

## SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA 17/TP/2023

DOPOSAŻENIE REHABILITACJI POLEGAJĄCE NA ZAKUPIE URZĄDZEŃ ROBOTYCZNYCH,  
FINANSOWANYCH Z FUNDUSZU MEDYCZNEGO

## ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI

## Pakiet nr 1

**Przedmiot zamówienia: dostawa i montaż mobilnego robota do rehabilitacji kończyn dolnych**  
**- 1 szt.**

Typ Producent/Firma: Erigo Pro/Hocoma

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy)

Lp.	Parametry graniczne	Wartość wymagana	Oferowana wartość
1	Mobilny robot rehabilitacyjny kończyn dolnych - stół do pionizacji z funkcją kroczenia	Tak	Tak
2	Regulowana progresywna pionizacja w zakresie, min. 0-90°	Tak, podać	Tak, regulacja w zakresie 0-90°
3	Cykliczny ruch nóg z kadencją, min. 8-80 kroków/min	Tak, podać	Tak, 8-80 kroków/min
4	Mechaniczne obciążenie nóg do min. 50 kg	Tak, podać	Tak, do 50 kg
5	Ruch nóg zsynchronizowany z modulem FES (funkcjonalnej elektrostymulacji)	Tak	Tak
6	Graficzny interfejs sterowany za pomocą dotykowego ekranu o przekątnej min. 15"	Tak, podać	Tak, graficzny interfejs sterowany za pomocą dotykowego ekranu o przekątnej 15,5"
7	Możliwość dostosowania siły wodzącej kończyny dolne w zakresie 0-100% (praca symetryczna i asymetryczna)	Tak, podać	Tak, w zakresie 0-100% (praca symetryczna i asymetryczna)
8	Możliwość ustawienia zakresu ruchomości od 0-45° (symetrycznie i asymetrycznie)	Tak, podać	Tak, od 0-45° (symetrycznie i asymetrycznie)
9	Możliwość ustawienia zakresu zgięcia w stawie biodrowym, min. 0-10°	Tak, podać	Tak, zgięcie w biodrze od 0 do 10°
10	Różne wzorce kroczenia, min. 3	Tak, podać	Tak, 3 wzorce kroczenia
11	FES zsynchronizowany z ruchem kończyn i obsługiwany z interfejsu oprogramowania	Tak	Tak
12	Możliwość ustawienia intensywności FES dla każdego kanału niezależnie a także częstotliwości, rampy, długości impulsu	Tak, podać	Tak, regulacja intensywności FES dla każdego kanału niezależnie a

			także częstotliwości, rampy, długości impulsu
13	Możliwość ustawienia wysokości stołu elektrycznie w zakresie min. 56-84 cm	Tak, podać	Tak, zakres 56-84cm
14	Stół wyposażony w uprząż o regulowanym rozmiarze, min. 2 szt.	Tak, podać	Tak, 2 sztuki
15	Możliwość ustawienia podnóżków pod różnym kątem (zgięcie grzbietowe/podeszwowe, pronacja/supinacja)	Tak, podać	Tak, zgięcie grzbietowe/podeszwowe, pronacja/supinacja)
16	Zdejmowane leżysko o grubości min. 70 mm wykonane z wysokiej jakości pianki odpornej na płyny i biokompatybilnej zgodnie z normą ISO 10993	Tak, podać	Tak, zdejmowane leżysko o grubości min. 70 mm wykonane z wysokiej jakości pianki odpornej na płyny i biokompatybilnej zgodnie z normą ISO 10993
17	Wbudowane poręcze boczne do mocowania zewnętrznych monitorów EKG	Tak	Tak
18	W zestawie podłokietniki	Tak	Tak
19	Regulacja długości leżyska dla pacjentów o długości kończyn dolnych w zakresie, min. 75-100 cm	Tak, podać	Tak, regulacja w zakresie 72-102 cm
20	Stół wyposażony w 4 kółka z centralnym mechanizmem blokowania oraz możliwością blokowania kierunku w 2 kołach	Tak	Tak
21	Mechaniczny system bezpieczeństwa do opuszczenia pacjenta w przypadku zaniku zasilania	Tak	Tak
22	Zasilanie 230V/50Hz	Tak	Tak
23	Maksymalna waga pacjenta, min. 135 kg	Tak, podać	135 kg
24	Wymiary: max. 230 x 90 x 250 cm	Tak, podać	227 x 86 x 242 cm
<b>Warunki gwarancji i inne</b>			
25	Urządzenie fabrycznie nowe, nie będące uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2023	Tak	Tak
26	Instrukcja obsługi w języku polskim przy dostawie robota	Tak	Tak
27	Gwarancja min. 60 miesięcy	Tak, podać	Tak, 60 m-cy
28	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	Tak, opis	Tak, autoryzowany serwis producenta firma Meden-Inmed
29	Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy	Tak	Tak
30	Adres i numer zgłoszeniowy	Podać	Meden-Inmed ul. Wenedów 2 75-847

