**Załącznik nr 1 - ZESTAWIENIE PARAMETRÓW FUNKCJONALNO-UŻYTKOWYCH**

**Dla zadania nr 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje** **(wartości wymagane)** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Mobilny robot rehabilitacyjny górnych i dolnych partii ciała 2 szt.**Oferowany model: …………………………………………………………Producent: …………………………………………………………Rok produkcji ………………………………………………………… |
|  | Robot rehabilitacyjno-diagnostyczny z pełnym wyposażeniem do ćwiczeń kończyn górnych i dolnych | TAK, podać |  |
|  | Robot umożliwiający wykonywanie m.in. ćwiczeń biernych, siłowych. | TAK, podać |  |
|  | Ćwiczenia z oporem dynamicznym: izokinetyczne, izotoniczne, elastyczne | TAK, podać |  |
|  | Integralne oprogramowanie z grami rehabilitacyjnymi | TAK, podać |  |
|  | Wbudowana reaktywna elektromiografia | TAK, podać |  |
|  | Wbudowana możliwość przeprowadzenia diagnostyki: dynamometrycznej oceny spastyczności, dynamometrycznej oceny siły mięśniowej, elektromiograficznej oceny unerwienia | TAK, podać |  |
|  | Posiada możliwość przeprowadzenia rehabilitacji: barku, łokcia, biodra, kolana, stopy, ręki dzięki odpowiednim integralnym końcówkom. | TAK, podać |  |
|  | 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, podać |  |
|  | Wbudowana możliwość generowania raportów z treningu dostosowanych do każdego pacjenta; | TAK, podać |  |
|  | Wbudowana możliwość prowadzenie dokumentacji treningów pacjenta w oprogramowaniu (kartoteki pacjentów); | TAK, podać |  |
|  | Wbudowana możliwość połączenia robota z siecią Internet oraz dostępność systemu operacyjnego, | TAK, podać |  |
|  | Integracji z fotelem rehabilitacyjnym, który umożliwia dostosowanie do każdej pozycji ćwiczeniowej stawów: kolanowego, biodrowego, łokcia, barku, nadgarstkowego i skokowego | TAK, podać |  |
|  | Uchwyt dłoni z możliwością regulowania wysokości i kąta | TAK, podać |  |
|  | Stabilizujący pas udowy | TAK, podać |  |
|  | Boczne barierki, z możliwością całkowitego złożenia | TAK, podać |  |
|  | Łatwe dostosowanie do różnych pozycji pacjenta | TAK, podać |  |
|  | Podłokietnik - podpórka przedramienia z pasami stabilizującymi | TAK, podać |  |
|  | Regulowana głębokość siedziska min. 450-570 mm | TAK, podać |  |
|  | Szerokość siedziska: minimum 580-650 mm | TAK, podać |  |
|  | Elektryczna regulacja nachylenie oparcia min. 87⁰ - 0⁰ | TAK, podać |  |
|  | Elektryczna regulacja nachylenia siedziska min.: 0⁰- 20⁰ | TAK, podać |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości siedziska min. 490-890 mm | TAK, podać |  |
|  | Pilot do sterowania fotelem | TAK, podać |  |
|  | Możliwość rozłożenia całego fotela tak aby stanowił on stół terapeutyczny | TAK, podać |  |
|  | Centralny system jezdny – opuszczany lub chowany w celu pełnej stabilności urządzenia | TAK, podać |  |
|  | Maksymalna masa ciała pacjenta: 135 kg | TAK, podać |  |
|  | Wysokość całkowita: 1320 -1720 mm | TAK, podać |  |
|  | Długość całkowita: 1200 mm (złożone podnóżki), 1900 mm w trybie stołu terapeutycznego | TAK, podać |  |
|  | **Wyposażenie robota** | TAK, podać |  |
|  | Końcówka do kończyny górnej | TAK, podać |  |
|  | Końcówka do kończyny dolnej | TAK, podać |  |
|  | Końcówka do stopy | TAK, podać |  |
|  | Końcówka do przedramienia | TAK, podać |  |
|  | Końcówka do barku | TAK, podać |  |
|  | Kierownica | TAK, podać |  |
|  | Zatrzymanie awaryjne pacjenta i kontroler | TAK, podać |  |
|  | Przewód zasilający dł. Min. 10 m (IEC C13, 250V) | TAK, podać |  |
|  | 2-kanałowy kabel powierzchniowy EMG o dł. Min. 1,5m | TAK, podać |  |
|  | Gry rehabilitacyjne | TAK, podać |  |
|  | Tablet z przekątną ekranu powyżej 12 “ wraz z integralnym uchwytem oraz kompatybilnym oprogramowaniem | TAK, podać |  |
|  | Rozdzielacz USB 4 gniazda USB | TAK, podać |  |
|  | 5 paczek Elektrod EKG/EMG (50 szt.) | TAK, podać |  |
|  | **Wielofunkcyjny fotel z elektryczną regulacją, do badań i zabiegów w pozycji siedzącej lub leżącej** | TAK, podać |  |
|  | Regulowane podnóżki (prawy i lewy), z możliwością całkowitego złożenia. Kąt nachylenia podnóżka min.: 15⁰ - 90⁰ | TAK, podać |  |
|  | 5-cio punktowy, magnetyczny system pasów stabilizujących pacjenta | TAK, podać |  |
|  | Szybkie odpinanie systemu pasów za pomocą dwóch ruchów | TAK, podać |  |
|  | Gwarancja producenta na Mobilny robot rehabilitacyjny górnych i dolnych partii ciała min.24 miesiące.  48 miesięcy i więcej od daty podpisania końcowego protokołu- 40 pkt. 42 miesiące od daty podpisania końcowego protokołu- 35 pkt.36 miesięcy od daty podpisania końcowego protokołu- 20 pkt.30 miesięcy od daty podpisania końcowego protokołu- 10 pkt.24 miesiące od daty podpisania końcowego protokołu- 0 pkt.  | TAK, podać ilość miesięcy |  |
|  | Instalacja przez autoryzowany serwis producenta (autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny). | TAK, podać |  |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji max. 72 godzin (dotyczy dni roboczych) | TAK, podać |  |
|  | Czas naprawy aparatu bez konieczności wymiany części lub podzespołów max.120 godziny (dotyczy dni roboczych) | TAK, podać |  |
|  | Możliwość zgłaszania awarii: telefon, email | TAK, podać |  |
|  | 1. Dostępność części zamiennych 10 lat
 | TAK, podać |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim-wersja papierowa i elektroniczna (dostarczany wraz z urządzeniem) | TAK, podać |  |
|  | Paszport techniczny (dostarczany wraz z urządzeniem) | TAK, podać |  |

**UWAGI:**

1. **Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Zamawiający ma prawo wezwać oferenta do uzupełnienia oferty o materiały/dokumenty potwierdzające parametry zaoferowanego urządzenia.**
2. **Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**
3. **Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.**

 Niniejsze zobowiązanie powinno zostać opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym, lub podpisem zaufanym(gov.pl) lub elektronicznym podpisem osobistym(edowód)