**Załącznik nr 2**

**Pakiet nr 2**

**Przedmiot zamówienia:**

**- Urządzenie do masażu wirowego (hydromasażu) kończyn dolnych i kręgosłupa – 1 szt.**

**- Wirówka do masażu kończyn górnych -1 szt.**

SPECYFIKACJA TECHNICZNA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LP. | **PARAMETR / WARUNEK** | **Wartość wymagana** | **Oferowana wartość** |
| I | **Urządzenie do masażu wirowego (hydromasażu) kończyn dolnych i kręgosłupa - 1szt** |  |  |
| 1 | Typ/model/ producent | Podać |  |
| 2 | urządzenie do masażu wirowego kończyn dolnych i kręgosłupa | Tak |  |
| 3 | niecka wzmacniana matami z włókna szklanego, kolor w uzgodnieniu z zamawiającym | Tak |  |
| 4 | ekonomiczne zużycie wody w czasie zabiegu (75-210 l), | Tak |  |
| 5 | hydromasaż przy użyciu 12 dysz kierunkowych, | Tak |  |
| 6 | możliwość pracy na dwóch poziomach (75/145 l): 1 - kończyny dolne, 2 - kończyny dolne + kręgosłup | Tak |  |
| 7 | elektroniczny panel sterowania, | Tak |  |
| 8 | ustawianie czasu zabiegu (1-599 min.), | Tak |  |
| 9 | zabezpieczenie pompy przed pracą na sucho | Tak |  |
| 10 | system odkamieniania sterowany elektronicznie | Tak |  |
| 11 | czujnik temperatury wody, | Tak |  |
| 12 | czujnik poziomu wody, | Tak |  |
| 13 | system automatycznego napełniania, | Tak |  |
| 14 | stopień ułatwiający wejście do wanny w zestawie. | Tak |  |
| 15 | Wymiary (dł. x szer. x wys.) [cm]: 117 x 68 x 95 (+/-2cm) | Tak |  |
| II | **Wirówka do masażu kończyn górnych -1 szt.** |  |  |
| 1 | Typ/model/ producent | Podać |  |
| 2 | Urządzenie do masażu wirowego kończyn górnych.  Niecka wykonana ze szkła akrylowego, kolor w uzgodnieniu z zamawiającym | Tak |  |
| 3 | 44 dysz powietrznych do masażu | Tak |  |
| 4 | Pojemność zabiegowa 48 l | Tak |  |
| 5 | Zabezpieczenie pompy przed pracą na sucho | Tak |  |
| 6 | System odkamieniania sterowany elektronicznie | Tak |  |
| 7 | Czujnik temperatury wody | Tak |  |
| 8 | Prysznic ciepły | Tak |  |
| 9 | Hydromasaż za pomocą strumienia wody o uregulowanej  sile  (przez napowietrzenie - bierny masaż perełkowy) | Tak |  |
| 10 | Krzesło | Tak |  |
| 11 | Wymiary 900x950x920 mm | Tak |  |
| 12 | Deklaracja Zgodności, WPIS lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych, | Tak |  |
| 13 | Gwarancja min. 24 miesięcy | Tak |  |
| 14 | Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat | Tak |  |
| 15 | Czas reakcji serwisu max. 72 godz. Robocze. | Tak |  |
| 16 | Rok produkcji: 2023 | Tak |  |

Uwaga! Brak spełnienia jakiegokolwiek pkt specyfikacji, skutkować będzie odrzuceniem oferty jako niezgodnej z treścią Zapytania ofertowego.

**Oświadczenie Wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej do dostarczenia przedmiotu zamówienia spełniającej wyspecyfikowane parametry jw.

……………………………

podpis