

ZAPYTANIE OFERTOWE NR 12 / 2026 FAMAR

Przedmiotem zamówienia jest na zakup, dostawę, wniesienie, montaż, uruchomienie, instruktaż personelu oraz przekazanie dokumentacji sprzętu medycznego, rehabilitacyjnego i wyposażenia sali rehabilitacyjnej dla Mazowieckiego Domu Opieki Medycznej w Mławie w ramach projektu FEMA.08.05-IP.01-09F0/25 – „Dom spokojnych chwil – utworzenie MDOM dla pacjentów powiatu mławskiego”.

Data zapytania	27.07. 2026 r.
Zamawiający	FAMAR Sp. z o.o. ul. Gruduska 50 06-400 Ciechanów NIP: 5662012631 REGON: 147058965 KRS: 0000493614
Projekt	FEMA. FEMA.08.05-IP.01-09F0/25 – „Dom spokojnych chwil – utworzenie MDOM dla pacjentów powiatu mławskiego”.
Przedmiot zamówienia	zakup, dostawę, wniesienie, montaż, uruchomienie, instruktaż personelu oraz przekazanie dokumentacji sprzętu medycznego, rehabilitacyjnego i wyposażenia sali rehabilitacyjnej dla Mazowieckiego Domu Opieki Medycznej w Mławie zgodnie z Załącznikiem nr 1a oraz Formularzem asortymentowo-cenowym.
Planowany termin realizacji	do 30dni kalendarzowych od dnia zawarcia umowy, zgodnie z terminem zaoferowanym przez Wykonawcę
Termin składania ofert	do dnia 04.08.2026 2026 r. do godz. 08.00 wyłącznie za pośrednictwem Bazy Konkurencyjności
Miejsce realizacji	MDOM w Mławie ul. Brukowa 4, 06-500

Tryb postępowania i podstawowe zasady

Niniejsze postępowanie prowadzone jest zgodnie z zasadą konkurencyjności określoną w Wytocznych dotyczących kwalifikowalności wydatków na lata 2021–2027, obowiązujących dla projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej.

Zamawiający nie jest podmiotem zobowiązanym do stosowania ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych w zakresie niniejszego zamówienia. Postępowanie prowadzone jest jednak z zachowaniem zasad przejrzystości, uczciwej konkurencji, równego traktowania wykonawców, proporcjonalności, efektywności oraz racjonalnego i celowego wydatkowania środków publicznych.

Postępowanie realizowane jest za pośrednictwem Bazy Konkurencyjności. Zamówienie nie może zostać udzielone wykonawcy powiązanemu osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym ani wykonawcy podlegającemu wykluczeniu na podstawie przepisów sankcyjnych.

Przedmiot zamówienia

1. Przedmiotem zamówienia jest kompleksowy zakup, dostawa, wniesienie, montaż, uruchomienie, instruktaż personelu oraz przekazanie dokumentacji sprzętu medycznego, rehabilitacyjnego i wyposażenia sali rehabilitacyjnej, obejmującego pozycje wskazane w Załączniku nr 1a oraz Załączniku nr 2.

2. Zamówienie obejmuje w szczególności:

- zakup fabrycznie nowego, kompletnego i wolnego od wad sprzętu oraz wyposażenia;
- transport do miejsca realizacji zamówienia;
- rozładunek, wniesienie i ustawienie sprzętu w pomieszczeniach wskazanych przez Zamawiającego;
- montaż, konfigurację i uruchomienie, jeżeli charakter sprzętu tego wymaga;
- sprawdzenie poprawności działania i gotowości do użytkowania;
- przeprowadzenie instruktażu personelu Zamawiającego z obsługi sprzętu, jeżeli dotyczy;

- przekazanie dokumentacji technicznej, użytkowej, gwarancyjnej oraz dokumentów dopuszczających sprzęt do obrotu i używania, jeżeli są wymagane przepisami;
- zapewnienie serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego na terenie Polski.

3. Zamawiający nie dopuszcza składania ofert częściowych. Oferta musi obejmować pełny zakres wszystkich pozycji objętych zamówieniem. Brak podziału zamówienia na części jest uzasadniony potrzebą zapewnienia spójnej organizacji dostaw, jednolitego procesu odbiorowego, jednego harmonogramu, ograniczenia zakłóceń w organizacji placówki oraz jednolitej odpowiedzialności gwarancyjno-serwisowej Wykonawcy.

4. Zamawiający dopuszcza rozwiązania równoważne lub lepsze od opisanych w dokumentacji, pod warunkiem wykazania spełnienia minimalnych parametrów technicznych, funkcjonalnych, jakościowych i użytkowych określonych w Załączniku nr 1a.

5. Wszelkie nazwy, technologie, normy, standardy lub rozwiązania użyte w dokumentacji należy rozumieć jako określenie minimalnego standardu jakościowego i funkcjonalnego. Nie wskazuje się marki, producenta ani modelu.

Kod CPV

- 33100000-1 – Urządzenia medyczne
- 33150000-6 – Urządzenia do radioterapii, mechanoterapii, elektroterapii i fizykoterapii
- 33155000-1 – Urządzenia do fizykoterapii
- 33192000-2 – Meble medyczne
- 33193120-6 – Wózki inwalidzkie
- 33196200-2 – Sprzęt dla osób niepełnosprawnych
- 37420000-8 – Sprzęt gimnastyczny
- 37440000-4 – Sprzęt do ćwiczeń fizycznych

Miejsce i warunki realizacji

1. Miejscem dostawy jest MDOM w Mławie, ul. Brukowa 4, 06-500 Mława albo inne miejsce w Mławie wskazane przez Zamawiającego w umowie.
2. Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć sprzęt fabrycznie nowy, kompletny, nieużywany, wolny od wad fizycznych i prawnych oraz przygotowany do użytkowania od dnia odbioru.
3. Wykonawca zapewnia transport, rozładunek, wniesienie, montaż, konfigurację, uruchomienie oraz instruktaż personelu, jeżeli charakter danego sprzętu tego wymaga.
4. Za datę wykonania zamówienia uznaje się dzień podpisania końcowego protokołu odbioru bez zastrzeżeń.

Wymagania ogólne wobec oferowanego sprzętu

5. Wszystkie oferowane pozycje muszą być fabrycznie nowe, kompletne, nieużywane, wolne od wad prawnych i fizycznych oraz zgodne z przeznaczeniem opisanym w dokumentacji.
6. Sprzęt musi być przeznaczony do stosowania w placówkach ochrony zdrowia, opieki długoterminowej, rehabilitacji lub aktywizacji pacjentów, jeżeli wymaga tego funkcja danego urządzenia.
7. Sprzęt, który stanowi wyrób medyczny, musi być dopuszczony do obrotu i używania zgodnie z właściwymi przepisami prawa, w szczególności z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 oraz ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych.
8. Dla pozycji wymagających deklaracji zgodności UE, certyfikatów, instrukcji bezpieczeństwa, dokumentów rejestracyjnych lub kart katalogowych Wykonawca zobowiązany jest przekazać je najpóźniej przy odbiorze końcowym.
9. Wykonawca zapewni instrukcje obsługi w języku polskim, o ile są wymagane dla danego rodzaju sprzętu.
10. Sprzęt musi być możliwy do utrzymania w czystości i dezynfekcji zgodnie z wymaganiami właściwymi dla placówki ochrony zdrowia lub opieki długoterminowej.

Warunki udziału w postępowaniu

O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się Wykonawcy, którzy:

- nie są powiązani osobowo ani kapitałowo z Zamawiającym;
- nie podlegają wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. w sprawie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz innych właściwych przepisów sankcyjnych;
- złożą ofertę obejmującą cały przedmiot zamówienia;
- zapewniają serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski, jeżeli dotyczy danego sprzętu;
- zapewnią instruktaż personelu z obsługi dostarczonego sprzętu, jeżeli charakter sprzętu tego wymaga;
- dostarczą dokumenty potwierdzające parametry oferowanych urządzeń i wyposażenia.

Zakaz powiązań osobowych i kapitałowych

W celu uniknięcia konfliktu interesów zamówienie nie może zostać udzielone wykonawcy powiązanemu osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym. Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się w szczególności:

- uczestniczenie w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- posiadanie co najmniej 10% udziałów lub akcji, o ile niższy próg nie wynika z przepisów prawa albo wytycznych właściwych dla projektu;
- pełnienie funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta lub pełnomocnika;
- pozostawanie w związku małżeńskim, stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej albo bocznej do drugiego stopnia, związku z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli albo pozostawanie we wspólnym pożyciu;
- pozostawanie w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który może budzić uzasadnione wątpliwości co do bezstronności lub niezależności w związku z postępowaniem.

Klauzula sankcyjna

Zamawiający wykluczy z postępowania Wykonawcę, wobec którego zachodzą przesłanki wykluczenia wynikające z art. 7 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. w sprawie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz innych właściwych przepisów dotyczących środków ograniczających. W przypadku ofert wspólnych warunków braku podstaw wykluczenia muszą spełniać wszyscy Wykonawcy występujący wspólnie.

Dokumenty wymagane wraz z ofertą

Wykonawca zobowiązany jest złożyć:

- Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy;
- Załącznik nr 1a – Szczegółowa specyfikacja techniczna aparatury, sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego;
- Załącznik nr 2 – Formularz asortymentowo-cenowy;
- Załącznik nr 3 – Formularz potwierdzenia spełnienia parametrów technicznych;
- Załącznik nr 4 – Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych;
- Załącznik nr 5 – Oświadczenie o możliwości wykonania zamówienia;
- Załącznik nr 6 – Klauzula informacyjna RODO / oświadczenie o zapoznaniu się z klauzulą;
- Załącznik nr 7 – Oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu;
- dokumenty potwierdzające parametry oferowanego sprzętu, w szczególności karty katalogowe, specyfikacje techniczne, deklaracje zgodności lub inne dokumenty producenta;
- pełnomocnictwo, jeżeli ofertę podpisuje osoba niewskazana w dokumentach rejestrowych.

W dokumentach technicznych należy wskazać producenta, model/typ oferowanego sprzętu, opisać parametry oferowane oraz jednoznacznie wykazać spełnienie minimalnych wymagań określonych w Załączniku nr 1a.

Kryteria oceny ofert

Ocena ofert zostanie przeprowadzona na podstawie następujących kryteriów:

Kryterium	Waga
Cena brutto	50 pkt
Gwarancja	20 pkt
Termin dostawy	30 pkt

Cena brutto: $C = (\text{najniższa cena brutto spośród ofert nieodrzuconych} / \text{cena brutto oferty badanej}) \times 40$. Wynik zaokrągla się do dwóch miejsc po przecinku.

