny dolnej na górną |  |
| 2. | Płaska podstawa, pilot sterujący 2,7" z kolorowym ekranem |  |
| 3. | Ćwiczenia kończyn górnych z długimi korbami |  |
| 4. | Podparcie stóp z dwustopniową regulacją |  |
| 5. | Promień dysku korbowego [mm]: 90 |  |
| 6. | Prędkość silnika: 0 - 60 obrotów / minuta |  |
| 7. | Regulacja oporu: 0 - 15 |  |
| 8. | Wyświetlane parametry ćwiczeń: odległość, czas trwania ćw., ilość obrotów  / min, wydatek energ. (kcal) |  |
| 9. | Czas treningu: 1 - 180 min. |  |

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**