			Koszalin <a href="mailto:serwis-wrh@meden.com.pl">serwis-wrh@meden.com.pl</a> Tel. <a href="tel:+48943449048">+48 94 344 90 48</a>
31	Reakcja serwisu w czasie max. 2 dni od zgłoszenia (dotyczy dni roboczych)	Tak	Tak
32	Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia max. 5 dni	Tak	Tak
33	Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy, wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego	Tak	Nie,zgodnie z odpowiedziami z dn.09.10.2023
34	Przy wysyłce do serwisu urządzenia będącego na gwarancji, całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy	Tak	Tak
35	Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzeń, bezpłatne	Tak	Tak
36	Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika	Tak	Nie,zgodnie z odpowiedziami z dn.09.10.2023
37	Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania, po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku)	Tak, podać	Wymagany przegląd co 1500 godzin lub 3 lata- w zależności co nastąpi pierwsze / przegląd bezpieczeństwa elektrycznego- co 12 miesięcy
38	Przy dostawie sprzętu dołączyć „paszport techniczny” sprzętu, kartę gwarancyjną, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, certyfikat CE lub deklaracja zgodności	Tak	Tak
39	Bezpłatne szkolenia z obsługi i użytkowania robota dla pracowników wskazanych przez Zamawiającego	Tak	Tak
40	Liczba i okres szkoleń min. dwa: - pierwsze szkolenie po instalacji robota, w wymiarze do trzech dni roboczych - dodatkowe szkolenie w innym terminie ustalonym z kierownikiem pracowni	Tak	Nie,zgodnie z odpowiedziami z dn.09.10.2023

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.
2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”**, bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.
3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.
4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

Koszalindnia 10.10.2023 r.  
(miejscowość i data)

## ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI

### Pakiet nr 2

**Przedmiot zamówienia dostawa i montaż stacjonarnego robota do rehabilitacji kończyn dolnych  
- 1 szt.**

Typ Producent/Firma: Huber 360 Evolution/LPG Medical

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy):

Lp.	Parametry graniczne	Wartość wymagana	Oferowana wartość
1	Stacjonarny robot rehabilitacyjny kończyn dolnych - platforma stabilometryczna aktywna wykonująca ruch samodzielnie	Tak	Tak
2	Trening stymulujący cały układ nerwowo-mięśniowy	Tak	Tak
3	Wieloosiowa platforma z silnikiem i wbudowanymi w uchwyty czujnikami siły dla kończyn górnych	Tak	Tak
4	Zintegrowany system oceny sprawności przystosowany do pacjentów każdego typu	Tak	Tak
5	Możliwość pobudzania wielu mięśni lub określonych grup mięśniowych oraz całego układu nerwowo-mięśniowego	Tak	Tak
6	Leczenie przebiegające według 4 podstawowych terapii celowych: - gibkość i mobilność - siła mięśniowa (dynamiczne wzmocnienie) - postawa i balans - wytrzymałość	Tak, podać	Tak, 4 kategorie terapii celowych- gibkość i mobilność, siła mięśniowa, postawa i równowaga, wytrzymałość
7	Raport na podstawie oceny postępów	Tak	Tak
8	Wgrany system oceny całościowej	Tak	Tak
9	Wbudowane testy oceny balansu, równowagi, stania na jednej nodze, siły i koordynacji	Tak, podać	Tak, test oceny balansu, równowagi, stania na jednej nodze, siły i koordynacji
10	Narzędzie analizy danych foto i wideo	Tak, podać	Tak, analiza

			danych foto i wideo
11	Możliwość bezprzewodowego połączenia z platformą stacji kontrolującej obsługę platformy	Tak	Tak
12	Możliwość wysyłania wyników w formacie PDF bezpośrednio do pacjentów lub lekarzy przepisujących leki	Tak	Tak
13	Możliwość dostosowania menu we własnym zakresie	Tak	Tak
14	Możliwość zdalnego sterowania urządzeniem	Tak	Tak
15	Możliwość nadzorowania ćwiczeń pacjenta na odległość	Tak	Tak
16	Obsługa za pomocą tabletu	Tak	Tak
17	Platforma pracująca w sposób aktywny i pasywny	Tak	Tak
18	Wymiary: max. 180 x 140 x 210 cm	Tak, podać	180 x 133 x 210 cm
19	Maksymalne wychylenie platformy, min. 10 stopni	Tak, podać	Tak, 10°
20	Maksymalna prędkość platformy, 1 obrót na sekundę przy 10° pochyleniu	Tak, podać	Tak, 1 obrót na sekundę przy 10° pochyleniu
21	Wyświetlacz kolorowy min. 10,4"	Tak, podać	Tak, 10,4"
22	Wbudowane poręcze boczne dla asekuracji pacjenta	Tak	Tak
23	Możliwość prowadzenia treningu w pozycji siedzącej	Tak	Tak
24	Platforma z rozrysowanym układem graficznym dla prawidłowego ustawienia kończyn podczas ćwiczenia	Tak	Tak
25	Grafiki instruktażowe do ćwiczeń wyświetlanie na ekranie pacjenta	Tak	Tak
26	Wyłącznik bezpieczeństwa dla pacjenta	Tak	Tak
27	Maksymalna waga pacjenta, min. 140 kg	Tak, podać	Tak-140 kg
<b>Warunki gwarancji i inne</b>			
28	Urządzenie fabrycznie nowe, nie będące uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2023	Tak	Tak
29	Instrukcja obsługi w języku polskim przy dostawie robota	Tak	Tak
30	Gwarancja min. 60 miesięcy	Tak, podać	Tak, 60 m-cy
31	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski	Tak, opis	Tak autoryzowany serwis firmy Mede-Inmed
32	Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy	Tak	Tak
33	Adres i numer zgłoszeniowy	Podać	Mede-Inmed ul. Wenedo w 2 75-847 Koszalin <a href="mailto:serwis-wrh@mede-inmed.com.pl">serwis-wrh@mede-inmed.com.pl</a> Tel. +48 94 344 90 48
34	Reakcja serwisu w czasie max. 2 dni od zgłoszenia (dotyczy dni roboczych)	Tak	Tak
35	Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia max. 5 dni	Tak	Tak

