|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje** **(wartości minimalne wymagane)** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Urządzenie do treningu pasywnego i aktywnego kończyn górnych i dolnych:** **Zrobotyzowany zestaw urządzeń rehabilitacji kończyn górnych i dolnych – 1 zestaw**Oferowany model: …………………………………………………………Producent: …………………………………………………………Rok produkcji ………………………………………………………… |
|  | Urządzenie nowe, nieużywane. Wyklucza się urządzenia demonstracyjne. Rok produkcji: 2022. | TAK, podać |  |
|  | Jedno urządzenie do terapii kończyn dolnych we wszystkich fazach rehabilitacji, | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wykonywania pomiarów minimum:- siły kończyn dolnych- propriocepcji- płynności ruchu,  | TAK, podać |  |
|  | Możliwość treningu minimum:- uni i bilateralnego - steper,- leg press, - pedałowanie- rytmiczna stymulacja,- trening sensoryczny- trening opadającej stopy zgięcia grzbietowego i podeszwowego,  | TAK, podać |  |
|  | Automatyczne wykrycie spastyczności, | TAK, podać |  |
|  | Trening za pomocą motywującego biofeedbacku w formie gier, | TAK, podać |  |
|  | W zestawie wymienne elementy podstaw stóp do specjalnego treningu opadającej stopy, | TAK, podać |  |
|  | Kompletna dokumentacja z przeprowadzonych badań oraz treningów, | TAK, podać |  |
|  | Wielofunkcyjny fotel z regulacją siedzenia: góra-dół, przód-tył oraz pochylenia oparcia, | TAK, podać |  |
|  | Możliwość pionizacji pacjenta na fotelu będącym w zestawie,  | TAK, podać |  |
|  | Pasy do stabilizacji tułowia,  | TAK, podać |  |
|  | Przystawka do diagnostyki i terapii kończyny górnej,  | TAK, podać |  |
|  | Pomiar minimum 5 rodzajów chwytów ręki w skali minimum 1-1000N (chwyt cylindryczny, chwyty szczypcowe, chwyt dwupunktowy, chwyt trójpunktowy), | TAK, podać |  |
|  | Tryb diagnostyczny – indeks kontroli siły, | TAK, podać |  |
|  | Pomiar zakresów ruchu w stawie ramiennym, łokciowym i nadgarstkowym:Minimalne zakresy ruchu: -staw ramienny: zgięcie - wyprost 180° - 0° - 40°, odwodzenie - przywodzenie 180° - 0° -40°,-staw łokciowy:zgięcie - wyprost 170°-0° -10°, pronacja - supinacja -120° - 0 - 120°,-nadgarstek:zgięcie - wyprost -90° - 0 - 90°odwiedzenie dopromieniowe – dołokciowe - 40° - 0 - 90° | TAK, podać |  |
|  | Program analizy chodu: pomiar parametrów chodu m.in. prędkość chodu, kadencja, długość cyklu chodu, | TAK, podać |  |
|  | Minimum 6 ćwiczeń (gier jedno i dwuwymiarowych), | >6 ćwiczeń- 5 pkt.6 ćwiczeń – 0 pkt. |  |
|  | Możliwość porównania kończyny prawej i lewej, | TAK, podać |  |
|  | Możliwość archiwizacji testów, porównania testów, | TAK, podać |  |
|  | Rozszerzone oprogramowanie do oceny i terapii, | TAK, podać |  |
|  | Wyposażenie: do trójpłaszczyznowego ruchu w nadgarstku, do łączonej terapii wszystkich części kończyny górnej, pasy, nakładki, zintegrowany czujnik siły i ruchu, 2 czujniki ruchu, | TAK, podać |  |
|  | Bezprzewodowa łączność między komputerem, a czujnikami siły i ruchu, | TAK, podać |  |
|  | Indukcyjne ładowanie wszystkich czujników, z możliwością ładowania wszystkich czujników jednocześnie, | TAK, podać |  |
|  | Sygnalizacja statusu połączenia czujnika z oprogramowaniem, prawidłowego/niskiego poziomu naładowania baterii oraz trwania/zakończenia ładowania za pomocą wbudowanych diod LED, | TAK, podać |  |
|  | Możliwość ciągłej pracy systemu bez ładowania min. 5 h, | > 5 h – 5 pkt.5h – 0 pkt. |  |
|  | Automatyczne przechodzenie czujników w stan uśpienia w przypadku dłuższego braku połączenia z oprogramowaniem celem oszczędności baterii, | TAK, podać |  |
|  | Sygnalizacja aktywacji czujnika do działania za pomocą wibracji, | TAK, podać |  |
|  | Bezprzewodowa praca urządzenia w odległości co najmniej 6 metrów od komputera w niezakłóconej przestrzeni, | TAK, podać |  |
|  | Komputer typ ALL-IN-ONE z przegubem do regulacji nachylenia. | TAK, podać |  |
|  | Dodatkowy komputer przenośny do przystawki o minimalnych parametrach:-System operacyjny min. typu Windows 10, 64 bit lub równoważny\*,- Procesor min. 2 GHz,- Pamięć min. 8 GB RAM,- Rozdzielczość ekranu minimum 1280x768,- Wielkość ekranu minimum 15”,- Co najmniej jeden dostępny port USB 2.0. | TAK, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Wymagane parametry i funkcje****(wartości minimalne wymagane)** | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
|  | **Wymagania techniczne – dotyczy wszystkich powyższych urządzeń** |  |  |
|  | Paszport techniczny oraz instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z urządzeniem. /dotyczy sprzętu medycznego/ | Tak, podać |  |
|  | Obsługa urządzenia i komunikaty w języku polskim/jeśli dotyczy/ | Tak, podać |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące od dnia instalacji potwierdzonej protokołem uruchomienia i przekazania urządzenia w terminie uwzględniającym godziny pracy Zamawiającego. | > 35 m-cy – 10 pkt.24-35 m-cy – 0 pkt. |  |
|  | Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 24 godz. /dotyczy sprzętu medycznego/ | Tak, podać |  |
|  | Czas oczekiwania na skuteczne usunięcie uszkodzenia /dotyczy sprzętu medycznego/:a. nie wymagającej importu części nie dłużej niż 2 dni robocze /dotyczy sprzętu medycznego/b. wymagającej importu części nie dłużej niż 10 dni roboczych. /dotyczy sprzętu medycznego/ | Tak, podać |  |
|  | Wykonawca dostarczy, urządzenie oraz przeprowadzi instruktarz obsługi i konserwacji w cenie oferty. | Tak, podać |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wraz z urządzeniem uzupełnionego paszportu technicznego o dane identyfikujące urządzenie (m.in. numer seryjny, rok produkcji, model, producent). | Tak, podać |  |
|  | Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 10 lat od daty sprzedaży /dotyczy sprzętu medycznego | Tak, podać |  |
|  | Urządzenie wykonane w technologii energooszczędnej – urządzenie energooszczędne / jeśli dotyczy/ | Tak, podać |  |

\*Opis równoważności znajduje się w załączniku nr 10 do SWZ.

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie nawet jednego z  w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w  oferowanej konfiguracji.

 …………………………………..

 Podpis osoby uprawnionej do

 reprezentowania Wykonawcy