Gwarancja: do oceny przyjmuje się najkrótszy zaoferowany okres gwarancji spośród wszystkich pozycji objętych ofertą. Minimalny wymagany okres gwarancji wynosi 12 miesięcy. Oferta z gwarancją krótszą niż 12 miesięcy zostanie odrzucona.

- 12 miesięcy – 0 pkt
- 13–24 miesiące – 5 pkt
- 25–36 miesięcy – 10 pkt
- 37 miesięcy i więcej – 20 pkt

Termin dostawy: przez termin dostawy rozumie się maksymalny termin kompletnej realizacji zamówienia liczony od dnia zawarcia umowy do dnia podpisania końcowego protokołu odbioru, obejmujący dostawę, wniesienie, montaż, uruchomienie i instruktaż, jeżeli dotyczy. Maksymalny dopuszczalny termin realizacji zamówienia wynosi 60 dni kalendarzowych. Oferta z terminem dłuższym zostanie odrzucona.

- do 14 dni kalendarzowych – 30 pkt
- 15–21 dni kalendarzowych – 20 pkt
- 22–30 dni kalendarzowych – 10 pkt
- Powyżej 30 dni – 0 pkt

Łączna punktacja: $P = C + G + T$, gdzie P – suma punktów, C – punkty za cenę, G – punkty za gwarancję, T – punkty za termin dostawy.

Rozstrzygnięcie remisów

W przypadku uzyskania tej samej liczby punktów przez dwie lub więcej ofert, o kolejności decyduje kolejno: wyższa liczba punktów w kryterium cena, następnie wyższa liczba punktów w kryterium termin dostawy, a następnie wyższa liczba punktów w kryterium gwarancja.

Odbiory, płatność, serwis i gwarancja

Odbiór nastąpi na podstawie protokołu dostawy ilościowej, protokołu odbioru jakościowego, protokołu montażu i uruchomienia – jeżeli dotyczy, protokołu instruktażu personelu – jeżeli dotyczy, oraz końcowego protokołu odbioru bez zastrzeżeń.

Wynagrodzenie będzie płatne przelewem w terminie 30 dni od dnia doręczenia prawidłowo wystawionej faktury, po podpisaniu końcowego protokołu odbioru bez zastrzeżeń. Zamawiający nie przewiduje zaliczek.

Wykonawca zapewni serwis gwarancyjny na terenie Polski, kontakt serwisowy w dni robocze, czas reakcji zdalnej/telefonicznej do 24 godzin oraz czas przystąpienia do usuwania awarii w miejscu użytkowania do 72 godzin, jeżeli problem wymaga interwencji. Wykonawca zapewni dostępność serwisu pogwarancyjnego i części eksploatacyjnych przez minimum 5 lat od dnia dostawy, o ile dotyczy danego rodzaju sprzętu.

Kary umowne

- za opóźnienie w realizacji dostawy – 0,2% wynagrodzenia brutto za każdy dzień opóźnienia;
- za opóźnienie w wykonaniu obowiązków gwarancyjnych – 0,1% wynagrodzenia brutto za każdy dzień opóźnienia;
- za odstąpienie od umowy z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy – 10% wynagrodzenia brutto;
- łączna wysokość kar umownych nie przekroczy 20% wynagrodzenia brutto.

Zamawiający zastrzega sobie prawo dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość naliczonych kar, jeżeli poniesiona szkoda przewyższy wysokość kar umownych.

Sposób składania ofert

Oferta musi zostać sporządzona w języku polskim, podpisana przez osobę uprawnioną do reprezentowania Wykonawcy, złożona wraz z kompletem wymaganych załączników i dokumentów oraz przekazana wyłącznie za pośrednictwem Bazy Konkurencyjności. Wykonawca ponosi wszelkie koszty przygotowania i złożenia oferty.

Odrzucenie ofert i unieważnienie postępowania

Zamawiający odrzuci ofertę w szczególności, gdy:

- została złożona po terminie albo poza Bazą Konkurencyjności;
- nie obejmuje całego przedmiotu zamówienia;
- nie zawiera wymaganych dokumentów lub oświadczeń;
- jest niezgodna z opisem przedmiotu zamówienia albo oferowany sprzęt nie spełnia minimalnych wymagań;
- została złożona przez Wykonawcę podlegającego wykluczeniu albo powiązanego z Zamawiającym;
- zawiera informacje nieprawdziwe lub wprowadzające w błąd;
- przewiduje termin realizacji dłuższy niż 60 dni lub gwarancję krótszą niż 12 miesięcy.

Zamawiający zastrzega sobie prawo unieważnienia postępowania, jeżeli nie wpłynie żadna oferta niepodlegająca odrzuceniu, cena najkorzystniejszej oferty przekroczy budżet Zamawiającego, wystąpi istotna zmiana okoliczności wpływająca na realizację projektu albo postępowanie będzie obciążone wadą uniemożliwiającą zawarcie ważnej umowy.

Zmiany umowy

Zmiana umowy jest dopuszczalna wyłącznie w granicach przewidzianych zasadą konkurencyjności, Wytocznymi dotyczącymi kwalifikowalności wydatków na lata 2021–2027 oraz właściwymi przepisami prawa. Zmiany nie mogą prowadzić do zmiany charakteru umowy, obejścia zasady konkurencyjności, istotnej zmiany warunków postępowania ani naruszenia zasady równego traktowania wykonawców.

Dopuszcza się w szczególności możliwość zmiany parametrów technicznych urządzeń na równoważne lub lepsze, sposobu realizacji dostawy, danych organizacyjnych Stron, terminu realizacji z przyczyn niezależnych od Stron oraz wynagrodzenia wyłącznie w przypadkach przewidzianych przepisami prawa lub wytocznymi projektowymi. Każda zmiana umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

Załączniki

11. Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy
12. Załącznik nr 1a – Szczegółowa specyfikacja techniczna aparatury, sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego
13. Załącznik nr 2 – Formularz asortymentowo-cenowy
14. Załącznik nr 3 – Formularz potwierdzenia spełnienia parametrów technicznych
15. Załącznik nr 4 – Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych
16. Załącznik nr 5 – Oświadczenie o możliwości wykonania zamówienia
17. Załącznik nr 6 – Klauzula informacyjna RODO
18. Załącznik nr 7 – Oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu
19. Załącznik nr 8 – Wzór umowy

Podpis osoby reprezentującej Zamawiającego:

.....



Fundusze Europejskie
dla Mazowsza



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Mazowsze.
serce Polski

Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy

Nazwa Wykonawcy / dostawcy	
Adres	
NIP / REGON / KRS lub CEIDG	
Telefon	
E-mail	

Niniejszym, po zapoznaniu się z treścią zapytania ofertowego oraz jego załącznikami, składamy ofertę na realizację przedmiotowego zamówienia.

Termin wykonania zamówienia	 dni kalendarzowych od dnia zawarcia umowy
Cena ofertowa netto	 zł
Podatek VAT	 zł
Cena ofertowa brutto	 zł
Słownie cena brutto	
Okres gwarancji	 miesięcy
Pozostałe informacje	

Oświadczamy, że przedmiot zamówienia wykonamy w pełnym zakresie określonym w zapytaniu ofertowym, Załączniku nr 1a, Załączniku nr 2 oraz pozostałych załącznikach.

Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.

W przypadku uznania naszej oferty za najkorzystniejszą zobowiązujemy się zawrzeć umowę w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.

Miejscowość, data, podpis:

.....

Załącznik nr 1a

OŚWIADCZAMY, ŻE OFERUJEMY:

Niespełnienie co najmniej jednego z postawionych poniżej wymagań co do ich wartości minimalnych spowoduje odrzucenie oferty.

Kolumnę 3 i 4 wypełnia Wykonawca.

Lp.	OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH	Wymogi graniczne/ Sposób oceny	Odpowiedź Wykonawcy - TAK/NIE parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać
E-stetoskop – 1 szt.			
Typ/model oferowanego sprzętu: Producent: Kraj produkcji: Rok produkcji:			
1	2	3	4
I.	WARUNKI PODSTAWOWE		



Fundusze Europejskie
dla Mazowsza



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Mazowsze.
serce Polski

1.	E-stetoskop nie starsze niż 2025 roku, fabrycznie nowe, nieużywane, nie rekondycjonowane, nie powystawowe	Tak, podać	
II.	Parametry ogólne		
1.	Min. 40-krotne wzmocnienie dźwięku	Tak, podać	
2.	Aktywna redukcja szumów	Tak, podać	
3.	Bezprzewodowa łączność Bluetooth daje możliwość parowania z różnymi urządzeniami mobilnymi	Tak, podać	
4.	Waga maks. 300 g	Tak, podać	
5.	Materiał głowicy wykonany z włókna szklanego	Tak, podać	
6.	Głowica dwustronna	Tak, podać	
7.	Membrana duża 4,3 cm, membrana mała 3,3 cm	Tak, podać	
Lp.	OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH	Wymogi graniczne/ Sposób oceny	Odpowiedź Wykonawcy - TAK/NIE parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać
EKG przenośny – 1 szt.			
Typ/model oferowanego sprzętu: Producent:			

Kraj produkcji:

Rok produkcji:

1	2	3	4
I.	WARUNKI PODSTAWOWE		
1.	EKG przenośny nie starszy niż 2025 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy	Tak, podać	
II.	Parametry ogólne		
1.	Elektrokardiograf 12 kanałowy	Tak, podać	
2.	Kolorowy ekran TFT LCD zintegrowany z aparatem o rozmiarze min. 5" (720x1280)	Tak, podać	
3.	Prezentacja 12 odprowadzeń EKG	Tak, podać	
4.	Wymiary aparatu max. 240mm*140mm*60mm	Tak, podać	
5.	Waga aparatu bez akcesoriów, max. 1,1 kg	Tak, podać	
6.	Ekran typu touch screen	Tak, podać	
7.	Klawiatura funkcyjna wbudowana w aparat, odporna na środki dezynfekcyjne	Tak, podać	
8.	Wydruk na papierze termicznym w składance o szerokości min.: 80 mm	Tak, podać	
9.	Przesuw papieru min.: 5/6,25/10/12,5/25/50 mm/s	Tak, podać	