36	Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy, wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego	Tak	Nie,zgodni e z odpowiedzi ami z dn.09.10.2 023
37	Przy wysyłce do serwisu urządzenia będącego na gwarancji, całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy	Tak	Tak
38	Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzeń, bezpłatne	Tak	Tak
39	Liczba napraw gwarancyjnych uprawniających do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika	Tak	Nie,zgodni e z odpowiedzi ami z dn.09.10.2 023
40	Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania, po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku)	Tak, podać	Przegląd bezpieczeń stwa elektryczne go-co 12 miesiące
41	Przy dostawie sprzętu dołączyć „paszport techniczny” sprzętu, kartę gwarancyjną, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, certyfikat CE lub deklaracja zgodności	Tak	Tak
42	Bezpłatne szkolenia z obsługi i użytkowania robota dla pracowników wskazanych przez Zamawiającego	Tak	Tak
43	Liczba i okres szkoleń min. dwa: - pierwsze szkolenie po instalacji robota, w wymiarze do trzech dni roboczych - dodatkowe szkolenie w innym terminie ustalonym z kierownikiem pracowni	Tak	Nie,zgodni e z odpowiedzi ami z dn.09.10.2 023

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”**, bez dodatkowego zwywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

Koszalin dnia 12.10.2023 r.  
(miejscowość i data)

**Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania**  
**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

## **UZUPEŁNIENIE POWYŻSZYCH OPISÓW PAKIETÓW OD 1 DO 2**

**CAŁY ZAOFEROWANY PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA W TABELACH DLA PAKIETÓW OD 1 DO 2 MUSI BYĆ DOPUSZCZONY DO STOSOWANIA W OBSZARZE MEDYCZNYM.**

**WYKONAWCA SKŁADAJĄC SWOJĄ OFERTĘ W NINIEJSZYM POSTĘPOWANIU OŚWIADCZA RÓWNOCZEŚNIE, IŻ JEST UPRAWNIONY DO SWOBODNEGO ROZPORZĄDZANIA ZAOFEROWANYMI PRODUKTAMI, KTÓRE SĄ WOLNE OD WAD FIZYCZNYCH I PRAWNYCH ORAZ, ŻE POSIADA WSZELKIE NIEZBĘDNE UPRAWNIENIA ORAZ ZGODY, ZEZWOLENIA ODPOWIEDNICH ORGANÓW, URZĘDÓW, WYNIKI BADAŃ, CERTYFIKATY, OŚWIADCZENIA, DEKLARACJE (W TYM WSKAZANE W TABELACH POWYŻEJ) ITP. DO REALIZACJI PRZEDMIOTU UMOWY ORAZ ŻE WYKONANIE NINIEJSZEGO ZAMÓWIENIA PRZEZ WYKONAWCĘ NIE BĘDZIE NARUSZAĆ JAKICHKOLWIEK PRAW OSÓB TRZECICH. WYKONAWCA ZOBOWIĄZUJE SIĘ DO PRZEDŁOŻENIA ZAMAWIAJĄCEMU DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH POSIADANIE PRZEZ PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA ZAOFEROWANY OD WYKONAWCY NIEZBĘDNYCH WYMAGAŃ, O KTÓRYCH MOWA W ZDANIU POPRZEDZAJĄCYM, NA KAŻDE ŻĄDANIE ZAMAWIAJĄCEGO, O CZYM MOWA W PROJEKCIE UMOWY (ZAŁ. NR 4 DO SWZ), Z UWZGLĘDNIENIEM WYMAGAŃ ZAWARTYCH W POWYŻSZYCH TABELACH.**