**PAKIET 30**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW TECHNICZNYCH**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: | **SYSTEM ODCIĄŻAJĄCY PACJENTA - DO PIONIZACJI I NAUKI CHODZENIA - 1 szt.** |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **PARAMETRY I WARUNKI TECHNICZNE** | **WYMAGANIA**  **TAK/NIE** | **PARAMETRY OFEROWAN** |
|  | System umożliwiający dynamiczne i precyzyjne odciążenie pacjenta podczas testów oraz terapii zapewniając przy tym pełne bezpieczeństwo | TAK – podać nazwę handlową, model oraz producenta |  |
|  | Dynamiczne odciążenie umożliwiające zachowania naturalnego ruchu środka ciężkości w 3 płaszczyznach | TAK |  |
|  | Jednopunktowe podwieszenie umożliwiające fizjologiczny ruch miednicy | TAK |  |
|  | Możliwość wykonania treningu chodu bokiem | TAK |  |
|  | Łatwa zmiana kierunku chodu | TAK |  |
|  | Zapewnia bezpieczeństwo w trakcie terapii i testów na innych urządzeniach | TAK |  |
|  | Dobór wielkości odciążenia (do 40% wagi pacjenta) | TAK |  |
|  | Obsługa nie wymagająca zasilania elektrycznego (łatwość przemieszczania się) | TAK |  |
|  | Możliwość prowadzenia terapii na otwartej przestrzeni oraz w warunkach ograniczonego dostępu,(korytarz itp.) | TAK |  |
|  | Możliwość treningu chodu na bieżni - swobodny dostęp do obsługi panelu sterującego | TAK |  |
|  | Dostęp do pacjenta – możliwość korekcji wzorców chodu | TAK |  |
|  | System umożliwiający łatwe podniesienie oraz terapię pacjentów na wózkach inwalidzkich, | TAK |  |
|  | W standardzie uniwersalna kamizelka dopasowana do pacjentów o różnej budowie, | TAK |  |
|  | Siedziska dla terapeuty z możliwością szybkiego demontażu, pozwalające terapeucie na pracę z pacjentem w pozycji siedzącej, | TAK |  |
|  | Regulacja odciążenia jedną ręką - jeden przycisk do podniesienia i obniżania pacjenta, drugi przycisk do ustawienia stopnia odciążenia, | TAK |  |
|  | Zapobieganie ruchom uprzęży- funkcja automatycznego odciążenia kompensuje potencjalny ruch uprzęży z powodu poślizgu lub zmiany postawy, | TAK |  |
|  | Pilot ręczny umieszczany na ramie za pomocą magnesu | TAK |  |
|  | Cyfrowy zasilany bateryjnie wyświetlacz wskazujący w czasie rzeczywistym aplikowane odciążenie w kilogramach lub funtach, | TAK |  |
|  | Możliwość zredukowania wysokości systemu do 241cm, | TAK |  |
|  | Parametry techniczne (+/- 5%) :  Wymiary (dł. x szer. x wys.) [mm]: 1270 x 1130 x 2700 Szerokość wewnątrz [mm]: 910 Maksymalne obciążenie [kg]: 138 Maksymalne obciążenie pacjenta [kg]: 68 Maksymalna waga pacjenta [kg]: 138 | 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 |  |
|  | 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 |  |
|  | 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 |  |
|  | 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 |  |
|  | Urządzenie zastępcze (w przypadku awarii lub/i konieczności zabrania urządzenia do przeglądu poza szpital lub/i unieruchomienia urządzenia na czas przeglądu) | TAK |  |
|  | Przewidywany roczny koszt brutto okresowego przeglądu aparatu/urządzenia wykonywanego zgodnie z zaleceniem producenta po upływie okresu gwarancji jakości udzielonej przez Wykonawcę zgodnie z postanowieniami SIWZ. (szacunkowa kalkulacja sporządzona w dniu składania oferty, uwzględniająca wymianę części zużywalnych lub zamiennych w trakcie przeglądu wraz z opisem) | TAK/PODAĆ |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |

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

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

data podpis