Fundusze Europejskie
dla Mazowsza



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Mazowsze.
serce Polski

10.	Wzmocnienie min.: 1.25, 2.5, 5, 10, 20, 10/5, AGC	Tak, podać	
11.	Impedancja wejściowa min.: 50 mΩ	Tak, podać	
12.	CMRR min.: 140 db	Tak, podać	
13.	Przetwornik A/D min.: 24 bity	Tak, podać	
1.	Częstotliwość próbkowania min. 100 [kHz]	Tak, podać	
14.	Detekcja pików rozrusznika serca	Tak, podać	
15.	Filtr zakłóceń sieciowych	Tak, podać	
16.	Filtr zakłóceń mięśniowych, min.: 25/35/45 Hz	Tak, podać	
17.	Filtr dolno-przepustowy, min.: 300/270/150/100/75 Hz	Tak, podać	
18.	Filtr anty-dryftowy	Tak, podać	
19.	Ciągły pomiar i prezentacja na ekranie HR	Tak, podać	
20.	Formaty wydruku dla wbudowanej drukarki termicznej, min.: 1*1/3*1/3*4 /3*4+1r	Tak, podać	
21.	Sygnalizacja	Tak, podać	
22.	Możliwość wydruku badania na drukarce laserowej podłączonej bezpośrednio do aparatu poprzez port USB lub WIFI. Formaty wydruku min.: 3*4 /3*4+1r /3*4+3r /6*2 /6*2+1r /12*1	Tak, podać	



Fundusze Europejskie
dla Mazowsza



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Mazowsze.
serce Polski

23.	Drukarka do wydruku raportów EKG kompatybilna z oferowanym aparatem EKG	Tak, podać	
24.	Automatyczna analiza i interpretacja	Tak, podać	
25.	Czas pracy na akumulatorze min. 4 godziny	Tak, podać	
26.	Możliwość przeglądania na ekranie badania przed wydrukiem	Tak, podać	
27.	Wbudowana baza danych pacjentów, min. 8000 badań	Tak, podać	
28.	Możliwość przeglądania i wydruku badań z archiwum	Tak, podać	
29.	Funkcja wydruku z wykorzystaniem jednego przycisku	Tak, podać	
30.	Zapis badań w formacie min. Dat, pdf,jpg,png oraz z możliwością rozbudowy o format dicom, xml, scp - na dzień składania oferty	Tak, podać	
31.	Obsługa listy zadań (workflow)	Tak, podać	
32.	Obsługa usługi FTP/SFTP, możliwość konfiguracji aparatu w sieci komputerowej (IP, Brama, Maski)	Tak, podać	
33.	Wbudowane, min.: złącze lan, złącze 2xusb, WIFI	Tak, podać	
34.	Wózek pod aparat wyposażony w min. Wysięgnik na kabel pacjenta, kółka z możliwością blokady min. Dwóch kół, koszyk - 1 sztuka	Tak, podać	
35.	Elektrody klamrowe oraz przyssawkowe - 1 komplet	Tak, podać	
36.	Papier termiczny do wydruku min. – 2 sztuk	Tak, podać	

37.	Kabel pacjenta EKG - 1 sztuka	Tak, podać	
Lp.	OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH	Wymogi graniczne/ Sposób oceny	Odpowiedź Wykonawcy - TAK/NIE parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać
Ciśnieniomierz – 1 szt.			
Typ/model oferowanego sprzętu: Producent: Kraj produkcji: Rok produkcji:			
1	2	3	4
I.	WARUNKI PODSTAWOWE		
1.	Ciśnieniomierz nie starszy niż 2025 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy	Tak, podać	
II.	Parametry ogólne		
1.	automatyczny pomiar ciśnienia metodą oscylometryczną,	Tak, podać	
2.	pomiar skurczowego i rozkurczowego ciśnienia tętniczego oraz tętna,	Tak, podać	



3.	funkcja wykrywania migotania przedsionków (AFib),	Tak, podać	
4.	funkcja wykrywania nieregularnego rytmu serca,	Tak, podać	
5.	funkcja wykrywania ruchu ciała podczas pomiaru,	Tak, podać	
6.	wskaźnik nieprawidłowo założonego mankietu,	Tak, podać	
7.	wskaźnik przekroczenia zalecanych wartości ciśnienia tętniczego,	Tak, podać	
8.	automatyczne pompowanie mankietu z dostosowaniem ciśnienia do użytkownika,	Tak, podać	
9.	uniwersalny mankiet naramienny przeznaczony do obwodu ramienia od 22 do 42 cm,	Tak, podać	
10.	pamięć dla minimum dwóch użytkowników z możliwością zapisania co najmniej 60 wyników pomiarów dla każdego użytkownika,	Tak, podać	
11.	możliwość wykonania pomiaru bez zapisywania wyniku w pamięci,	Tak, podać	
12.	wyświetlanie daty i godziny wykonanych pomiarów,	Tak, podać	
13.	czytelny wyświetlacz LCD,	Tak, podać	
1.	dokładność pomiaru ciśnienia nie gorsza niż ± 3 mmHg,	Tak, podać	
14.	dokładność pomiaru tętna nie gorsza niż $\pm 5\%$ odczytu,	Tak, podać	
15.	zakres pomiaru ciśnienia skurczowego minimum 60–260 mmHg,	Tak, podać	



Fundusze Europejskie
dla Mazowsza



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Mazowsze.
serce Polski

16.	zakres pomiaru ciśnienia rozkurczowego minimum 40–215 mmHg,	Tak, podać	
17.	zakres pomiaru tętna minimum 40–180 uderzeń na minutę,	Tak, podać	
18.	zasilanie bateryjne z wykorzystaniem 4 baterii AA lub równoważnych,	Tak, podać	
19.	możliwość zasilania z zasilacza sieciowego,	Tak, podać	
20.	żywoćność baterii umożliwiającą wykonanie około 900 pomiarów,	Tak, podać	
21.	masa urządzenia nie większa niż 400 g (bez baterii),	Tak, podać	
22.	wymiary urządzenia nie większe niż około 170 × 170 × 80 mm,	Tak, podać	
23.	urządzenie posiada klinicznie potwierdzoną dokładność pomiaru,	Tak, podać	
24.	urządzenie posiada walidację kliniczną do stosowania u kobiet w ciąży, pacjentów z cukrzycą oraz w populacji ogólnej,	Tak, podać	
25.	intuicyjna obsługa za pomocą jednego przycisku lub rozwiązania równoważnego.	Tak, podać	
Lp.	OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH	Wymogi graniczne/ Sposób oceny	Odpowiedź Wykonawcy - TAK/NIE parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać

Glukometr + paski – 1 szt.

Typ/model oferowanego sprzętu:

Producent:

Kraj produkcji:

Rok produkcji:

1	2	3	4
I.	WARUNKI PODSTAWOWE		
1.	Glukometr nie starszy niż 2025 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy	Tak, podać	
II.	Parametry ogólne		
1.	Pomiar stężenia glukozy metodą fotometryczną,	Tak, podać	
2.	Czas wykonania pomiaru nie dłuższy niż 5 sekund,	Tak, podać	
3.	Wymagana próbka krwi o objętości nie większej niż 2 µl,	Tak, podać	
4.	Możliwość nanoszenia próbki krwi na pasek testowy umieszczony w glukometrze lub poza urządzeniem,	Tak, podać	
5.	Pamięć minimum 500 wyników pomiarów wraz z datą i godziną,	Tak, podać	
Lp.	OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH	Wymogi graniczne/	Odpowiedź Wykonawcy - TAK/NIE

		Sposób oceny	parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać
Zestaw do reanimacji – 1 szt.			
Typ/model oferowanego sprzętu: Producent: Kraj produkcji: Rok produkcji:			
1	2	3	4
I.	WARUNKI PODSTAWOWE		
1.	Zestaw do reanimacji nie starszy niż 2025 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondukcjonowany, nie powystawowy	Tak, podać	
II.	Parametry ogólne		
1.	Torba reanimacyjna	Tak, podać	
2.	Wytrzymała torba ratownicza z wodoodpornego nylonu (w kolorze czerwonym)	Tak, podać	
3.	Paski odblaskowe w kolorze lodowata biel	Tak, podać	
4.	Pojemna komora główna z możliwością indywidualnej regulacji przegródek	Tak, podać	
5.	1 duża kieszeń przednia z dodatkowymi kieszonkami i	Tak, podać	



Fundusze Europejskie
dla Mazowsza



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Mazowsze.
serce Polski

	elastycznymi gumkami do zamocowania różnych przyborów		
6.	2 kieszenie boczne	Tak, podać	
7.	Odpinany pasek na ramię z solidnymi metalowymi haczykami	Tak, podać	
8.	Wyściełane uchwyty transportowe	Tak, podać	
9.	Spód torby z wodoszczelnego materiału plandekowego	Tak, podać	
10.	2 kieszenie modułowe w pokrywie torby	Tak, podać	
11.	Wymiary: 51 x 26 x 31 cm	Tak, podać	
12.	Wyposażenie do sztucznej wentylacji:	Tak, podać	
13.	Butla tlenowa 0,8 litra	Tak, podać	
14.	Reduktor ciśnienia Rescue 25	Tak, podać	
15.	Jednorazowy resuscytator z maską rozm. 4	Tak, podać	
16.	Rezerwuuar tlenu, maska tlenowa i dren połączeniowy	Tak, podać	
17.	Rurki Guedela rozm. 2, 3 i 4	Tak, podać	
18.	5 jednorazowych laryngoskopów LED w różnych rozmiarach	Tak, podać	
19.	2 rurki dotchawicze (z mandrynem, wraz ze strzykawką 10 ml)	Tak, podać	
20.	Nożyczki ratownicze	Tak, podać	



21.	Defibrylator AED, IP min. 65, półautomatyczny min. 360J energii wyładowania w trybie dla dorosłych, Wymiary maksymalne 300x220x100 (mm), Waga maksymalnie 2,4 kg, przełącznik trybów (dorosły / dziecko), przycisk zmiany języka oraz wyciszenia, możliwość pracy w sieci 4G (geolokalizacja), elektrody uniwersalne dla dzieci i dorosłych z datą ważności min. 3 lata. Bateria zapewniająca pracę urządzenia przez min. 5 lat. Przeźroczysta klapka zabezpieczająca przed uszkodzeniem z miejscem na elektrody, klapka wykonana z trwałego dymionego tworzywa sztucznego.	Tak, podać, typ/model/producent	
22.	Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych min. EKG, CNBP (ciągłe nieinwazyjne ciśnienie krwi), SpO2, temperatura, Tętno, Wymiary urządzenia maksymalnie: 65 mm (szerokość) × 125,5 mm (wysokość) × 25 mm (głębokość). Waga maksymalnie 240 g. Dotykowy ekran kolorowy o przekątnej min. 3,5 cala. Klasa szczelności min. 67. Odporność na upadek z wysokości min. 1,5 metra, Zasilanie bateryjne – akumulator litowo-jonowy zapewniający do min. 72 godzin pracy	Tak, podać, typ/model/producent	
Lp.	OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH	Wymogi graniczne/ Sposób oceny	Odpowiedź Wykonawcy - TAK/NIE parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać
Zestaw do udzielenia pierwszej pomocy typu C – 1 szt.			
Typ/model oferowanego sprzętu: Producent: Kraj produkcji: Rok produkcji:			



