**Nazwa Firmy……………… PAKIET PIERWSZY**

**Adres ……………………**

**Telefon………, fax…………..**

**Załącznik Nr 1**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - OFERTOWY**

**24 miesięczna gwarancja na wymieniony asortyment**

**1.Przedmiot: Zintegrowany aparat do fizykoterapii (elektroterapii, ultradźwięków i magnetoterapii ) – 1 sztuka**

**Producent:**

**Nazwa i typ:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PARAMETRY TECHNICZNE** |  |  |
|  | Możliwość dowolnej kombinacji modułów elektroterapii, ultradźwięków , magnetoterapii (mata magnetyczna ) |  |  |
|  | Elektroterapia z elektroidiagnostyką i 4-polową interferencją |  |  |
|  | Możliwość wykonania zabiegów elektroterapii na 2 obwody |  |  |

**2.Przedmiot: Aparat do laseroterapii i biostymulacji na statywie jezdnym z możliwością regulacji ramienia aplikatora - 1 sztuka**

**Producent:**

**Nazwa i typ:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PARAMETRY TECHNICZNE** |  |  |
|  | Wyposażenie w aplikator skanujący i sondę punktową |  |  |
|  | Funkcja przeliczania czasu zabiegu w zależności od kształtu i wielkości pola zabiegowego |  |  |
|  | Długość fal : R-660nm,IR-808nm |  |  |
|  | Moc :R-200mW,IR-450mW |  |  |
|  | Okulary w zestawie |  |  |

**3.Przedmiot: Aparat do krioterapii ciekłym azotem z 26 litrowym zbiornikiem – 1 szt.**

**Producent:**

**Nazwa i typ:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PARAMETRY TECHNICZNE** |  |  |
|  | 4-stopniowa regulacja nadmuchu |  |  |
|  | Zużycie gazu 0,10-0,15kg/min |  |  |
|  | Mobilna podstawa – na kółkach |  |  |

**4.Przedmiot: Leżanka rehabilitacyjna do terapii manualnej i masażu – 3 szt.**

**Producent:**

**Nazwa i typ:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PARAMETRY TECHNICZNE** |  |  |
|  | **Leżanka 2 – sekcyjna ( dwu częściowa )** |  |  |
|  | Regulacja ustawienia zagłówka w systemie sprężyny gazowej (góra , dół) |  |  |
|  | Regulacja wysokości leżanki : elektryczna w systemie ramy nożnej w zakresie 45-95 cm |  |  |
|  | Szerokość leżyska : min 65 cm |  |  |
|  | Obciążenie max.: minimum 150 kg |  |  |
|  | Tapicerka zmywalna środkami do dezynfekcji sanitarno – epidemiologicznymi ,tapicerka w kolorze niebieskim |  |  |

**5.Przedmiot: Bieżnia treningowa – 1 szt.**

**Producent:**

**Nazwa i typ:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PARAMETRY TECHNICZNE** |  |  |
| 1. | Prędkość min/maks.km/h 0,8-20(0,1km/h-kroki) |  |  |
| 2. | Regulacja stopnia nachylenia ( w % ) 0-15, sterowany silnikiem |  |  |
| 3. | Wymiary bieżnika ( dł./sz. w cm ) 152/51 |  |  |
| 4. | Silnik elektryczny 5,5 kM ( moc szczytowa ) |  |  |

**6.Przedmiot: Wirówka do masażu kończyn górnych – 1 szt.**

**Producent:**

**Nazwa i typ:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PARAMETRY TECHNICZNE** |  |  |
| 1. | Możliwość masażu dłoni , przedramion , łokci |  |  |
| 2. | 12 dysz |  |  |
| 3. | Pojemność 30 litrów |  |  |

**7.Przedmiot : Wirówka do masażu kończyn dolnych - 1 sztuka**

**Producent :**

**Nazwa i typ :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PARAMETRY TECHNICZNE** |  |  |
| 1. | Możliwość masażu stóp, podudzi i opcjonalnie |  |  |
| 2. | 14 dysz |  |  |
| 3. | Pojemność 45 litrów |  |  |

**Poz.1 Cena j. netto …………………….. Vat %........ Cena brutto ……………………**

**Poz.2 Cena j. netto …………. ………... Vat %...... Cena brutto …………………**

**Poz.3 Cena j. netto …………………… Vat % …………..Cena brutto ………………….**

**Poz.4 Cena j. netto …………………….. Vat %............ Cena brutto ………………….**

**Poz.5 Cena j.netto……………………… Vat %.......... Cena brutto …………………..**

**Poz.6 Cena j. netto ……………………... Vat %........... Cena brutto ………………….**

**Poz.7Cena j. netto ……………………… Vat % ………. Cena brutto ……………………**

**WARTOŚĆ NETTO za całe zamówienie ………………………………………………………**

**WARTOŚĆ BRUTTO za całe zamówienie ………………………………………………………**

**Słownie brutto ………………………………………………………………………………………**

**Termin dostawy max 21 dni od podpisania umowy , termin krótszy …………dni .**

**Podpis osoby upoważnionej**

**ZAŁĄCZNIK NR 2 FORMULARZ ASORTYMENTOWO – OFERTOWY**

**Nazwa firmy …………….. PAKIET DRUGI**

**Adres ……………………..**

**Tel, fax…………………….**

**1.Przedmiot : Parawan harmonijkowy na wózku jezdnym - 2 sztuki**

**36 miesięczna gwarancja**

**Producent :**

**Nazwa i typ :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PARAMETRY TECHNICZNE** |  |  |
| 1. | Wysokość 150 cm ( + - 5% ) na podstawie jezdnej |  |  |
| 2. | 15 skrzydłowy (szer. skrzydła 25 cm (+- 5 % ) |  |  |
| 3. | Gwarancja 36 miesięcy |  |  |
|  | Kolor biały lub beż |  |  |

**Cena j . netto ………………….Vat % ……… Cena j. brutto ………………………**

**WARTOŚĆ NETTO za całe zamówienie ……………..**

**WARTOŚĆ BRUTTO za całe zamówienie ……………**

**Słownie brutto …………………………………………….**

**Termin dostawy max 21 dni od podpisania umowy , termin krótszy ……….dni .**

**Podpis osoby upoważnionej**

