**Nr spr. 23/2021 zał nr 2/7**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Formularz cenowo-techniczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa urządzenia | Jm | Ilość | Cena netto  za szt | Wartość netto | Wartość brutto | Producent |
| 1 | Stepper poziomy | Szt. | 2 |  |  |  |  |

Minimalne wymagania techniczno- użytkowe:

* Moc (zakres pracy)min. 5-750Wat
* Rodzaj oporu-hamulec wiroprądowy
* Ilość poziomów obciążenia 10- 20
* Rodzaj wyświetlacza LCD
* Ilość wbudowanych programów 5- 10
* Regulacja siedziska: możliwość obrotu, zmiany nachylenia oparcia, przybliżanie i oddalania siedziska (dopasowanie długości kończyn)
* Maksymalna masa użytkownika min. 200kg
* Masa urządzeniamin. 110kg max 130kg
* Wyrób medyczny
* Gwarancja 24 miesiące
* Szkolenie z obsługi urządzenia po stronie dostawcy
* Przeglądy techniczne urządzenia w trakcie trwania gwarancji- po stronie dostawcy
* Urządzenie odporne na działanie powszechnie dostępnych środków dezynfekcyjnych

Oświadczenie Wykonawcy:

**Urządzenie spełnia / nie spełnia\* wymagań/nia zamawiającego. ( jeśli są inne należy je opisać)**

* **niepotrzebne skreślić**

**………………………………………………………**

**podpis osoby uprawnionej**