**Załącznik nr 2**

**Posturograf z modułem translacyjnym - wersja dynamiczna - 1kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………..**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2018**

**Do oferty należy załączyć materiały w języku polskim potwierdzające spełnienie poniższych wymagań**

**TABELA 1: *Odpowiedź NIE w kolumnie „parametr wymagany” ” lub „parametr oferowany” spowoduje odrzucenie oferty***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | PARAMETRY TECHNICZNE | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETR OCENIANY/ PUNKTACJA | PARAMETR OFEROWANY |
| **A.** | **PARAMETRY OGÓLNE** | |  |  |
|  | Platforma posturograficzna pracująca w dwóch trybach:  1) badanie  2) rehabilitacja | TAK | - |  |
|  | Oprogramowanie pracujące w środowisku WINDOWS i posiadające interfejs oprogramowania w języku polskim | TAK | - |  |
|  | Platforma posturograficzna wyposażona w moduł wymuszający ruch poziomy, tj, umożliwiający ruchową stymulację sinusoidalną i/lub impulsową, | TAK | - |  |
|  | Minimalna prędkość ruchu platformy: 0.1 m/s | TAK | - |  |
|  | Oprogramowanie umożliwiające badanie zaburzeń równowagi wg protokołów standardowych:  SOT (Sensory Organization Test)  Ocena stymulacji przedsionkowej  Test Romberg’a  Ocena ryzyka upadku | TAK | - |  |
|  | Możliwość różnicowania i oceny równowagi dla podobnych patologii | TAK | - |  |
|  | Program rehabilitacji umożliwiający korektę zaburzeń zdiagnozowanych w fazie oceny równowagi przez dobranie ćwiczeń odpowiednich dla danego pacjenta | TAK | - |  |
|  | Możliwość oceny i porównania wyników każdej sesji rehabilitacyjnej w celu monitorowania postępów pacjenta | TAK | - |  |
|  | Możliwość stymulacji wzrokowych 2D i 3D (np. optokinetyczna, sakady, śledzenie wolne, labirynt, tunel, dart, itp.) | TAK | - |  |
|  | Możliwość wyświetlania testów rehabilitacyjnych na monitorze TV lub ekranie ściennym | TAK | - |  |
|  | Monitor TV lub rzutnik LCD z zestawem montażowym | TAK | - |  |
|  | Możliwość zdefiniowania i wprowadzenia własnych wartości normatywnych | TAK | - |  |
|  | Pilot zdalnego sterowania umożliwiający START/STOP badania | TAK | - |  |
|  | Posturograf wyposażony w barierkę ochronną z postumentem | TAK | - |  |
|  | Zestaw komputerowy z drukarką o parametrach min.  Procesor Intel i7, RAM 8Gb, HDD 500GB, monitor LCD 21”,  drukarka kolorowa HP OfficeJet, WINDOWS 10 PL | TAK | - |  |
|  | Zasilanie zestawu posturografu przez medyczny moduł separacyjny (transformator separujący) | TAK | - |  |
|  | Stolik informatyczny pod zestaw, mobilny | TAK | - |  |
| **B.** | **INNE** |  |  |  |
| 1 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą | - |  |
| C | Warunki gwarancji |  |  |  |
|  | Okres udzielonej gwarancji min. 24 miesiące | TAK, podać | 24 m – 0 pkt  36 m – 3 pkt.  48 m – 6 pkt.  60 m – 9pkt.  72 m – 12 pkt |  |
| D | Koszty eksploatacji pogwarancyjnej oraz obsługi serwisowej pogwarancyjnej | | | |
|  | Materiały eksploatacyjne niezbędne do wymiany zgodnie z zaleceniami producenta w przeliczeniu na okres eksploatacji  6 lat – podać łączną cenę brutto | Podać | - |  |
|  | Częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | podać | - |  |
|  | Wykonawca gwarantuje Zamawiającemu pełen zakres odpłatnej obsługi pogwarancyjnej w Polsce przez serwis firmy producenta w okresie co najmniej 10 lat od daty dostawy | TAK | - |  |
|  | Koszt rocznego, pełnego kontraktu serwisowego (wartość netto, waluta PLN) zawierającego wszystkie koszty (w tym m.in. wszystkie części zamienne i przeglądy), | TAK, podać | . |  |
|  | Koszt przeglądu technicznego urządzenia wraz z dojazdem do Zamawiającego oraz niezbędnymi do wymiany częściami, zalecanymi do wymiany przez producenta przy przeglądzie technicznym (wartość netto, waluta PLN) po upływie okresu gwarancyjnego. | TAK, podać | . |  |
|  | Iloczyn częstotliwości przeglądów technicznych wymaganych przez producenta urządzenia i pełnych kosztów przeglądów technicznych (w tym niezbędnymi do wymiany częściami, zalecanymi do wymiany przez producenta przy przeglądzie technicznym, z wyłączeniem kosztów dojazdu) w przeliczeniu dla 6 lat eksploatacji | TAK, podać | . |  |

**TABELA 2: *\** Parametry wymagane i jednocześnie podlegające ocenie *Odpowiedź NIE w kolumnie „parametr wymagany” ” lub „parametr oferowany” spowoduje odrzucenie oferty***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | PARAMETRY TECHNICZNE | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETR OCENIANY/ PUNKTACJA | PARAMETR OFEROWANY |
|  | Minimalny zakres stymulacji ruchowej platformy: 7 cm | TAK, podać | 7 cm – 0 pkt  więcej niż 7 cm – 10 pkt |  |
|  | Monitor TV lub rzutnik LCD do stymulacji wzrokowych i rehabilitacji o przekątnej ekranu min 24” | TAK, podać | 24” – 0 pkt  25” do 30”  – 5 pkt.  więcej niż 30”  – 10 pkt |  |

**TABELA 3: *\*\** Parametry podlegające ocenie i niebędące jednocześnie parametrami wymaganymi*,***

***\*\* odpowiedź NIE w kolumnie „parametr wymagany” ” lub „parametr oferowany” - nie spowoduje odrzucenia oferty.***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | PARAMETRY TECHNICZNE | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETR OCENIANY/ PUNKTACJA | PARAMETR OFEROWANY |
|  | Możliwość zdefiniowania i wprowadzenia własnych stymulacji wzrokowych | - | TAK/NIE\*\*  TAK - 10 pkt,  NIE - 0 pkt |  |
|  | Dodatkowa platforma piankowa znosząca bodźce priopercepcyjne pochodzące od stóp | - | TAK/NIE\*\*  TAK - 10 pkt,  NIE - 0 pkt |  |

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

………...............................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo