**PAKIET 32**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW TECHNICZNYCH**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: | **URZĄDZENIE DO REHABILITACJI WIRTUALNEJ RZECZYWISTOŚCI, WYKORZYSTUJACE KAMERĘ - 1 szt.** |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE** | **WYMAGANIA TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| **I** | Urządzenie – kamera – współpracujące z oprogramowaniem | TAK – podać nazwę handlową, model oraz producenta |  |
| 1. | Diagnostyka – m. in. zakres ruchów, zasięg pacjenta. Pomiar kątów, prędkości i przyśpieszenia podczas ćwiczeń | TAK |  |
| 2. | Wszelkie uzyskane dane diagnostyczne zapisywane automatycznie w oprogramowaniu sterującym urządzeniem | TAK |  |
| 3. | Biofeedback w czasie rzeczywistym podczas prowadzenia ćwiczeń | TAK |  |
| 4. | Możliwość prowadzenia ćwiczeń statycznych i dynamicznych | TAK |  |
| 5. | Prowadzenie ćwiczeń dotyczący wybranych segmentów ciała lub całości ciała w pozycji stojącej lub siedzącej | TAK |  |
| 6. | Natychmiastowy biofeedback – stały monitoring pacjenta oraz motywacja w trakcie ćwiczeń | TAK |  |
| 7. | Możliwość modyfikacji i tworzenia własnych szablonów ćwiczeń dla pacjentów – również w czasie prowadzenia ćwiczeń | TAK |  |
| 8. | Możliwość prowadzenia ćwiczeń tylko dla jednej, konkretnej kończyny w danym czasie | TAK |  |
| 9. | Możliwość prowadzenia ćwiczeń samowspomaganych | TAK |  |
| 10. | Możliwość ćwiczenia możliwości poznawczych | TAK |  |
| 11. | Możliwość dostosowywania poziomu trudności ćwiczeń do aktualnych potrzeb pacjenta w czasie trwania ćwiczeń | TAK |  |
| **II** | Zestaw osprzętu VAST |  |  |
| 1. | Stabilny stojak na kółkach | TAK |  |
| 2. | Monitor dla pacjenta minimum 42 cale | TAK |  |
| 3. | Możliwość regulacji pozycji monitora dla pacjenta | TAK |  |
| 4. | Obsługa komputera z dołączonej klawiatury bezprzewodowej z wbudowaną myszką | TAK |  |
| 5. | Komputer spełniający minimalne wymagania:  - System operacyjny Windows 10, 32 lub 64 bit,  - Komputer PC z procesorem min. 2 GHz,  - Pamięć min. 8 GB RAM,  - Karta grafiki zgodna z DirectX 10  - Wymagane złącza:  2 x USB (3.0)  2 x USB (2.0)  - Współpraca z kamerą podłączoną do USB  2 x USB (3.0)  2 x USB (2.0)  -Współpraca z kamerą podłączoną do USB | TAK |  |
| 6. | Standardowe wyposażenie :  -urządzenie wraz z nowoczesnym czujnikiem do pomiaru kąta  -moduł odbiornika radiowego do PC  -oprogramowanie PC  -zestaw gum oporowych  -niezbędne do poprawnego działania przewody i zasilacz. | TAK |  |
| 7. | Wymiary ; 1890 x 580 x 1170 mm (+/- 10%) | TAK |  |
| 8. | Waga ;120 kg (+/- 10%) | 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 |  |
|  | 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 |  |
|  | 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 |  |
|  | 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