**Pakiet 2**

Przedmiot zamówienia**: Stacjonarny robot rehabilitacyjny kończyn górnych**

|  |  |
| --- | --- |
| 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) |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Szyna do ćwiczeń biernych stawu barkowego i łokciowego wyposażona w stymulatory | TAK |  |
| 2 | Urządzenie zintegrowane z siedziskiem posiadającym oparcie | TAK |  |
| 3 | Możliwość pracy prawej lub lewej kończyny | TAK |  |
| 4 | Ćwiczenia izolowane i zsynchronizowane pozwalające na zwiększenie zakresu ruchu w warunkach kontrolowanych | TAK |  |
| 5 | Zgodność EMC | TAK |  |
| 6 | Zakres ruchu :  - odwodzenie/ przywodzenie 20/160 stopni  - odwodzenie/przywodzenie z zsynchronizowaną rotacją -30/90 stopni  - rotacja zewnętrzna/ wewnętrzna barku -30/90 stopni  - zgięcie/ wyprost barku 20/180 stopni  - zgięcie/ wyprost łokcia -10/135 stopni | TAK |  |
| 7 | Ruch aktywny i pasywny ciągły | TAK |  |
| 8 | Sygnalizacja maksymalnego ROM | TAK |  |
| 9 | Regulacja prędkości : 50-140 stopni/ min (min. 5 poziomów) | TAK |  |
| 10 | Maksymalna waga użytkownika : min. 130kg | TAK |  |
| 11 | Zakres wzrostu użytkownika : min.140/200cm | TAK |  |
| 12 | Liczba programów : min. 15 | TAK |  |
| 13 | Pilot zdalny | TAK |  |
| 14 | Regulacja siły inwersji : min. 6 poziomów | TAK |  |
| 15 | Automatyczne resetowanie ustawień przy zmianie rodzaju ruchu | TAK |  |
| 16 | Pauza w wyproście/ zgięciu : 0-900s | TAK |  |
| 17 | Tryb BYPASS | TAK |  |
| 18 | Wymiary urządzenia : 56x100x76cm +/-5% | TAK |  |
| 19 | Regulacja progu bólu | TAK |  |
| 20 | Zmiana kierunku ruchu przy oporze (autorewers przy spastyce) | TAK |  |
| 21 | Blokada pilota | TAK |  |
| 22 | Nieograniczona liczba ustawień pacjenta | TAK |  |
| 23 | Napięcie : 100 do 240V | TAK |  |
| 24 | Pobór mocy : 50W | TAK |  |
| 25 | 2 kompatybilne stymulatory z funkcjonalną proprioceptywną stymulacją:  - automatyczna stymulacja wyzwalana detekcją ruchu  - 3 poziomy intensywności  - w zestawia para uniwersalnych opasek  - waga stymulatora: max.150g  - wymiary stymulatora: max. 10,5x3,5x4cm  - w zestawie ładowarka do stymulatorów | TAK |  |
|  | **Pozostałe wymagania:** |  |  |
| 26 | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE, bądź Deklaracje Zgodności CE lub inne dokumenty równoważne.  Oświadczenie o wpisie do Rejestru Wyrobów Medycznych. | TAK |  |
| 27 | Gwarancja min. 24 miesiące od daty podpisania przez strony bezusterkowego protokołu odbioru | TAK |  |
| 28 | Zagwarantowana dostępność części zamiennych przez co najmniej 10 lat od daty zainstalowania | TAK |  |
| 29 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | TAK |  |
| 30 | Bezpłatne przeglądy okresowe min. 1 w roku, przez cały okres gwarancji | TAK |  |
| 31 | Materiały informacyjne na temat oferowanego urządzenia | TAK |  |
| 32 | Bezpłatne uruchomienie urządzenia, przeszkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia | TAK |  |
| 33 | Instrukcja do urządzenia w języku polskim (wraz z dostawą ) | 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).