**Załącznik nr 1 - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW FUNKCJONALNO-UŻYTKOWYCH**

**dla zadania nr 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje** **(wartości wymagane)** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Mobilny robot rehabilitacyjny kończyn dolnych - szyna rehabilitacyjna z elektromiografią- 3szt..**Oferowany model: …………………………………………………………Producent: …………………………………………………………Rok produkcji ………………………………………………………… |
| 1.
 | Mobilny robot rehabilitacyjny kończyn dolnych - szyna rehabilitacyjna z elektromiografią, fabrycznie nowy, rok produkcji 2023 | TAK, podać |  |
|  | **PARAMETRY TECHNICZNE** | TAK, podać |  |
|  | Dwunapędowa szyna rehabilitacyjna z synchronizowaną funkcjonalną elektromiografią | TAK, podać |  |
|  | Wspomagany ruch kończyny dolnej wyzwalany przez elektromiografię | TAK, podać |  |
|  | Zautomatyzowane trójzgięcie | TAK, podać |  |
|  | Zautomatyzowane zgięcie w stawie skokowym | TAK, podać |  |
|  | 4-kanałowa elektromiografia i EMG Biofeedback | TAK, podać |  |
|  | Ćwiczenia oporowe i pomiary siły | TAK, podać |  |
|  | Funkcjonalny ruch kończyny dolnej: trójzgięcia oraz zgięcia kostki dzięki dwóm niezależnym napędom - synchronizowany i oddzielny | TAK, podać |  |
|  | Jednoczesna, synchroniczna praca obu napędów we wzorcu ruchu | TAK, podać |  |
|  | Dostosowanie do pacjenta we wszystkich etapach rehabilitacji i w zależności od poziomu siły mięśniowej (Lovett 0-5) :Ruch czynny - oporowy (Lovett 3-5) Ruch czynny - wspomagany (Lovett 3)Ruch wspomagany - wyzwalany elektromiograficznie (Lovett 1-2) Ruch bierny (Lovett 0-1) | TAK, podać |  |
|  | Umożliwia aktywną pracę z pacjentami z niedowładami, u których występuje aktywność mięśniowa, ale nie występuje ruch czynny w kończynie | TAK, podać |  |
|  | Ocena pacjenta pod kątem aktywności mięśniowej, siły i zakresów ruchomości w kończynie dolnej | TAK, podać |  |
|  | Zakres ruchu w biodrze [°]: 0-115 | TAK, podać |  |
|  | Zakres ruchu w kolanie [°]: -10-125 | TAK, podać |  |
|  | Zakres ruchu w stawie skokowym [°]: -40-40 | TAK, podać |  |
|  | Obciążenie w kolanie/biodrze [kg]: 1-65 (Autorewers) | TAK, podać |  |
|  | Baza danych pacjentów | TAK, podać |  |
|  | Predefiniowane protokoły ćwiczeń | TAK, podać |  |
|  | Generowanie raportów z oceny i ćwiczeń pacjenta | TAK, podać |  |
|  | Przesyłanie danych poprzez Wifi | TAK, podać |  |
|  | Gwarancja producenta na Mobilny robot rehabilitacyjny kończyn dolnych - szyna rehabilitacyjna z elektromiografią ciała- min.24 miesiące.  -48 miesięcy i więcej od daty podpisania końcowego protokołu- 40 pkt.-42 miesiące od daty podpisania końcowego protokołu- 35 pkt.-36 miesięcy od daty podpisania końcowego protokołu- 20 pkt.- 30 miesięcy od daty podpisania końcowego protokołu- 10 pkt.-24 miesiące od daty podpisania końcowego protokołu- 0 pkt. | TAK, podać okres gwarancji |  |
|  | Instalacja przez autoryzowany serwis producenta (autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny). | TAK, podać |  |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji max. 72 godzin (dotyczy dni roboczych) | TAK, podać |  |
|  | Czas naprawy aparatu bez konieczności wymiany części lub podzespołów max.120 godziny (dotyczy dni roboczych) | TAK, podać |  |
|  | Możliwość zgłaszania awarii: telefon, email | TAK, podać |  |
|  | 1. Dostępność części zamiennych 10 lat
 | TAK, podać |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim-wersja papierowa i elektroniczna (dostarczany wraz z urządzeniem) | TAK, podać |  |
|  | Paszport techniczny (dostarczany wraz z urządzeniem) | TAK, podać |  |
|  | Szkolenie dla personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi urządzeniaW siedzibie zamawiającego. | TAK, podać |  |

**UWAGI:**

1. **Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Zamawiający ma prawo wezwać oferenta do uzupełnienia oferty o materiały/dokumenty potwierdzające parametry zaoferowanego urządzenia.**
2. **Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**
3. **Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.**

Niniejsze zobowiązanie powinno zostać opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym, lub podpisem zaufanym(gov.pl) lub elektronicznym podpisem osobistym(edowód)