**Pakiet 1**

Przedmiot zamówienia**: Stacjonarny robot rehabilitacyjny kończy dolnych**

|  |  |
| --- | --- |
| NAZWA OFERENTA |  |
| PRODUCENT |  |
| MODEL/TYP |  |
| KRAJ POCHODZENIA |  |
| ROK PRODUKCJI /*wymagane fabrycznie nowe/* | **2023** |
| LICZBA SZTUK | **1** |

| Lp. | Opis urządzenia **(elementu wyposażenia)** | Parametr wymagany | **Parametry oferowane** (podać zakresy lub opisać) |
| --- | --- | --- | --- |
| **I. Parametry techniczne:** | | | |
| 1 | Robot rehabilitacyjno-diagnostyczny z pełnym wyposażeniem do ćwiczeń kończyn dolnych. | TAK |  |
| 2 | Robot umożliwiający wykonywanie m.in. ćwiczeń biernych, siłowych. | TAK |  |
| 3 | Ćwiczenia z oporem dynamicznym: izokinetyczne, izotoniczne, elastyczne. | TAK |  |
| 4 | Integralne oprogramowanie z grami rehabilitacyjnymi. | TAK |  |
| 5 | Wbudowana reaktywna elektromiografia. | TAK |  |
| 6 | Wbudowana możliwość przeprowadzenia diagnostyki: dynamometrycznej oceny spastyczności, dynamometrycznej oceny siły mięśniowej, elektromiograficznej oceny unerwienia. | TAK |  |
| 7 | Posiada możliwość przeprowadzenia rehabilitacji: biodra, kolana, stopy, dzięki odpowiednim integralnym końcówkom. | TAK |  |
| 8 | 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 |  |
| 9 | Wbudowana możliwość generowania raportów z treningu dostosowanych do każdego pacjenta. | TAK |  |
| 10 | Wbudowana możliwość prowadzenie dokumentacji treningów pacjenta w oprogramowaniu (kartoteki pacjentów). | TAK |  |
| 11 | Wbudowana możliwość połączenia robota z siecią Internet oraz dostępność systemu operacyjnego. | TAK |  |
| 12 | Integracji z fotelem rehabilitacyjnym, który umożliwia dostosowanie do każdej pozycji ćwiczeniowej stawów: kolanowego, biodrowego i skokowego. | TAK |  |
| **II. Wyposażenie robota:** | | | |
| 13 | Końcówka do kończyny dolnej | TAK |  |
| 14 | Końcówka do stopy | TAK |  |
| 15 | Zatrzymanie awaryjne pacjenta i kontroler | TAK |  |
| 16 | Przewód zasilający dł. Min. 10 m (IEC C13, 250V) | TAK |  |
| 17 | 2-kanałowy kabel powierzchniowy EMG o dł. Min. 1,5m | TAK |  |
| 18 | Gry rehabilitacyjne | TAK |  |
| 19 | Tablet z przekątną ekranu powyżej 12 “ wraz z integralnym uchwytem oraz kompatybilnym oprogramowaniem | TAK |  |
| 20 | Rozdzielacz USB 4 gniazda USB | TAK |  |
| 21 | 5 paczek Elektrod EKG/EMG (50 szt.) | TAK |  |
| 22 | Wielofunkcyjny fotel z elektryczną regulacją, do badań i zabiegów w pozycji siedzącej lub leżącej | TAK |  |
| 23 | Regulowane podnóżki (prawy i lewy), z możliwością całkowitego złożenia.  Kąt nachylenia podnóżka min.: 15⁰ - 90⁰ | TAK |  |
| 24 | 5-cio punktowy, magnetyczny system pasów stabilizujących pacjenta | TAK |  |
| 25 | Szybkie odpinanie systemu pasów za pomocą dwóch ruchów | TAK |  |
| 26 | Stabilizujący pas udowy | TAK |  |
| 27 | Boczne barierki, z możliwością całkowitego złożenia | TAK |  |
| 28 | Łatwe dostosowanie do różnych pozycji pacjenta | TAK |  |
| 29 | Podłokietnik - podpórka przedramienia z pasami stabilizującymi | TAK |  |
| 30 | Regulowana głębokość siedziska min. 450-570 mm | TAK |  |
| 31 | Szerokość siedziska: minimum 580-650 mm | TAK |  |
| 32 | Elektryczna regulacja nachylenie oparcia min. 87⁰ - 0⁰ | TAK |  |
| 33 | Elektryczna regulacja nachylenia siedziska min.: 0⁰- 20⁰ | TAK |  |
| 34 | Elektryczna regulacja wysokości siedziska min. 490-890 mm | TAK |  |
| 35 | Pilot do sterowania fotelem | TAK |  |
| 36 | Możliwość rozłożenia całego fotela tak aby stanowił on stół terapeutyczny | TAK |  |
| 37 | Centralny system jezdny – opuszczany lub chowany w celu pełnej stabilności urządzenia | TAK |  |
| 38 | Maksymalna masa ciała pacjenta: 135 kg | TAK |  |
| 39 | Wysokość całkowita: 1320 -1720 mm | TAK |  |
| 40 | Długość całkowita: 1200 mm (złożone podnóżki), 1900 mm w trybie stołu terapeutycznego | TAK |  |
|  | **Pozostałe wymagania:** |  |  |
| 41 | Instalacja przez autoryzowany serwis producenta (autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny) | TAK |  |
| 42 | Czas reakcji na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji max. 48 godzin (dotyczy dni roboczych) | TAK |  |
| 43 | Możliwość zgłaszania awarii telefon, email | TAK |  |
| 44 | Autoryzacja producenta na sprzedaż zaoferowanego urządzenia | TAK |  |
| 45 | Instrukcja obsługi w języku polskim-wersja papierowa i elektroniczna (dostarczona wraz z urządzeniem) | TAK |  |
| 46 | Paszport techniczny (dostarczony wraz z urządzeniem) | TAK |  |
| 47 | Szkolenie dla personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia | TAK |  |
| 48 | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE, bądź Deklaracje Zgodności CE lub inne dokumenty równoważne.  Oświadczenie o wpisie do Rejestru Wyrobów Medycznych. | TAK |  |
| 49 | Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania przez strony bezusterkowego protokołu odbioru | TAK |  |
| 50 | Zagwarantowana dostępność części zamiennych przez co najmniej 10 lat od daty zainstalowania | TAK |  |
| 51 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | TAK |  |
| 52 | Bezpłatne przeglądy okresowe min. 1 w roku, przez cały okres gwarancji | TAK |  |
| 53 | Materiały informacyjne na temat oferowanego urządzenia | TAK |  |
| 54 | Bezpłatne uruchomienie urządzenia, przeszkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia | TAK |  |

**Uwagi:**

- Niespełnienie któregoś z podanych warunków granicznych ( wymaganych) powoduje odrzucenie oferty.

- Oświadczamy, iż wyspecyfikowane powyżej urządzenie jest nowe, kompletne i będzie po montażu i zainstalowaniu gotowe do podjęcia prawidłowej pracy bez żadnych dodatkowych zakupów (poza materiałami eksploatacyjnymi).