**PAKIET 32**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW TECHNICZNYCH**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: | **URZĄDZENIE WSPOMAGAJACE MECHANICZNE ODTWARZANIE FUNKCJI RUCHOWYCH KOŃCZYN DOLNYCH - 1 kpl.** |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE** | **WYMAGANIA TAK/ NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
|  | **I.** Interaktywne urządzenie wspomagające mechaniczne odtwarzanie funkcji ruchowych kończyn dolnych w warunkach rzeczywistości wirtualnej i sprzężenia zwrotnego | TAK |  |
|  | Urządzenie wykorzystujące rzeczywistość wirtualną, przeznaczone do rehabilitacji kończyny dolnej – za pomocą oporu elastycznego | TAK |  |
|  | Możliwości: - pomiar zakresu ruchomości, - ćwiczenia dynamiczne, - ćwiczenia ze zintegrowanym biofeedbackiem w czasie rzeczywistym, -obiektywizacja procesu rehabilitacji, - dostosowanie trudności ćwiczenia do aktualnych potrzeb pacjenta | TAK |  |
|  | Korzyści: - zwiększenie zakresu ruchomości poprzez aktywne ruchy, - zwiększenie siły i wytrzymałości mięśniowej, - poprawa stabilizacji stawów poprzez reedukację proprioceptywną, - poprawa koordynacji mięśniowej. | TAK |  |
|  | Regulowane oparcie pacjenta | TAK |  |
|  | Oprogramowanie: - łatwe w obsłudze, - w pełni parametryzowalne, - możliwość zapisania treningu i odtworzenia go w przyszłości, - zintegrowane z kartoteką pacjenta, - możliwość generowania raportów na podstawie dokonanych pomiarów. | TAK |  |
|  | **II. Osprzęt VAST** | TAK |  |
|  | Stabilny stojak na kółkach | TAK |  |
|  | Monitor dla pacjenta min. 42 cale | TAK |  |
|  | Możliwość regulacji pozycji monitora dla pacjenta | TAK |  |
|  | Obsługa komputera z dołączonej klawiatury bezprzewodowej z wbudowaną myszką | TAK |  |
|  | Komputer spełniający minimalne wymagania: | TAK |  |
|  | System operacyjny Windows 10,32 lub 64 bit, | TAK |  |
|  | Komputer PC z procesorem min.2GHz, | TAK |  |
|  | Pamięć min.8 GB RAM | TAK |  |
|  | Karta graficzna zgodna z Direct X10 | TAK |  |
| 17. | Wymagane złącza: |  |  |
| 18. | 2 x USB (3.0) | TAK |  |
| 19. | 2 x USB (2.0) | TAK |  |
| 20. | Współpraca z kamerą podłączoną do USB | TAK |  |
| 21. | Standardowe wyposażenie: - urządzenie wraz z nowoczesnym czujnikiem do pomiaru kąta, | TAK |  |
| 22. | - moduł odbiornika radiowego do PC | TAK |  |
| 23. | oprogramowanie PC, | TAK |  |
| 24. | -zestaw gum oporowych, | TAK |  |
| 25. | -niezbędne do poprawnego działania przewody i zasilacz | TAK |  |
| 26. | Wymiary;1890x580x1170 ( +/- 20mm) | TAK |  |
| 27. | Waga;120 kg (+/- 10% ) | TAK |  |
| 28. | Certyfikacja: EN 60601-1 -wyrób medyczny | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **POZOSTAŁE WYMOGI ;** | | | |
|  | Czas reakcji od przyjęcia zgłoszenia – podjęta naprawa nie dłużej jak: - 24 h (dni pracujące) dla zgłoszenia w czasie trwania gwarancji; - 48 h (dni pracujące) dla zgłoszenia pogwarancyjnego. | TAK |  |
|  | Dostępność części zamiennych po okresie gwarancji oraz serwisu pogwarancyjnego min. 8 lat | TAK |  |
|  | Szkolenie z obsługi aparatu/urządzenia w, tym sposobu mycia i dezynfekcji, dla personelu medycznego oraz technicznego wskazanego przez Zamawiającego (wliczone w cenę w ramach umowy), ilość osób do przeszkolenia określa Zamawiający | TAK |  |
|  | Wliczone w cenę przeglądy (min. 1 x w roku chyba, że producent urządzeń lub/i ich podzespołów lub/i elementów wymaga częstszych niż 1 x w roku przeglądów - wówczas ilość tych przeglądów winna być zgodna z wytycznymi producenta) w okresie gwarancji łącznie z wliczoną w cenę wymianą części zalecanych przez producenta (w ilości, zakresie – zgodnie z wymaganiami producenta) na koszt dostawcy; dotyczy również akumulatorów | TAK |  |
|  | Dostawa, montaż i uruchomienie w wyznaczonym przez Zamawiającego miejscu funkcjonowania urządzenia i w obecności osoby/osób wyznaczonych przez Zamawiającego | TAK |  |
|  | Wypełniony paszport techniczny | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Instrukcje obsługi, w tym sposobu mycia i dezynfekcji, w języku polskim | TAK |  |
|  | Dane teleadresowe i kontaktowe do najbliższych dla siedziby Zamawiającego autoryzowanych punktów serwisowych na terenie Polski | TAK |  |
|  | Do oferty należy dołączyć katalogi i / lub ulotki informacyjne producenta lub dystrybutora – w języku polskim , potwierdzające parametry techniczne oferowanego wyrobu. Potwierdzenia w ten sposób wymagają również wszystkie wymagane opcje oraz możliwości rozbudowy sprzętu. | TAK |  |
|  | Na żądanie Zamawiającego ( wezwanie ) na każdym etapie postępowania Oferent wyraża zgodę na dostarczenie próbek i ich prezentację w szpitalu w zakresie wszystkich oferowanych wyrobów. ( każdej pozycji z powyższego zestawienia) | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Wszystkie oferowane w ramach zestawu produkty pochodzą od jednego producenta tworząc w pełni kompatybilny zestaw | TAK |  |
|  | Okres gwarancji min.36 m-cy ; obejmuje wszystkie elementy wielorazowego użytku wchodzące w skład zestawu. | TAK |  |

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

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

data podpis