Fundusze Europejskie
dla Mazowsza



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Mazowsze.
serce Polski

1	2	3	4
I.	WARUNKI PODSTAWOWE		
1.	Zestaw do udzielenia pierwszej pomocy typu C nie starszy niż 2025 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy	Tak, podać	
II.	Parametry ogólne		
1.	wyposażenie zgodne z normą DIN 13157, wszystkie wyroby medyczne oznakowane znakiem CE, opatrunki sterylne z terminem ważności nie krótszym niż 5 lat, obudowa wykonana z trwałego, odpornego na uszkodzenia materiału lub wodoodpornej tkaniny, możliwość montażu na ścianie lub przenoszenia, łatwy dostęp do wyposażenia oraz możliwość szybkiego uzupełnienia wkładu, wymiary nie większe niż około 260 × 170 × 90 mm, masa nie większa niż 1 kg.	Tak, podać	
2.	kompletne wyposażenie zgodne z obowiązującą normą DIN 13157, wszystkie elementy oznaczone datą ważności i numerem serii,	Tak, podać	



Fundusze Europejskie
dla Mazowsza



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Mazowsze.
serce Polski

	możliwość wymiany kompletnego wkładu bez konieczności wymiany obudowy, produkt przeznaczony do stosowania w zakładach pracy zgodnie z wymaganiami dotyczącymi wyposażenia punktów pierwszej pomocy		
Lp.	OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH	Wymogi graniczne/ Sposób oceny	Odpowiedź Wykonawcy - TAK/NIE parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać
Fotel do pobierania krwi – 1 szt.			
Typ/model oferowanego sprzętu: Producent: Kraj produkcji: Rok produkcji:			
1	2	3	4
I.	WARUNKI PODSTAWOWE		
1.	Fotel do pobierania krwi nie starszy niż 2025 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondukcjonowany, nie powystawowy	Tak, podać	
II.	Parametry ogólne		



1.	Minimalne wymagania techniczne: stabilna konstrukcja wykonana ze stali malowanej proszkowo, konstrukcja odporna na środki dezynfekcyjne i uszkodzenia mechaniczne, siedzisko, oparcie oraz podłokietniki pokryte bezszwową tapicerką medyczną wykonaną z materiału skóropodobnego lub winylowego, tapicerka odporna na działanie środków dezynfekcyjnych, płynów ustrojowych, alkoholu oraz środków zawierających aktywny chlor, dwa niezależne podłokietniki umożliwiające pobieranie krwi z prawej lub lewej ręki, regulacja wysokości podłokietników w zakresie minimum 0–20 cm, regulacja położenia podłokietników w płaszczyźnie poziomej w zakresie do 180°, miękkie, profilowane podłokietniki zapewniające stabilne ułożenie kończyny, ergonomicznie wyprofilowane siedzisko i oparcie zapewniające komfort pacjenta, dopuszczalne obciążenie minimum 130 kg, szerokość całkowita nie większa niż 80 cm, szerokość siedziska minimum 45 cm,	Tak, podać	
----	---	------------	--



Fundusze Europejskie
dla Mazowsza



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Mazowsze.
serce Polski

	wysokość całkowita około 95 cm, głębokość około 80 cm, masa własna nie większa niż 20 kg, stopki zabezpieczające podłoże przed uszkodzeniem oraz zapewniające stabilność fotela.		
Lp.	OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH	Wymogi graniczne/ Sposób oceny	Odpowiedź Wykonawcy - TAK/NIE parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać
Waga elektroniczna – 1 szt.			
Typ/model oferowanego sprzętu: Producent: Kraj produkcji: Rok produkcji:			
1	2	3	4
I.	WARUNKI PODSTAWOWE		
1.	Waga elektroniczna nie starszy niż 2025 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondukcjonowany, nie powystawowy	Tak, podać	

II.	Parametry ogólne		
1.	elektroniczna waga kolumnowa klasy dokładności III,	Tak, podać	
2.	maksymalne obciążenie minimum 300 kg,	Tak, podać	
3.	działka odczytowa nie większa niż 200 g do 200 kg oraz 500 g powyżej 200 kg,	Tak, podać	
4.	dokładność pomiaru zgodna z wymaganiami dla wag medycznych klasy III,	Tak, podać	
5.	duży, czytelny wyświetlacz LCD,	Tak, podać	
6.	funkcja obliczania wskaźnika BMI,	Tak, podać	
7.	funkcja HOLD umożliwiająca zatrzymanie wyniku pomiaru,	Tak, podać	
8.	funkcja TARA,	Tak, podać	
9.	możliwość wydruku wyników po podłączeniu drukarki,	Tak, podać	
10.	możliwość transmisji danych do komputera poprzez interfejs RS232,	Tak, podać	
11.	platforma o wymiarach minimum 310 × 360 mm,	Tak, podać	
12.	platforma wyposażona w matę antypoślizgową,	Tak, podać	
13.	stabilna konstrukcja kolumnowa,	Tak, podać	
14.	regulowane stopki umożliwiające poziomowanie urządzenia,	Tak, podać	



Fundusze Europejskie
dla Mazowsza



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Mazowsze.
serce Polski

15.	maksymalna wysokość urządzenia około 1100 mm,	Tak, podać	
16.	masa urządzenia nie większa niż 9 kg,	Tak, podać	
17.	zasilanie bateryjne (6 baterii AA) oraz sieciowe przy użyciu zasilacza,	Tak, podać	
18.	automatyczne wyłączanie po okresie bezczynności,	Tak, podać	
19.	możliwość współpracy z mechanicznym lub elektronicznym wzrostomierzem,	Tak, podać	
20.	możliwość rozbudowy o drukarkę termiczną,	Tak, podać	
21.	odporna na intensywne użytkowanie konstrukcja przeznaczona do pracy w placówkach medycznych.	Tak, podać	
Lp.	OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH	Wymogi	Odpowiedź Wykonawcy
		graniczne/	- TAK/NIE
		Sposób oceny	parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać
Taśmy oporowe – 10 szt.			
Typ/model oferowanego sprzętu: Producent: Kraj produkcji: Rok produkcji:			



Fundusze Europejskie
dla Mazowsza



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Mazowsze.
serce Polski

1	2	3	4
I.	WARUNKI PODSTAWOWE		
1.	Taśmy nie starszy niż 2025 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy	Tak, podać	
II.	Parametry ogólne		
1.	Parametry: Materiał: 100% lateks Opór: 1-15 kg Szerokość: 15 cm Długość: 2 m Grubość: 0,15-0,4 mm Liczba gum: 5 sztuk W zestawie: żółta (1-2 kg, 0,15 mm); czerwona (2-4 kg, 0,2 mm); zielona (5-8 kg, 0,25 mm); niebieska (9-11 kg, 0,3 mm); czarna (12-15 kg, 0,4 mm) Wyrób medyczny Certyfikat CE	Tak, podać	
Lp.	OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH	Wymogi graniczne/	Odpowiedź Wykonawcy - TAK/NIE

		Sposób oceny	parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać
Drabinki gimnastyczne – 3 szt.			
Typ/model oferowanego sprzętu: Producent: Kraj produkcji: Rok produkcji:			
1	2	3	4
I.	WARUNKI PODSTAWOWE		
1.	Drabinki gimnastyczne nie starszy niż 2025 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondukcjonowany, nie powystawowy	Tak, podać	
II.	Parametry ogólne		
1.	Drabinka rehabilitacyjna stanowi niezbędne wyposażenie centrów rehabilitacji, fizjoterapii i sal gimnastycznych. Drabinka wykonana jest z drewna bukowego. W komplecie do drabinki dołączany jest zestaw montażowy. W skład zestawu montażowego wchodzi: - 8 szt. x śruby,	Tak, podać	

	- 4 szt. x uchwyty do mocowania.		
Lp.	OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH	Wymogi graniczne/ Sposób oceny	Odpowiedź Wykonawcy - TAK/NIE parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać
Materac – 10 szt.			
Typ/model oferowanego sprzętu: Producent: Kraj produkcji: Rok produkcji:			
1	2	3	4
I.	WARUNKI PODSTAWOWE		
1.	Materac nie starszy niż 2025 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy	Tak, podać	
II.	Parametry ogólne		
1.	Materac jednoczęściowy wykorzystywany jest przy zabiegach fizykoterapeutycznych i gimnastyce rehabilitacyjnej. Wykonany z twardej pianki poliuretanowej i pokryty wytrzymałym, łatwozmywalnym materiałem skóropodobnym.	Tak, podać	

2.	odporny na zapalenie (PN-EN 1021-1 materiał trudnopalny - test papierosa). odporny na rozdarcia (norma PN-EN ISO 4674-1). odporny na ścieranie (norma PN-EN ISO 5470-2, PN-EN 12947-4).	Tak, podać	
Lp.	OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH	Wymogi graniczne/ Sposób oceny	Odpowiedź Wykonawcy - TAK/NIE parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać
Piłki do ćwiczeń – 10 szt.			
Typ/model oferowanego sprzętu: Producent: Kraj produkcji: Rok produkcji:			
1	2	3	4
I.	WARUNKI PODSTAWOWE		
1.	Piłki do ćwiczeń nie starszy niż 2025 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy	Tak, podać	
II.	Parametry ogólne		



1.	wyposażona została w system anti-burst, zapewniający powolny odpływ powietrza z piłki w razie jej uszkodzenia; dedykowana pompka w zetsawie wykonana została z wysokiej jakości gumy, która nie przyciąga kurzu i innych zanieczyszczeń; prosta w utrzymaniu czystości. Piłka do ćwiczeń 4fizjo to wyrób medyczny polecany przez trenerów i fizjoterapeutów. Szczegóły Długość piłki przed napompowaniem: 65 cm Średnica piłki po napompowaniu: 50-55 cm Wysokość pompki: 26 cm	Tak, podać	
Lp.	OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH	Wymogi graniczne/ Sposób oceny	Odpowiedź Wykonawcy - TAK/NIE parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać
Laska – 5 szt.			
Typ/model oferowanego sprzętu:			



Fundusze Europejskie
dla Mazowsza



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Mazowsze.
serce Polski

Producent:

Kraj produkcji:

Rok produkcji:

