***Załącznik nr 1 D do SWZ***

**PAKIET NR 4 - Mobilny robot rehabilitacyjny kończyn dolnych – 1 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Opis parametrów | Parametr wymagany lub oceniany | Parametr oferowany |
| 1. | **Warunki wstępne** |  |  |
| 2. | Aparaty/urządzenia fabrycznie nowe, nierekondycjonowane, niepowystawowe, i nieużywane. | Tak |  |
| 3. | Aparaty/urządzenia dostarczone wraz z założonym Paszportem Technicznym:- z wypełnioną w pełni metryką- wpisem o przeprowadzonym uruchomieniu/instalacji przez autoryzowany serwis lub autoryzowanego dostawcę- datą następnego przeglądu | Tak |  |
| 4. | Drukowana instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z aparatem/urządzeniem (nie dopuszcza się instrukcji obsługi tylko w wersji elektronicznej, może być jako dodatkowa opcja). | Tak |  |
| 5. | Foldery aparatów/urządzeń, dołączone do oferty, w języku polskim lub w języku obcym z dołączonym tłumaczeniem treści folderu | Tak |  |
| 6. | Kserokopia certyfikatu CE. | Tak |  |
| 7. | Producent/Oferent | Podać |  |
| 8. | Model/Typ (pełna symbolika) | Podać |  |
| 9. | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 10. | Aparat w najnowszej dostępnej wersji oprogramowania, rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 11. | **Parametry podstawowe** |  |  |
| 12. | Dwunapędowa szyna rehabilitacyjna z synchronizowaną funkcjonalną elektromiografią | Tak |  |
| 13. | Wspomagany ruch kończyny dolnej wyzwalany przez elektromiografię | Tak |  |
| 14. | Zautomatyzowane trójzgięcie | Tak |  |
| 15. | Zautomatyzowane zgięcie w stawie skokowym | Tak |  |
| 16. | 4-kanałowa elektromiografia i EMG Biofeedback | Tak |  |
| 17. | Ćwiczenia oporowe i pomiary siły | Tak |  |
| 18. | Funkcjonalny ruch kończyny dolnej: trójzgięcia oraz zgięcia kostki dzięki dwóm niezależnym napędom - synchronizowany i oddzielny | Tak |  |
| 19. | Jednoczesna, synchroniczna praca obu napędów we wzorcu ruchu | Tak |  |
| 20. | Dostosowanie do pacjenta we wszystkich etapach rehabilitacji i w zależności od poziomu siły mięśniowej (Lovett 0-5) :Ruch czynny - oporowy (Lovett 3-5)Ruch czynny - wspomagany (Lovett 3)Ruch wspomagany - wyzwalany elektromiograficznie (Lovett 1-2)Ruch bierny (Lovett 0-1) | Tak |  |
| 21. | Umożliwia aktywną pracę z pacjentami z niedowładami, u których występuje aktywność mięśniowa, ale nie występuje ruch czynny w kończynie | Tak |  |
| 22. | Ocena pacjenta pod kątem aktywności mięśniowej, siły i zakresów ruchomości w kończynie dolnej | Tak |  |
| 23. | Zakres ruchu w biodrze [°]: 0-115 | Tak |  |
| 24. | Zakres ruchu w kolanie [°]: -10-125 | Tak |  |
| 25. | Zakres ruchu w stawie skokowym [°]: -40-40 | Tak |  |
| 26. | Obciążenie w kolanie/biodrze [kg]: 1-65 (Autorewers) | Tak |  |
| 27. | Baza danych pacjentów | Tak |  |
| 28. | Predefiniowane protokoły ćwiczeń | Tak |  |
| 29. | Generowanie raportów z oceny i ćwiczeń pacjenta | Tak |  |
| 30. | Przesyłanie danych poprzez Wifi  | Tak |  |
| 31. | **Inne istotne informacje** |  |  |
| 32. | Dostawa/montaż/instalacja/uruchomienie | Tak |  |
| 33. | Dokumenty wymagane przy realizacji zamówienia:- Protokół zdawczo-odbiorczy- Lista przeszkolonego personelu- Karta gwarancyjna  | Tak |  |
| 34. | **Warunki gwarancji i serwis** |  |  |
| 35. | Gwarancyjna obsługa serwisowa urządzenia w okresie (miesiące): | 24 – 0 pkt.36 – 20 pkt. 48 – 40 pkt. |  |
| 36. | Przedmiot gwarancji: wszystkie elementy składowe aparatu/urządzenia (w tym części eksploatacyjne) | Tak |  |
| 37. | Gwarancja obejmuje także:- przeglądy w okresie gwarancji- wymiany/naprawy uszkodzonych części- dojazdy/przejazdy pracowników serwisu- koszty wysyłki, pakowania, ubezpieczenia przesyłki- robociznę- wszystkie pozostałe koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancyjnych | Tak |  |
| 38. | W okresie gwarancji przegląd serwisowy na koszt dostawcy – co najmniej jeden na 12 miesięcy lub z zgodnie z zaleceniem producenta zakończony wpisem do paszportu technicznego i protokołem wykonania przeglądu.Przegląd serwisowy zawiera:- dojazdy/przejazdy pracowników serwisu- robociznę-wszystkie pozostałe koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancyjnych (materiały i części eksploatacyjne, zestawy serwisowe /service kit/ itp.) | Tak |  |
| 39. | Przegląd końcowy przed upływem końca gwarancji producenta (na koszt dostawcy) zakończony wpisem do paszportu technicznego i protokołem wykonania przeglądu | Tak |  |
| 40. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny.Podać: dokładny adres, telefon, faks, e-mail, adres internetowy (WWW) | Tak, podać |  |
| 41. | W okresie gwarancji przyjmowanie zgłoszeń o usterkach w formie telefonicznej, faksem lub pocztą elektroniczną (e-mail) oraz dokonanie koniecznych napraw, doprowadzających przedmiot umowy do pełnej sprawności – w terminie do 5 dni od chwili jej zgłoszenia. | Tak |  |
| 42. | Liczba napraw tego samego podzespołu powodująca wymianę na nowy (z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika) – 3 | Tak |  |
| 43. | **Szkolenia** |  |  |
| 44. | Szkolenie personelu wskazanego przez Zamawiającego w zakresie obsługi aparatu, bezpieczeństwa jego użytkowania potwierdzone pisemnym protokołem. | Tak |  |

Wymogiem jest, aby Wykonawca zaoferował urządzenie, o parametrach CO NAJMNIEJ takich, jakie są przedstawione

w rubryce „Opis parametrów”. Niespełnienie tego warunku spowoduje odrzucenie oferty.

**Zaoferowane powyżej parametry wymagane muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty materiałach informacyjnych producenta. Brak potwierdzenia któregokolwiek z parametrów spowoduje odrzucenie oferty.**

W przypadku pojedynczych parametrów, nie występujących w materiałach firmowych, Zamawiający dopuszcza oświadczenie producenta. Zamawiający zastrzega sobie prawo weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł
w tym zapytanie bezpośrednio u producenta sprzętu.

**………………………………………………………………………………………… (Dokument należy złożyć w postaci elektronicznej opatrzony kwalifikowalnym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym)**