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

**Dla zadania nr 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje**  **(wartości wymagane)** | | | | **Parametr wymagany** | | **Parametr oferowany** |
| **Mobilny robot rehabilitacyjny górnych i dolnych partii ciała 2 szt.**  Oferowany model: …………………………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji ………………………………………………………… | | | | | | | |
|  | | Robot rehabilitacyjno-diagnostyczny z pełnym wyposażeniem do ćwiczeń kończyn górnych i dolnych | | | TAK, podać | |  |
|  | | Robot umożliwiający wykonywanie m.in. ćwiczeń biernych, siłowych. | | | TAK, podać | |  |
|  | | Ćwiczenia z oporem dynamicznym: izokinetyczne, izotoniczne, elastyczne | | | TAK, podać | |  |
|  | | Integralne oprogramowanie z grami rehabilitacyjnymi | | | TAK, podać | |  |
|  | | Wbudowana reaktywna elektromiografia | | | TAK, podać | |  |
|  | | Wbudowana możliwość przeprowadzenia diagnostyki: dynamometrycznej oceny spastyczności, dynamometrycznej oceny siły mięśniowej, elektromiograficznej oceny unerwienia | | | TAK, podać | |  |
|  | | Posiada możliwość przeprowadzenia rehabilitacji: barku, łokcia, biodra, kolana, stopy, ręki dzięki odpowiednim integralnym końcówkom. | | | TAK, podać | |  |
|  | | Umożliwia przeprowadzanie treningu z użyciem biofeedbacku w postaci gier rehabilitacyjnych, realizowanego zarówno poprzez pozycje kończyny pacjenta (sterowaną poprzez opór dynamiczny) jak i sygnał elektromiograficzny | | | TAK, podać | |  |
|  | | Wbudowana możliwość generowania raportów z treningu dostosowanych do każdego pacjenta; | | | TAK, podać | |  |
|  | | Wbudowana możliwość prowadzenie dokumentacji treningów pacjenta w oprogramowaniu (kartoteki pacjentów); | | | TAK, podać | |  |
|  | | Wbudowana możliwość połączenia robota z siecią Internet oraz dostępność systemu operacyjnego, | | | TAK, podać | |  |
|  | | Integracji z fotelem rehabilitacyjnym, który umożliwia dostosowanie do każdej pozycji ćwiczeniowej stawów: kolanowego, biodrowego, łokcia, barku, nadgarstkowego i skokowego | | | TAK, podać | |  |
|  | | Uchwyt dłoni z możliwością regulowania wysokości i kąta | | | TAK, podać | |  |
|  | | Stabilizujący pas udowy | | | TAK, podać | |  |
|  | | Boczne barierki, z możliwością całkowitego złożenia | | | TAK, podać | |  |
|  | | Łatwe dostosowanie do różnych pozycji pacjenta | | | TAK, podać | |  |
|  | | Podłokietnik - podpórka przedramienia z pasami stabilizującymi | | | TAK, podać | |  |
|  | | Regulowana głębokość siedziska min. 450-570 mm | | | TAK, podać | |  |
|  | | Szerokość siedziska: minimum 580-650 mm | | | TAK, podać | |  |
|  | | Elektryczna regulacja nachylenie oparcia min. 87⁰ - 0⁰ | | | TAK, podać | |  |
|  | | Elektryczna regulacja nachylenia siedziska min.: 0⁰- 20⁰ | | | TAK, podać | |  |
|  | | Elektryczna regulacja wysokości siedziska min. 490-890 mm | | | TAK, podać | |  |
|  | | Pilot do sterowania fotelem | | | TAK, podać | |  |
|  | | Możliwość rozłożenia całego fotela tak aby stanowił on stół terapeutyczny | | | TAK, podać | |  |
|  | | Centralny system jezdny – opuszczany lub chowany w celu pełnej stabilności urządzenia | | | TAK, podać | |  |
|  | | Maksymalna masa ciała pacjenta: 135 kg | | | TAK, podać | |  |
|  | | Wysokość całkowita: 1320 -1720 mm | | | TAK, podać | |  |
|  | | Długość całkowita: 1200 mm (złożone podnóżki), 1900 mm w trybie stołu terapeutycznego | | | TAK, podać | |  |
|  | | **Wyposażenie robota** | | | TAK, podać | |  |
|  | | Końcówka do kończyny górnej | | | TAK, podać | |  |
|  | | Końcówka do kończyny dolnej | | | TAK, podać | |  |
|  | | Końcówka do stopy | | | TAK, podać | |  |
|  | | Końcówka do przedramienia | | | TAK, podać | |  |
|  | | Końcówka do barku | | | TAK, podać | |  |
|  | | Kierownica | | | TAK, podać | |  |
|  | | Zatrzymanie awaryjne pacjenta i kontroler | | | TAK, podać | |  |
|  | | Przewód zasilający dł. Min. 10 m (IEC C13, 250V) | | | TAK, podać | |  |
|  | | 2-kanałowy kabel powierzchniowy EMG o dł. Min. 1,5m | | | TAK, podać | |  |
|  | | Gry rehabilitacyjne | | | TAK, podać | |  |
|  | | Tablet z przekątną ekranu powyżej 12 “ wraz z integralnym uchwytem oraz kompatybilnym oprogramowaniem | | | TAK, podać | |  |
|  | | Rozdzielacz USB 4 gniazda USB | | | TAK, podać | |  |
|  | | 5 paczek Elektrod EKG/EMG (50 szt.) | | | TAK, podać | |  |
|  | | **Wielofunkcyjny fotel z elektryczną regulacją, do badań i zabiegów w pozycji siedzącej lub leżącej** | | | TAK, podać | |  |
|  | | Regulowane podnóżki (prawy i lewy), z możliwością całkowitego złożenia. Kąt nachylenia podnóżka min.: 15⁰ - 90⁰ | | | TAK, podać | |  |
|  | | 5-cio punktowy, magnetyczny system pasów stabilizujących pacjenta | | | TAK, podać | |  |
|  | | Szybkie odpinanie systemu pasów za pomocą dwóch ruchów | | | TAK, podać | |  |
|  | | | Gwarancja producenta na Mobilny robot rehabilitacyjny górnych i dolnych partii 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 ilość miesięcy | |  | |
|  | | | 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 | |  | |

**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)