1	2	3	4
I.	WARUNKI PODSTAWOWE		
1.	Laska nie starszy niż 2025 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy	Tak, podać	
II.	Parametry ogólne		
1.	Czwórnóg inwalidzki- przeznaczony dla osób o obniżonej sprawności ruchowej, które potrzebują stabilnego podparcia i asekuracji podczas chodzenia. Zalecany jest także dla osób starszych, jako pomoc w utrzymaniu równowagi. Konstrukcja z czterema punktami podparcia zapewnia znacznie większą stabilność niż zwykłe laski. Cechy produktu: uchwyt piankowy; chromowana ergonomiczna rączka regulowana na wysokość; aluminiowo-stalowy trzon; podstawa z czterema punktami podparcia i gumowymi nasadkami.	Tak, podać	
2.	Dane techniczne	Tak, podać	



	Regulacja wysokości: 77 - 101 cm Maksymalne obciążenie: 100 kg Waga: 1 kg Wymiary podstawy: 26 cm (25,5 cm) x 23 cm		
Lp.	OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH	Wymogi graniczne/ Sposób oceny	Odpowiedź Wykonawcy - TAK/NIE parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać
Poduszki sensoryczne – 10 szt. Typ/model oferowanego sprzętu: Producent: Kraj produkcji: Rok produkcji:			
1	2	3	4
I.	WARUNKI PODSTAWOWE		
1.	Poduszka sensoryczna nie starszy niż 2025 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondukcjonowany, nie	Tak, podać	



Fundusze Europejskie
dla Mazowsza



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Mazowsze.
serce Polski

	powystawowy		
II.	Parametry ogólne		
1.	Dmuchany dysk rehabilitacyjny Poduszka sensomotoryczna przeznaczona do treningu równowagi, stabilizacji i koordynacji ruchowej. Parametry: Kolor: Niebieski Materiał: PVC Średnica: 33 cm W zestawie pompka ręczna Wyrób medyczny	Tak, podać	
Lp.	OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH	Wymogi graniczne/ Sposób oceny	Odpowiedź Wykonawcy - TAK/NIE parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać
Kula – 5 szt.			
Typ/model oferowanego sprzętu: Producent:			



Fundusze Europejskie
dla Mazowsza



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Mazowsze.
serce Polski

Kraj produkcji:

Rok produkcji:

1	2	3	4
I.	WARUNKI PODSTAWOWE		
1.	Kula nie starszy niż 2025 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy	Tak, podać	
II.	Parametry ogólne		
1.	Kula inwalidzka łokciowa do zwiększenia pola podparcia u osób o obniżonej sprawności ruchowej. Zalecana u osób wymagających asekuracji oraz podparcia podczas chodzenia, a także do utrzymania równowagi po przebytych urazie kończyn dolnych lub tułowia w celu reedukacji chodu. Cechy produktu: wygodny wytrzymały uchwyt; ergonomiczny kształt; odpowiednio dobrany kąt łokciowy, dzięki któremu rozłożona zostaje siła nacisku na uchwyt; lekki aluminiowy anodyzowany trzon zakończony gumową nasadką.	Tak, podać	



Fundusze Europejskie
dla Mazowsza



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Mazowsze.
serce Polski

2.	Dane techniczne Regulacja wysokości: 94 - 116 cm Wysokość do uchwytu: 67 - 89 cm Maksymalne obciążenie: min. 115 kg	Tak, podać	
Lp.	OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH	Wymogi graniczne/ Sposób oceny	Odpowiedź Wykonawcy - TAK/NIE parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać
Chodzik – 5 szt.			
Typ/model oferowanego sprzętu: Producent: Kraj produkcji: Rok produkcji:			
1	2	3	4
I.	WARUNKI PODSTAWOWE		
1.	Chodzik nie starszy niż 2025 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondukcjonowany, nie powystawowy	Tak, podać	



II.	Parametry ogólne		
1.	Balkonik statyczny składany Charakterystyka: Balkonik statyczny składany wykonany jest z wzmocnionej aluminiowej anodyzowanej ramy, posiada szerokie pole podparcia, Solidne uchwyty zapewniają odpowiednią stabilizację i wygodę używania, Wysokość balkonika może być dostosowana do wzrostu użytkownika dzięki regulowanym nóżkom, Gumowe nakładki zapobiegają ślizganiu się, Po złożeniu balkonik zajmuje niewiele miejsca, dzięki czemu można go łatwo przechowywać i przewozić.	Tak, podać	
2.	Dane techniczne Szerokość całkowita: 58,5 cm Długość całkowita: 53,5 cm Regulacja wysokości: 79-96 cm	Tak, podać	

	Waga: 2,6 kg Max obciążenie: 136 kg		
Lp.	OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH	Wymogi graniczne/ Sposób oceny	Odpowiedź Wykonawcy - TAK/NIE parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać
Wózek inwalidzki – 5 szt.			
Typ/model oferowanego sprzętu: Producent: Kraj produkcji: Rok produkcji:			
1	2	3	4
I.	WARUNKI PODSTAWOWE		
1.	Wózek inwalidzki nie starszy niż 2025 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondukcjonowany, nie powystawowy	Tak, podać	
II.	Parametry ogólne		
1.	Charakterystyka:	Tak, podać	



**Stalowa, sztywna rama – gwarantuje stabilność i
wytrzymałość na lata**

Maksymalne obciążenie do 135 kg

Poduszka w zestawie

**Szybkie składanie – bez użycia siły, wózek po złożeniu
waży maksymalnie 21 kg**

**Uchylnie i zdejmowane podnóżki – ułatwiają wsiadanie i
wysiadanie**

**Opcjonalne podnóżki z regulacją kąta zgięcia – zwiększają
ergonomię i komfort siedzenia przy dłuższym użytkowaniu**

**Pompowane, gumowe tylne koła – lepsza amortyzacja na
nierównym terenie**

**Przednie koła z twardej gumy – odporne na ścieranie,
bezobsługowe**

**Możliwość montażu hamulca dla osoby prowadzącej – dla
rozmiarów 46 i 51 cm**

**Uniwersalne zastosowanie – do użytku domowego, w
ośrodkach i na zewnątrz**

**Prosty, klasyczny design – funkcjonalność bez
kompromisów**

Wypożyczenie:

	Taśma zabezpieczająca tydki Pompka Zestaw kluczy		
Lp.	OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH	Wymogi graniczne/ Sposób oceny	Odpowiedź Wykonawcy - TAK/NIE parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać
Stół do masażu, światłolecznictwa, leczenia polem – 2 szt. Typ/model oferowanego sprzętu: Producent: Kraj produkcji: Rok produkcji:			
1	2	3	4
I.	WARUNKI PODSTAWOWE		
1.	Stół nie starszy niż 2025 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy	Tak, podać	
II.	Parametry ogólne		
1.	Wypożyczenie standardowe:	Tak, podać	



Fundusze Europejskie
dla Mazowsza



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Mazowsze.
serce Polski

	• blat dwuczęściowy • otwór z zatyczką w podgłówniku oraz w leżu • podgłówek regulowany sprężyną gazową • uchwyty na pasy do stabilizacji po obu stronach leża • tapicerka skóropodobna (kolory min. 25) • biały kolor stelaża • 4 regulowane stopki • korba do manualnej regulacji wysokości		
	Długość: 200 cm Szerokość: 69 cm* Wysokość: od 64 cm do 87 cm Regulacja kąta nachylenia zagłówka: od -80 ° do +50 ° Waga: 65 kg Dopuszczalne obciążenie do min. 300 kg	Tak, podać	
Lp.	OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH	Wymogi graniczne/ Sposób oceny	Odpowiedź Wykonawcy - TAK/NIE parametry oferowane - należy



Fundusze Europejskie
dla Mazowsza



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Mazowsze.
serce Polski

			podać zakresy lub opisać
Mata piankowa – 10 szt.			
Typ/model oferowanego sprzętu: Producent: Kraj produkcji: Rok produkcji:			
1	2	3	4
I.	WARUNKI PODSTAWOWE		
1.	Mata piankowa nie starszy niż 2025 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondukcjonowany, nie powystawowy	Tak, podać	
II.	Parametry ogólne		
1.	Mata do ćwiczeń – parametry co najmniej: Kolor: czarny Wymiary: 180 × 60 cm Materiał: kauczuk NBR Kształt: prostokątny W zestawie: elastyczny pas do maty umożliwiający wygodny transport	Tak, podać	

Lp.	OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH	Wymogi	Odpowiedź Wykonawcy
		graniczne/ Sposób oceny	- TAK/NIE parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać
Tablice anatomiczne – 3 szt.			
Typ/model oferowanego sprzętu: Producent: Kraj produkcji: Rok produkcji:			
1	2	3	4
I.	WARUNKI PODSTAWOWE		
1.	Tablica anatomiczna nie starszy niż 2025 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondukcjonowany, nie powystawowy	Tak, podać	
II.	Parametry ogólne		
1.	Tablica anatomiczna – Mięśnie Człowieka pomoc dydaktyczna na zajęcia oraz do gabinetu lekarskiego. Czytelne oznaczenia anatomii. Możliwość zawieszenia na ścianie	Tak, podać	
2.	Wersja w j. polskim	Tak, podać	

3.	Wymiary min. 70 x 100 cm	Tak, podać	
Lp.	OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH	Wymogi graniczne/ Sposób oceny	Odpowiedź Wykonawcy - TAK/NIE parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać
Lampa solux – 1 szt.			
Typ/model oferowanego sprzętu: Producent: Kraj produkcji: Rok produkcji:			
1	2	3	4
I.	WARUNKI PODSTAWOWE		
1.	Lampa solux nie starszy niż 2025 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy	Tak, podać	
II.	Parametry ogólne		
1.	Intensywność świecenia żarówki min. 10-99%	Tak, podać	
2.	maksymalna moc żarówki 375 W	Tak, podać	
3.	pobór mocy maks. 450 W	Tak, podać	



Fundusze Europejskie
dla Mazowsza



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Mazowsze.
serce Polski

4.	zegar zabiegowy 1-30 min	Tak, podać	
5.	wysokość urządzenia na statywie min. min. 1,2 m. maks. 1,9 m	Tak, podać	
6.	wymiar podstawy statywu S x G. maks. 0,5 x 0,6 m	Tak, podać	
7.	wymiary podstawy stołowej (bez lampy) S x G x W 30 x 31 x 6 cm	Tak, podać	
8.	wymiary podstawy stołowej z lampą S x G x W 30 x 39 x 41 cm	Tak, podać	
9.	masa statywu z lampą maks 14 kg	Tak, podać	
10.	masa podstawy stołowej z lampą maks 5,5 kg	Tak, podać	
Lp.	OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH	Wymogi graniczne/ Sposób oceny	Odpowiedź Wykonawcy - TAK/NIE parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać
Laser z sondą bezobsługową pionową i dwiema sondami manualnymi – 1 szt. Typ/model oferowanego sprzętu: Producent: Kraj produkcji: Rok produkcji:			

