**Nr. spr. 16/2021 Załącznik nr 2/2**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Formularz cenowo-techniczny**

**Zadanie 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa urządzenia | Jm | Ilość | Cena netto  za szt. | Wartość netto | Wartość brutto | Producent |
| 1 | Urządzenie do suchego masażu- łóżko wodne | Szt. | 2 |  |  |  |  |

Minimalne wymagania techniczno użytkowe:

- odliczanie czasu trwania zabiegu

- ciśnienie od 0,5- 4 Bar- temperatura wody w urządzeniu 25-40 St. C

- dwie dysze wodne

- Ilość wody w urządzeniu ok. 330l.

- pobór prądu do 3000 W

- zasilanie sieciowe – 220-240V/1N/ 16A

- możliwość indywidualnego programowania rodzaju i ilości zabiegów

- wysokość urządzenia max 57 cm, długość urządzenia max 215cm, szerokość max

110cm

- uchwyt dla pacjentów

- możliwość zaprogramowania w obrębie jednej jednostki zabiegowej 3 zabiegów

- karta chipowa, spełniająca następujące wymogi - rodzaj masażu i czas trwania masażu

- emisja hałasu max 55dB

- gwarancja 24 miesiące

- woda w obiegu zamkniętym

- chłodzenie urządzenia przy pomocy wężownicy podłączonej do zimnej wody

bieżącej

- sterowanie urządzeniem za pomocą przycisków pneumatycznych ( Zamawiający

wyklucza sterownie urządzeniem przy pomocy paneli dotykowych-elektronicznych)

- dysze wodne masujące mięśnie przykręgosłupowe i plecy z wyłączeniem kręgosłupa

- wybór następujących technik masażu : okrężny, równoległy, przeciwbieżny, wyciskający, wzdłuż

kręgosłupa, pulsacyjny

- masaż punktowy - możliwość zatrzymania dysz w wybranym miejscu podczas trwania masażu

- możliwość zmiany techniki masażu np. z równoległego na okrężny podczas trwania zabiegu

(pracy urządzenia)

- dysze wodne umiejscowione na wózku, który w trakcie masażu przesuwa się w górę i w dół

- dostosowanie pracy dysz na długości pleców do wzrostu pacjentów

- regulacja prędkości pracy wózka

- w trakcie masażu możliwość zwiększenia lub zmniejszenia prędkości pracy dysz

- waga urządzenia z wodą 460- 500kg

- certyfikowany produkt medyczny kasa II a

- waga pacjenta do 150kg

- przeglądy urządzenia po stronie dostawcy

* szkolenie personelu po stronie dostawcy

Oświadczenie Wykonawcy:

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

* **niepotrzebne skreślić**

**………………………………………………………**

**podpis osoby uprawnionej**