**Załącznik nr 3 do SWZ**

**Załącznik nr 1 do umowy LI.262.15.2.2023**

**FORMULARZ CENOWO –TECHNICZNY - zadanie nr 2**

A. Oferuję dostawę przedmiotu zamówienia za cenę:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Przedmiot zamówienia | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena**  **jednostkowa**  *netto* | **Wartość**  *netto*  *6=4x5* | **Stawka VAT**  *%* | **Cena**  **jednostkowa**  *brutto*  *8=9÷4* | **Wartość**  *brutto*  *9=6+7* |
|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| **I** | **Stacjonarny robot rehabilitacyjny kończyn górnych** | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **Razem cena oferty** | | | | | | | |  |

**B. Oświadczam, że okres gwarancji na przedmiot zamówienia wynosi……………..miesięcy.**

Oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z niżej wskazanymi parametrami:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Stacjonarny robot rehabilitacyjny kończyn górnych - 1 szt.** | | | | Typ ………………………....  Model …………………...….  Producent…………………..  Kraj pochodzenia ………….. |
|  | Rok produkcji | 2023 | | |
|  | Certyfikat CE | | | |
|  | Robot rehabilitacyjny kończyn górnych | | | |
|  | Ćwiczenia:  - czynne-oporowe,  - czynne-wspomagane,  - wspomagane-elektromiograficzne,  - bierne | | | |
|  | Ćwiczenia z oporem dynamicznym:  - izokinetyczne,  - izotoniczne,  - izometryczne | | | |
|  | Wbudowana funkcjonalność generowania zrobotyzowanego ruchu wspomaganego lub czynnego wyzwalanego poprzez aktywność elektryczną mięśni wykrywaną powierzchniowo - elektromiografię (reaktywna elektromiografia) | | | |
|  | Wbudowana możliwość oceny:  - siły mięśniowej,  - zakresu ruchu biernego i czynnego,  - aktywności mięśniowej przy pomocy elektromiografii powierzchniowej | | | |
|  | 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) | | | |
|  | Czynna praca z pacjentami zarówno z niedowładem jak i spastycznością | | | |
|  | Biofeedback – informacja zwrotna dla pacjenta i terapeuty | | | |
|  | Generowanie raportów z oceny i ćwiczeń pacjenta | | | |
|  | Możliwość tworzenia bazy danych pacjentów | | | |
|  | Predefiniowane protokoły ćwiczeń | | | |
|  | Wbudowany elektromiograf w minimalnych parametrach pomiarowych:  Ilość kanałów elektromiograficznych co najmniej 4, próbkowane jednoczesne  Szum linii podstawowej: <0,5 μV RMS  Szum odniesienia na wejściu: 10 μVpp (10 sekund danych surowych)  Częstotliwość próbkowania elektromiografii: 1 000 próbek na sekundę na kanał  Rozdzielczość wewnętrzna: 24 bity  Współczynnik CMRR elektromiografii: - 73dB  Impedancja wejściowa elektromiografii: 10MΩ  Czułość elektromiografii: 1μV RMS | | | |
|  | Dokładność pomiarowa czujników siły lub dynamometrów:  Dokładność pomiaru momentu obrotowego ± 0,2 Nm | | | |
|  | Maksymalna prędkość obrotowa: co najmniej 50 °/s | | | |
|  | Monitor dotykowy | | | |
|  | Końcówki wymienne min. 5 | | | |
|  | Szybka wymiana i automatyczna identyfikacja końcówek | | | |
|  | Elektrod do EMG min. 50 szt. | | | |
|  | **Informacje dodatkowe** | | | |
|  | Oferowany sprzęt medyczny musi być kompletny, kompatybilny z akcesoriami, fabrycznie nowy, po instalacji gotowy do użycia zgodnie z jego przeznaczeniem | | | |
|  | Zamawiający wymaga instalacji i uruchomienia sprzętu | | | |
|  | **Okres gwarancji min. 24 miesiące** | | | |
|  | Wykonanie przeglądów serwisowych – wg zaleceń producenta - w trakcie trwania gwarancji (w tym jeden w ostatnim miesiącu gwarancji) | | | |
|  | Wraz z dostarczonym sprzętem Wykonawca przekaże Instrukcję obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej, paszport techniczny, kartę gwarancyjną oraz wykaz podmiotów upoważnionych przez producenta lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów | | | |
|  | Szkolenie w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu w miejscu instalacji | | | |
|  | Częstość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. | | Częstotliwość przeglądów | |

C. Oświadczam, że dostarczony Zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie   
właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

D. Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt B  
i C posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

|  |  |
| --- | --- |
| …….............…………….., dnia ...............r | ………………………………………………  *Imię i nazwisko osoby uprawionej do reprezentowania*  *Wykonawcy* |