1	2	3	4
I.	WARUNKI PODSTAWOWE		
1.	Laser z sondą bezobsługową pionową i dwiema sondami manualnymi nie starszy niż 2025 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy	Tak, podać	
II.	Parametry ogólne		
1.	aparat przeznaczony do wykonywania zabiegów laseroterapii niskoenergetycznej,	Tak, podać	
2.	minimum 3 niezależne kanały zabiegowe umożliwiające jednoczesną pracę z różnymi aplikatorami,	Tak, podać	
3.	kolorowy ekran dotykowy o przekątnej minimum 7 cali,	Tak, podać	
4.	intuicyjne menu w języku polskim,	Tak, podać	
5.	możliwość pracy w trybie manualnym oraz programowym,	Tak, podać	
6.	baza gotowych programów terapeutycznych obejmująca co najmniej 170 programów,	Tak, podać	
7.	możliwość tworzenia i zapisywania programów użytkownika,	Tak, podać	
8.	możliwość zapisywania programów ulubionych,	Tak, podać	
9.	wbudowana encyklopedia lub baza opisów metodyki wykonywania zabiegów,	Tak, podać	
10.	funkcja prowadzenia statystyk wykonanych terapii,	Tak, podać	



Fundusze Europejskie
dla Mazowsza



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Mazowsze.
serce Polski

11.	współpraca z aplikatorami punktowymi, skanującymi oraz klastrowymi,	Tak, podać	
12.	obsługa długości fal 660 nm (światło czerwone) oraz 808 nm (podczerwień),	Tak, podać	
13.	możliwość regulacji mocy promieniowania laserowego,	Tak, podać	
14.	praca w trybie emisji ciągłej oraz impulsowej,	Tak, podać	
15.	regulacja częstotliwości impulsów w zakresie co najmniej 1–5000 Hz,	Tak, podać	
16.	automatyczne wyliczanie czasu zabiegu na podstawie zadanej dawki, mocy oraz powierzchni zabiegowej,	Tak, podać	
17.	funkcja automatycznego testu mocy emitowanego promieniowania,	Tak, podać	
18.	procedura autodiagnostyki urządzenia wykonywana przy uruchamianiu,	Tak, podać	
19.	wskaźnik miejsca aplikacji wiązką pilotującą,	Tak, podać	
20.	zegar zabiegowy z możliwością ustawienia czasu w zakresie minimum 1 sekunda – 100 minut,	Tak, podać	
21.	klasa bezpieczeństwa lasera 3B,	Tak, podać	
22.	zasilanie 230 V AC, 50/60 Hz,	Tak, podać	
23.	masa urządzenia nie większa niż 6,5 kg,	Tak, podać	
24.	kompaktowa konstrukcja umożliwiająca łatwe przenoszenie urządzenia,	Tak, podać	



Fundusze Europejskie
dla Mazowsza



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Mazowsze.
serce Polski

25.	zgodność z wymaganiami Rozporządzenia (UE) 2017/745 (MDR) dotyczącymi wyrobów medycznych,	Tak, podać	
26.	wyrób medyczny oznakowany znakiem CE.	Tak, podać	
27.	Wypożyczenie minimalne:	x	
28.	jednostka sterująca,	Tak, podać	
29.	przewód zasilający,	Tak, podać	
30.	instrukcja obsługi w języku polskim,	Tak, podać	
31.	paszport techniczny,	Tak, podać	
32.	karta gwarancyjna,	Tak, podać	
33.	komplet elementów niezbędnych do uruchomienia urządzenia.	Tak, podać	
Lp.	OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH	Wymogi graniczne/ Sposób oceny	Odpowiedź Wykonawcy - TAK/NIE parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać
Sprzęt do terapii ultradźwiękowej z głowicą manualną – 1 szt.			
Typ/model oferowanego sprzętu: Producent:			

Kraj produkcji:

Rok produkcji:

1	2	3	4
I.	WARUNKI PODSTAWOWE		
1.	Sprzęt do terapii ultradźwiękowej z głowicą manualną nie starszy niż 2025 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondujowany, nie powystawowy	Tak, podać	
II.	Parametry ogólne		
1.	aparat przeznaczony do prowadzenia terapii ultradźwiękowej,	Tak, podać	
2.	minimum 1 niezależny kanał zabiegowy,	Tak, podać	
3.	kolorowy ekran dotykowy o przekątnej minimum 7 cali,	Tak, podać	
4.	intuicyjne menu w języku polskim,	Tak, podać	
5.	możliwość pracy w trybie manualnym oraz programowym,	Tak, podać	
6.	baza gotowych programów terapeutycznych obejmująca minimum 58 programów,	Tak, podać	
7.	możliwość zapisania minimum 50 programów użytkownika,	Tak, podać	
8.	możliwość tworzenia listy programów ulubionych,	Tak, podać	
9.	wbudowana encyklopedia opisująca metodykę wykonywania zabiegów,	Tak, podać	



Fundusze Europejskie
dla Mazowsza



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Mazowsze.
serce Polski

10.	możliwość wyboru programów według jednostki chorobowej lub dziedziny terapii,	Tak, podać	
11.	funkcja prowadzenia statystyk wykonanych zabiegów,	Tak, podać	
12.	procedura autodiagnostyki urządzenia wykonywana przy każdym uruchomieniu,	Tak, podać	
13.	automatyczna kontrola mocy emitowanych ultradźwięków,	Tak, podać	
14.	kontrola kontaktu głowicy z ciałem pacjenta z zatrzymaniem odliczania czasu zabiegu przy utracie kontaktu,	Tak, podać	
15.	możliwość kalibracji czułości głowicy ultradźwiękowej,	Tak, podać	
16.	współpraca z głowicami ultradźwiękowymi o efektywnej powierzchni promieniowania 1 cm ² oraz 4 cm ² ,	Tak, podać	
17.	częstotliwość pracy głowic: 1 MHz oraz 3,5 MHz,	Tak, podać	
18.	emisja ultradźwięków w trybie ciągłym oraz impulsowym,	Tak, podać	
19.	maksymalne natężenie fali ultradźwiękowej minimum 2 W/cm ² dla głowicy 1 cm ² oraz 3 W/cm ² dla głowicy 4 cm ² ,	Tak, podać	
20.	częstotliwości pracy impulsowej obejmujące co najmniej 16 Hz, 48 Hz oraz 100 Hz,	Tak, podać	
21.	współczynnik wypełnienia impulsu regulowany w zakresie minimum 5–75% ze skokiem 5%,	Tak, podać	
22.	zegar zabiegowy z możliwością ustawienia czasu od 30 sekund do 30 minut,	Tak, podać	



Fundusze Europejskie
dla Mazowsza



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Mazowsze.
serce Polski

23.	możliwość wykonywania fonoforezy,	Tak, podać	
24.	możliwość współpracy z urządzeniem do elektroterapii w celu prowadzenia terapii skojarzonej,	Tak, podać	
25.	zasilanie 230 V AC, 50/60 Hz,	Tak, podać	
26.	pobór mocy nie większy niż 90 VA,	Tak, podać	
27.	masa urządzenia nie większa niż 6 kg,	Tak, podać	
28.	kompaktowa obudowa umożliwiająca łatwy transport i użytkowanie,	Tak, podać	
29.	wyrób medyczny oznakowany znakiem CE oraz zgodny z wymaganiami Rozporządzenia (UE) 2017/745 (MDR).	Tak, podać	
30.	Wposażenie minimalne:	X	
31.	jednostka sterująca,	Tak, podać	
32.	przewód zasilający,	Tak, podać	
33.	komplet dokumentacji technicznej,	Tak, podać	
34.	instrukcja obsługi w języku polskim,	Tak, podać	
35.	paszport techniczny,	Tak, podać	
36.	karta gwarancyjna,	Tak, podać	
37.	elementy niezbędne do uruchomienia urządzenia,	Tak, podać	
38.	możliwość doposażenia w głowice ultradźwiękowe o	Tak, podać	

powierzchni 1 cm ² i 4 cm ² .			
Lp.	OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH	Wymogi graniczne/ Sposób oceny	Odpowiedź Wykonawcy - TAK/NIE parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać
Sprzęt do elektrolecznictwa – 1 szt.			
Typ/model oferowanego sprzętu: Producent: Kraj produkcji: Rok produkcji:			
1	2	3	4
I.	WARUNKI PODSTAWOWE		
1.	Sprzęt do elektrolecznictwa nie starszy niż 2025 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondukcjonowany, nie powystawowy	Tak, podać	
II.	Parametry ogólne		
1.	aparat do wykonywania zabiegów elektroterapii oraz elektrodiagnostyki układu nerwowo-mięśniowego,	Tak, podać	
2.	minimum 2 całkowicie niezależne kanały zabiegowe,	Tak, podać	
3.	możliwość jednoczesnego wykonywania zabiegów	Tak, podać	

	czteroelektrodowych lub dwóch niezależnych terapii,		
4.	kolorowy ekran dotykowy o przekątnej minimum 7 cali,	Tak, podać	
5.	intuicyjne menu w języku polskim,	Tak, podać	
6.	możliwość pracy w trybie manualnym oraz programowym,	Tak, podać	
7.	baza gotowych programów terapeutycznych obejmująca minimum 69 programów,	Tak, podać	
8.	baza sekwencji zabiegowych obejmująca minimum 38 sekwencji,	Tak, podać	
9.	możliwość zapisania minimum 50 programów użytkownika,	Tak, podać	
10.	możliwość zapisania minimum 10 sekwencji użytkownika,	Tak, podać	
11.	możliwość tworzenia listy programów ulubionych,	Tak, podać	
12.	wbudowana encyklopedia zawierająca metodykę wykonywania zabiegów wraz z opisami i ilustracjami,	Tak, podać	
13.	możliwość wyboru programów według jednostki chorobowej lub dziedziny medycznej,	Tak, podać	
14.	funkcja prowadzenia statystyk wykonanych zabiegów,	Tak, podać	
15.	procedura autodiagnostyki urządzenia wykonywana przy każdym uruchomieniu,	Tak, podać	
16.	funkcja testu elektrod,	Tak, podać	
17.	możliwość regulacji natężenia niezależnie dla każdego kanału lub jednocześnie,	Tak, podać	



Fundusze Europejskie
dla Mazowsza



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Mazowsze.
serce Polski

18.	pełna izolacja galwaniczna pomiędzy kanałami,	Tak, podać	
19.	praca w trybie stabilizacji prądu (CC) oraz stabilizacji napięcia (CV),	Tak, podać	
20.	możliwość wykonywania co najmniej następujących rodzajów terapii:	Tak, podać	
21.	prądy interferencyjne statyczne i dynamiczne,	Tak, podać	
22.	prądy TENS (symetryczne, asymetryczne, naprzemienne oraz Burst),	Tak, podać	
23.	prądy TENS do terapii porażen spastycznych,	Tak, podać	
24.	prądy Kotza,	Tak, podać	
25.	prądy galwaniczne,	Tak, podać	
26.	prądy diadynamiczne,	Tak, podać	
27.	prądy impulsowe prostokątne i trójkątne,	Tak, podać	
28.	prąd Traberta,	Tak, podać	
29.	prądy Leduca,	Tak, podać	
30.	prądy neofaradyczne,	Tak, podać	
31.	mikroprądy,	Tak, podać	
32.	tonoliza,	Tak, podać	
33.	prądy unipolarne falujące,	Tak, podać	



Fundusze Europejskie
dla Mazowsza



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Mazowsze.
serce Polski

34.	możliwość wykonywania półautomatycznej elektrodiaгностиyki metodą krzywej I/t,	Tak, podać	
35.	maksymalne natężenie prądu TENS minimum 140 mA,	Tak, podać	
36.	maksymalne natężenie mikroprądów minimum 1000 μ A,	Tak, podać	
37.	maksymalna amplituda napięcia w obwodzie pacjenta minimum 140 V,	Tak, podać	
38.	zegar zabiegowy z regulacją czasu od minimum 30 sekund do 60 minut,	Tak, podać	
39.	zasilanie 230 V AC, 50/60 Hz,	Tak, podać	
40.	pobór mocy nie większy niż 90 VA,	Tak, podać	
41.	masa urządzenia nie większa niż 6 kg,	Tak, podać	
42.	kompaktowa konstrukcja umożliwiająca łatwe przenoszenie urządzenia,	Tak, podać	
43.	wyrób medyczny oznakowany znakiem CE i zgodny z wymaganiami Rozporządzenia (UE) 2017/745 (MDR).	Tak, podać	
44.	Wypożyczenie minimalne:	X	
45.	jednostka sterująca,	Tak, podać	
46.	przewody pacjenta,	Tak, podać	
47.	komplet elektrod wielokrotnego użytku,	Tak, podać	
48.	pasy mocujące do elektrod,	Tak, podać	

49.	pokrowce lub podkłady do elektrod,	Tak, podać	
50.	przewód zasilający,	Tak, podać	
51.	instrukcja obsługi w języku polskim,	Tak, podać	
Lp.	OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH	Wymogi graniczne/ Sposób oceny	Odpowiedź Wykonawcy - TAK/NIE parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać
Sprzęt do krioterapii miejscowej – 1 szt. Typ/model oferowanego sprzętu: Producent: Kraj produkcji: Rok produkcji:			
1	2	3	4
I.	WARUNKI PODSTAWOWE		
1.	Sprzęt do krioterapii miejscowej nie starszy niż 2025 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondukcjonowany, nie powystawowy	Tak, podać	
II.	Parametry ogólne		

1.	Urządzenie do krioterapii - przeznaczone do miejscowego wychładzania tkanki.	Tak, podać	
2.	Urządzenie umieszczone jest na ramie jezdnej, która umożliwia jego łatwe przemieszczanie	Tak, podać	
3.	Czynnik chłodniczy: Ciekły azot (LN2). Strumień pary jest jednolity i nie zawiera kropeł ciekłego azotu co nie powoduje odmrożeń skóry	Tak, podać	
4.	Temperatura strumienia gazu: -160° C (przy wylocie dyszy)	Tak, podać	
5.	Liczba stopni regulacji intensywności nadmuchu: min. 7 (4 + 2 pulsacyjne + krioakupunktura)	Tak, podać	
6.	Zużycie ciekłego azotu: max. 0,08 do 0,15 kg/min (praca ciągła) w zależności od ustawionej intensywności nadmuchu	Tak, podać	
7.	Wagowy pomiar ilości azotu w zbiorniku	Tak, podać	
8.	Możliwość zaprogramowania czasu zabiegu	Tak, podać	
9.	Panel sterujący LED (segmentowy monochromatyczny) z wyświetlaczami czasu trwania zabiegu, mocy chłodniczej i ilości azotu w zbiorniku	Tak, podać	
10.	Pojemność zbiornika min. 30L	Tak, podać	
11.	Wymiary urządzenia: max. 470x540x1000 mm	Tak, podać	

Lp.	OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH	Wymogi	Odpowiedź Wykonawcy
		graniczne/ Sposób oceny	- TAK/NIE parametry oferowane - należy podać zakresy lub opisać
Sprzęt do leczenia polem magnetycznym niskiej częstotliwości – 1 szt.			
Typ/model oferowanego sprzętu: Producent: Kraj produkcji: Rok produkcji:			
1	2	3	4
I.	WARUNKI PODSTAWOWE		
1.	Sprzęt do leczenia polem magnetycznym niskiej częstotliwości nie starszy niż 2025 roku, fabrycznie nowy, nieużywany, nie rekondycjonowany, nie powystawowy	Tak, podać	
II.	Parametry ogólne		
1.	aparat przeznaczony do wykonywania zabiegów magnetoterapii niskiej częstotliwości,	Tak, podać	
2.	minimum 2 niezależne kanały zabiegowe umożliwiające jednoczesną pracę z dwoma aplikatorami,	Tak, podać	
3.	kolorowy ekran dotykowy o przekątnej minimum 5 cali,	Tak, podać	



Fundusze Europejskie
dla Mazowsza



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Mazowsze.
serce Polski

4.	menu obsługi w języku polskim,	Tak, podać	
5.	możliwość pracy w trybie manualnym oraz programowym,	Tak, podać	
6.	baza gotowych programów terapeutycznych obejmująca minimum 200 programów,	Tak, podać	
7.	możliwość zapisania minimum 50 programów użytkownika,	Tak, podać	
8.	możliwość zapisania minimum 10 sekwencji użytkownika,	Tak, podać	
9.	możliwość tworzenia listy programów ulubionych,	Tak, podać	
10.	wbudowana encyklopedia opisująca metodykę wykonywania zabiegów,	Tak, podać	
11.	możliwość wyboru programów według jednostek chorobowych lub dziedzin terapeutycznych,	Tak, podać	
12.	funkcja prowadzenia statystyk wykonanych zabiegów,	Tak, podać	
13.	możliwość edycji nazw programów oraz sekwencji użytkownika,	Tak, podać	
14.	regulacja głośności sygnalizacji dźwiękowej,	Tak, podać	
15.	funkcja autotestu sprawności urządzenia wykonywana podczas uruchamiania,	Tak, podać	
16.	możliwość wykonywania zabiegów w trybie ciągłym oraz impulsowym,	Tak, podać	
17.	możliwość prowadzenia terapii z wykorzystaniem dwóch aplikatorów jednocześnie (tryb podwójny),	Tak, podać	



Fundusze Europejskie
dla Mazowsza



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Mazowsze.
serce Polski

18.	możliwość współpracy z aplikatorami szpulowymi oraz płaskimi,	Tak, podać	
19.	wizualny wskaźnik aktywności pola magnetycznego,	Tak, podać	
20.	zakres częstotliwości pola magnetycznego minimum 2–140 Hz,	Tak, podać	
21.	możliwość ustawiania częstotliwości z dokładnością do minimum 0,01 Hz,	Tak, podać	
22.	możliwość wyboru różnych kształtów przebiegu pola magnetycznego,	Tak, podać	
23.	możliwość regulacji parametrów trybu przerywanego,	Tak, podać	
24.	zegar zabiegowy z regulacją czasu od minimum 30 sekund do 60 minut,	Tak, podać	
25.	możliwość mocowania aplikatorów za pomocą pasów terapeutycznych,	Tak, podać	
26.	zasilanie 230 V AC, 50/60 Hz,	Tak, podać	
27.	pobór mocy nie większy niż 350 VA,	Tak, podać	
28.	masa urządzenia nie większa niż 7 kg,	Tak, podać	
29.	kompaktowa konstrukcja umożliwiająca łatwe przemieszczanie urządzenia,	Tak, podać	
30.	wyrób medyczny oznakowany znakiem CE oraz zgodny z wymaganiami Rozporządzenia (UE) 2017/745 (MDR).	Tak, podać	
31.	system PUP wyposażony w automatyczny układ	Tak, podać,	



Fundusze Europejskie
dla Mazowsza



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Mazowsze.
serce Polski

	wykrywania powtórnego wypełnienia naczyń (VRD) w oparciu o triadę Virchowa na potrzebę udokumentowania oceny pacjentów pod względem ryzyka wystąpienia choroby zakrzepowo zatorowej	typ/model/pr oducen	
32.	Wyposażenie minimalne:	X	
33.	jednostka sterująca,	Tak, podać	
34.	przewód zasilający,	Tak, podać	
35.	pasy mocujące do aplikatorów,	Tak, podać	
36.	magnes kontrolny,	Tak, podać	
37.	okulary ochronne dla pacjenta,	Tak, podać	
38.	rysik do ekranu dotykowego,	Tak, podać	
39.	komplet bezpieczników zapasowych,	Tak, podać	
40.	instrukcja obsługi w języku polskim,	Tak, podać	
41.	paszport techniczny,	Tak, podać	
42.	karta gwarancyjna,	Tak, podać	
43.	protokół kontroli bezpieczeństwa,	Tak, podać	
44.	komplet elementów niezbędnych do uruchomienia urządzenia.	Tak, podać	

Załącznik nr 3 – Formularz potwierdzenia spełnienia parametrów technicznych

Wykonawca zobowiązany jest wypełnić kolumnę „Parametry oferowane / potwierdzenie spełnienia” oraz wskazać dokument potwierdzający spełnienie parametrów, np. karta katalogowa, instrukcja, deklaracja zgodności, specyfikacja producenta.

Lp.	Nazwa asortymentu	Ilość	Spełnia TAK/NIE	Parametry oferowane / dokument potwierdzający
31	E-stetoskop	1 szt.		
32	EKG przenośny	1 szt.		
33	Cięśniomierz	1 szt.		
34	Glukometr + paski	1 szt.		
35	Zestaw do reanimacji	1 szt.		
36	Zestaw do udzielania pierwszej pomocy typu C	1 szt.		
37	Fotel do pobierania krwi	1 szt.		
38	Waga elektroniczna	1 szt.		
39	Taśmy oporowe	10 szt.		
40	Drabinki gimnastyczne	3 szt.		
41	Materac	10 szt.		
42	Piłka do ćwiczeń	10 szt.		
43	Laska	5 szt.		
44	Poduszki sensomotoryczne	10 szt.		
45	Kula	5 szt.		
46	Chodzik	5 szt.		
47	Wózek inwalidzki	5 szt.		
49	Stół do masażu, światłolecznictwa, leczenia polem	2 szt.		
50	Mata piankowa	10 szt.		
51	Tablice anatomiczne	3 szt.		
52	Lampa Solux	1 szt.		
53	Laser z sondą bezobsługową pionową i dwiema sondami manualnymi	1 szt.		
54	Sprzęt do terapii ultradźwiękowej z głowicą manualną	1 kpl.		
55	Sprzęt do elektrolecznictwa	1 kpl.		
56	Sprzęt do krioterapii miejscowej	1 szt.		
57	Sprzęt do leczenia polem magnetycznym niskiej częstotliwości	1 kpl.		

Załącznik nr 4 – Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych z Zamawiającym

DANE WYKONAWCY	
Nazwa Wykonawcy	
Adres	
NIP/REGON	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
Osoba do kontaktu	

Oświadczam, że jestem / nie jestem* powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym.

Przez powiązania osobowe lub kapitałowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru Wykonawcy, a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

- a) uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
- b) posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;
- c) pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
- d) pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa), w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka/i) lub pozostawania w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli;
- e) pozostawaniu z Wykonawcą w stosunku prawnym lub faktycznym mogącem budzić uzasadnione wątpliwości co do bezstronności stron tego stosunku.

.....

Miejscowość, data

.....

Pieczęć i podpis Wykonawcy

Załącznik nr 5 – Oświadczenie o braku przesłanek wykluczenia

DANE WYKONAWCY	
Nazwa Wykonawcy	
Adres	
NIP/REGON	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
Osoba do kontaktu	

1. Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2025 r. poz. 514).
2. Oświadczam, że nie jestem osobą/podmiotem objętą/ym sankcjami, o których mowa w art. 5 k ust. 1 Rozporządzenia (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie.
3. Oświadczam, że nie jestem osobą/podmiotem/organem posiadającym siedzibę w Rosji, który w ponad 50% jest własnością publiczną lub jest pod kontrolą publiczną, objętym sankcjami zgodnie z art. 5 l ust 1 Rozporządzenia (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie.
4. Oświadczam, że nie zostałem wpisany na listę osób i podmiotów objętych sankcjami, prowadzoną przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji.

.....

Miejscowość, data

.....

Pieczęć i podpis Oferenta

Załącznik nr 6 - Oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu

DANE WYKONAWCY	
Nazwa Wykonawcy	
Adres	
NIP/REGON	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
Osoba do kontaktu	

W imieniu Wykonawcy oświadczam, iż:

1. Posiadam uprawnienia do prowadzenia działalności, zgodnej z przedmiotem zamówienia.
2. Posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia na kwotę nie mniejszą niż złożona przeze mnie oferta.
3. Oświadczam, że Wykonawca posiada potencjał organizacyjny, techniczny, kadrowy i logistyczny niezbędny do prawidłowego wykonania zamówienia.
4. Oświadczam, że Wykonawca zapewni dostawę, wniesienie, montaż, uruchomienie, instruktaż personelu, przekazanie dokumentacji oraz serwis gwarancyjny i pogwarancyjny zgodnie z warunkami zapytania ofertowego i umowy.
5. Oświadczam, że oferowany sprzęt jest fabrycznie nowy, kompletny, wolny od wad, zgodny z wymaganiami zapytania ofertowego oraz dopuszczony do obrotu i używania, jeżeli wymagają tego przepisy.

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczątka i podpis Oferenta

Załącznik numer 7 - KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest **FAMAR Sp. z o.o. z siedzibą w Ciechanowie 06-400, ul. Gruduska 50 NIP: 5662012631**
 2. W razie pytań związanych z przetwarzaniem danych osobowych zapraszamy do kontaktu pod adresem e-mail: abiarnica@arnica.pl
 3. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia oferty i ewentualnej realizacji zamówienia wynikającego z Zapytania ofertowego na świadczenie usługi wyżywienia dla uczestników projektu „Dom spokojnych chwil – utworzenie MDOM dla pacjentów powiatu mławskiego”.
 4. Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
 5. Ma Pan/Pani prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych oraz cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.
 6. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pan/Pani, że przetwarzanie Pana/Pani danych narusza przepisy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
1. Pana/Pani dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz nie będą profilowane.
 2. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.

Mając powyższe na uwadze wyrażam zgodę na przetwarzanie zawartych w ofercie danych osobowych.

.....

Miejscowość, data

.....

Pieczęć i podpis Oferenta

Załącznik nr 8 – Wzór umowy

UMOWA NR ... / 2026

zawarta w dniu 2026 r. w Ciechanowie pomiędzy:

FAMAR Sp. z o.o. z siedzibą w Ciechanowie, ul. Gruduska 50, 06-400 Ciechanów, NIP: 5662012631, REGON: 147058965, KRS: 0000493614, reprezentowaną przez:, zwaną dalej „Zamawiającym”,

a

....., z siedzibą w,
NIP:, REGON/KRS/CEIDG:, reprezentowanym przez:
....., zwanym dalej „Wykonawcą”.

§ 1. Przedmiot umowy

1. Przedmiotem umowy jest zakup, dostawa, wniesienie, montaż, uruchomienie, instruktaż personelu oraz przekazanie dokumentacji sprzętu medycznego, rehabilitacyjnego i wyposażenia sali rehabilitacyjnej dla MDOM w Mławie, zgodnie z zapytaniem ofertowym, ofertą Wykonawcy oraz załącznikami do umowy.
2. Szczegółowy zakres rzeczowy, ilościowy i techniczny określają: zapytanie ofertowe, Załącznik nr 1a, Formularz asortymentowo-cenowy oraz oferta Wykonawcy.
3. Wykonawca oświadcza, że oferowany sprzęt jest fabrycznie nowy, kompletny, wolny od wad, dopuszczony do obrotu i używania, jeżeli wymagają tego przepisy, oraz spełnia wymagania określone w dokumentacji postępowania.

§ 2. Termin i miejsce realizacji

1. Wykonawca zrealizuje zamówienie w terminie dni kalendarzowych od dnia zawarcia umowy, nie dłuższym niż 60 dni kalendarzowych.
2. Miejscem dostawy jest MDOM w Mławie, ul. Brukowa 4, 06-500 Mława.
3. Za dzień wykonania umowy uznaje się dzień podpisania końcowego protokołu odbioru bez zastrzeżeń.

§ 3. Wynagrodzenie i płatność

1. Wynagrodzenie Wykonawcy za wykonanie całości przedmiotu umowy wynosi: netto zł, VAT zł, brutto zł.
2. Wynagrodzenie obejmuje wszystkie koszty wykonania umowy, w tym zakup, transport, rozładunek, wniesienie, montaż, uruchomienie, instruktaż, dokumentację, gwarancję i serwis.
3. Płatność nastąpi przelewem w terminie 30 dni od dnia doręczenia prawidłowo wystawionej faktury, po podpisaniu końcowego protokołu odbioru bez zastrzeżeń.
4. Zamawiający nie przewiduje zaliczek.

§ 4. Odbiór

1. Odbiór zostanie potwierdzony protokołem dostawy ilościowej, protokołem odbioru jakościowego, protokołem montażu i uruchomienia – jeżeli dotyczy, protokołem instruktażu – jeżeli dotyczy, oraz końcowym protokołem odbioru bez zastrzeżeń.
2. Zamawiający może odmówić odbioru sprzętu niezgodnego z umową, niekompletnego, uszkodzonego albo niespełniającego minimalnych wymagań technicznych.

§ 5. Gwarancja i serwis

1. Wykonawca udziela gwarancji na okres miesięcy, nie krótszy niż 12 miesięcy, liczony od dnia podpisania końcowego protokołu odbioru bez zastrzeżeń.
2. W okresie gwarancji Wykonawca zobowiązuje się do nieodpłatnego usuwania wad i usterek wynikających z przyczyn tkwiących w sprzęcie.
3. Czas reakcji zdalnej/telefonicznej wynosi do 24 godzin w dni robocze, a czas przystąpienia do usuwania awarii w miejscu użytkowania do 72 godzin, jeżeli problem wymaga interwencji.
4. Wykonawca zapewnia dostępność serwisu pogwarancyjnego i części eksploatacyjnych przez minimum 5 lat od dnia dostawy, o ile dotyczy danego rodzaju sprzętu.

§ 6. Kary umowne

1. Za opóźnienie w realizacji dostawy Wykonawca zapłaci karę umowną w wysokości 0,2% wynagrodzenia brutto za każdy dzień opóźnienia.
2. Za opóźnienie w wykonaniu obowiązków gwarancyjnych Wykonawca zapłaci karę umowną w wysokości 0,1% wynagrodzenia brutto za każdy dzień opóźnienia.
3. Za odstąpienie od umowy z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy Wykonawca zapłaci karę umowną w wysokości 10% wynagrodzenia brutto.
4. Łączna wysokość kar umownych nie przekroczy 20% wynagrodzenia brutto. Zamawiający może dochodzić odszkodowania przewyższającego wysokość kar umownych.

§ 7. Zmiany umowy

1. Zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Zmiany są dopuszczalne wyłącznie w granicach przewidzianych zasadą konkurencyjności, Wytocznymi dotyczącymi kwalifikowalności wydatków na lata 2021–2027 oraz właściwymi przepisami prawa.
3. Dopuszcza się zmianę parametrów technicznych na równoważne lub lepsze, zmianę sposobu realizacji dostawy, danych organizacyjnych Stron, terminu z przyczyn niezależnych od Stron oraz wynagrodzenia wyłącznie w przypadkach przewidzianych przepisami prawa lub wytycznymi projektowymi.

§ 8. Kontrola i archiwizacja

1. Wykonawca zobowiązuje się do współpracy z Zamawiającym w zakresie kontroli, audytu i rozliczenia zamówienia w projekcie.
2. Wykonawca zobowiązuje się do przekazania dokumentów niezbędnych do potwierdzenia prawidłowej realizacji zamówienia, w tym dokumentów technicznych, gwarancyjnych, odbiorowych i rozliczeniowych.

§ 9. Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego oraz właściwe przepisy prawa.
2. Spory wynikłe z realizacji umowy Strony będą starały się rozwiązać polubownie, a w razie braku porozumienia przez sąd właściwy dla siedziby Zamawiającego.
3. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

Zamawiający:

Wykonawca: