|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SZCZEGÓŁOWY FORMULARZ OFERTowy**  . . . . . . . . . . . . . . dnia . . . . . . . . . . . .  **UWAGA : Brak złożenia wraz z ofertą wypełnionego formularza, podpisanego kwalifikowanym podpisem elektronicznym będzie skutkował odrzuceniem oferty.**  **I**. **DANE WYKONAWCY**:   |  |  | | --- | --- | | **Pełna nazwa** |  | | **Przedstawiciel producenta** |  | | **Adres i siedziba**(kod, miejscowość, ulica, powiat, województwo) |  | | **Adres do korespondencji** (wypełnić jeśli jest inny niż adres siedziby) |  | | **REGON lub PESEL** (os.fizyczna) |  | | **Telefon** |  | | **Adres e-mail** |  |   **1**  **II**. **PRZEDMIOT ZAMOWIENIA**:  dotyczy zamówienia publicznego prowadzonego w trybie „przetargu nieograniczonego” przez:  **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Łodzi ul. Północna 42, 91-425 Łódź**  Znak postępowania: 6**/D/22** na:  **Dostawa sprzętu do rehabilitacji onkologicznej**   |  | | --- | | **w ramach realizacji zadania Narodowej Strategii Onkologicznej pn.:**  ***„Zakup sprzętu do rehabilitacji onkologicznej” – realizacja w 2022r.*** | |

**III**. **Oświadczam, że zrealizujemy zamówienie będące przedmiotem niniejszego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, zgodnie z wymogami Zamawiającego i w zakresie określonym w Szczegółowym opisie przedmiotu zamówienia znajdującym się w niniejszym szczególowym formularzu ofertowym (parametry wymagane, parametry oceniane) oraz umowIE w sprawie zamówienia publicznego, które stanowią załączniki do SWZ**

**IV**. **kalkulacja ceny oferty**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P** | **przedmiotu zamówienia** | | | **ilość** | **Cena jednostkowa netto w pln\* - *należy podać*** | **VAT** | **cena jednostkowa brutto w pln**\*  *- należy podać* | **cena całkowita brutto za całość przedmiotu zamówienia w pln**\*\*  *- należy podać* |
| *1* | | | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* |
|  | **Sprzęt do rehabilitacji onkologicznej**  **(**  **Pakiet nr 1** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **nazwa**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **producent**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **numer katalogowy**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **rok produkcji**  **Pakiet nr 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **nazwa**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **producent**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **numer katalogowy**  **Pakiet nr 3 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **nazwa**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **producent**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **numer katalogowy**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Pakiet nr 4 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **nazwa**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **producent**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **numer katalogowy**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |  |  |  | ……………… | ………………… |
|  |  |  | **Łączna całkowita cena brutto:** | | | | | ………………… |

*\* cena jednostkowa brutto wyrażona do 2 miejsc po przecinku*

*\*\* cena całkowita brutto wyrażona do 2 miejsc po przecinku*

**postępowanie znak: 6/D/22**

**prowadzone w trybie przetargu nieograniczonego**

**OFEROWANE PARAMETRY WYMAGANE ORAZ OCENIANE**

**Niżej wymienione parametry stanowią wymagania odcinające – niespełnienie nawet jednego z wymagań spowoduje odrzucenie oferty (nie dotyczy parametrów ocenianych „Tak/Nie”)**

**Pakiet 1:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Robot rehabilitacyjno-diagnostyczny z elektromiografem umożliwiający ćwiczenia w obrębie kończyn górnych, dolnych oraz tułowia do rehabilitacji onkologicznej** | | | | | | | |
| **Nazwa** | |  |  | | | | |
| **Typ** | |  | Urządzenie medyczne | | | | |
| **Wytwórca** | |  |  | | | | |
| **Kraj pochodzenia** | |  |  | | | | |
| **Rok produkcji:** | |  |  | | | | |
| **Lp.** | **Wymagania techniczne i eksploatacyjne** | | | **Parametr graniczny/ warunek wymagany** | **Parametry techniczne oferowane przez Wykonawcę (podać zakres lub opisać\*)** | **Ocena punktowa za parametry podlegające ocenie** |
| **I. Parametry techniczne** | | | | | | | |
|  | Jeden robot rehabilitacyjno-diagnostyczny z pełnym wyposażeniem do ćwiczeń kończyn górnych i dolnych | | | Tak |  | Wymagane |
|  | Aparat fabrycznie nowy (rok produkcji nie wcześniej niż 2021), kompletny gotowy do użycia bez dodatkowych nakładów finansowych ze strony Zamawiającego | | | Tak, podać |  |  |
|  | Robot umożliwiający wykonywanie m.in. zrobotyzowanych ćwiczeń biernych, siłowych. | | | Tak |  | Wymagane |
|  | Ćwiczenia z oporem dynamicznym: izokinetyczne, izotoniczne, elastyczne | | | Tak |  | Wymagane |
|  | Integralne oprogramowanie z grami rehabilitacyjnymi | | | Tak |  | Wymagane |
|  | Wbudowana reaktywna elektromiografia | | | Tak |  | Wymagane |
|  | Wbudowana możliwość przeprowadzenia diagnostyki: dynamometrycznej oceny spastyczności, dynamometrycznej oceny siły mięśniowej, elektromiograficznej oceny unerwienia | | | Tak |  | Wymagane |
|  | Posiada możliwość przeprowadzenia rehabilitacji: barku, łokcia, biodra, kolana, stopy, ręki dzięki odpowiednim integralnym końcówkom. | | | Tak |  | Wymagane |
|  | 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 |  | Wymagane |
|  | Wbudowana możliwość generowania raportów z treningu dostosowanych do każdego pacjenta; | | | Tak |  | Wymagane |
|  | Wbudowana możliwość prowadzenie dokumentacji treningów pacjenta w oprogramowaniu (kartoteki pacjentów); | | | Tak |  | Wymagane |
|  | Wbudowana możliwość połączenia robota z siecią Internet oraz dostępność systemu operacyjnego, | | | Tak |  | Wymagane |
|  | Możliwość integracji z fotelem rehabilitacyjnym, który umożliwia dostosowanie do każdej pozycji ćwiczeniowej stawów: kolanowego, biodrowego, łokcia, barku, nadgarstkowego i skokowego | | | Tak |  | Wymagane |
| **II. Wyposażenie robota:** | | | | | | |
|  | Przystawka do kończyny górnej | | | Tak |  | Wymagane |
|  | Przystawka do kończyny dolnej | | | Tak |  | Wymagane |
|  | Przystawka do stopy | | | Tak |  | Wymagane |
|  | Przystawka do przedramienia | | | Tak |  | Wymagane |
|  | Przystawka do barku | | | Tak |  | Wymagane |
|  | Przystawka kierownica | | | Tak |  | Wymagane |
|  | Zatrzymanie awaryjne pacjenta i kontroler | | | Tak |  | Wymagane |
|  | Przewód zasilający dł. Min. 10 m (IEC C13, 250V) | | | Tak |  | Wymagane |
|  | 2-kanałowy kabel powierzchniowy EMG o dł. Min. 1,5m | | | Tak |  | Wymagane |
|  | Zestaw do rehabilitacji dna miednicy - Kable do EMG 5 + 1 kanał - 5 kanałów do EMG pow. + 1 kanał do mięśni dna miednicy o długości 1,5 m, MDR26 | | | Tak |  | Wymagane |
|  | Zestaw elektrod nietrzymania moczu (10 szt. ) | | | Tak |  | Wymagane |
|  | Gry rehabilitacyjne | | | Tak |  | Wymagane |
|  | Tablet z przekątną ekranu powyżej 12 “ wraz z integralnym uchwytem oraz kompatybilnym oprogramowaniem | | | Tak |  | Wymagane |
|  | Rozdzielacz USB 4 gniazda USB | | | Tak |  | Wymagane |
|  | 5 paczek Elektrod EKG/EMG (50 szt.) | | | Tak |  | Wymagane |
|  | Fotel rehabilitacyjny ( 1 szt. ) | | | Tak |  | Wymagane |
| **III. Warunki gwarancji i serwisu** | | | | | | | |
|  | Gwarancja na całość min.24 miesięcy | | | Tak, podać |  | 24 miesiące -0pkt  36 miesięcy – 40pkt |
|  | Instalacja przez autoryzowany serwis producenta (autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny). | | | Tak |  | Wymagane |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji max. 72 godzin (dotyczy dni roboczych) | | | Tak, podać |  | Wymagane |
|  | Czas naprawy aparatu bez konieczności wymiany części lub podzespołów max.120 godziny (dotyczy dni roboczych) | | | Tak |  | Wymagane |
|  | Możliwość zgłaszania awarii telefon,fax,email | | | Tak |  | Podać dane teleadresowe |
|  | Autoryzacja producenta na sprzedaż zaoferowanego urządzenia | | | Tak |  | Wymagane |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim-wersja papierowa i elektroniczna (dostarczyć wraz z urządzeniem) | | | Tak |  | Wymagane |
|  | Paszport techniczny (dostarczyć wraz z urządzeniem) | | | Tak |  | Wymagane |
|  | Szkolenie wstępne dla personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia w miejscu instalacji. | | | Tak |  | Wymagane |

**Pakiet 2:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bieżnia do nauki chodu z wyposażeniem** | | | | | | | |
| **Nazwa** | |  |  | | | | |
| **Typ** | |  | Urządzenie medyczne | | | | |
| **Wytwórca** | |  |  | | | | |
| **Kraj pochodzenia** | |  |  | | | | |
| **Rok produkcji:** | |  |  | | | | |
| **Lp.** | **Wymagania techniczne i eksploatacyjne** | | | **Parametr graniczny/ warunek wymagany** | **Parametry techniczne oferowane przez Wykonawcę (podać zakres lub opisać\*)** | **Ocena punktowa za parametry podlegające ocenie** |
| 1. | Aparat fabrycznie nowy (rok produkcji nie wcześniej niż 2021), kompletny gotowy do użycia bez dodatkowych nakładów finansowych ze strony Zamawiającego | | | **Tak, podać** |  |  |
| **I. Parametry techniczne:** | | | | | | | |
| 2. | Przedział wagowy pacjenta: 39-182 kg | | | Tak |  | Wymagane |
| 3. | Przedział wzrostu pacjenta: 142-193 cm | | | Tak |  | Wymagane |
| 4. | Regulacja masy ciała: od 100% do 20% | | | Tak |  | Wymagane |
| 5. | Regulacja masy ciała co: 1% | | | Tak |  | Wymagane |
| 6. | Zintegrowana komora powietrzna | | | Tak |  | Wymagane |
| 7. | Technologia ciśnienia różnicowego powietrza (DAP) | | | Tak |  | Wymagane |
| 8. | Regulowana wysokość ramy komory na 15 poziomach | | | Tak |  | Wymagane |
| 9. | Prędkość do przodu: 0-19 km/h | | | Tak |  | Wymagane |
| 10. | Prędkość do tyłu: 0-4,8 km/h | | | Tak |  | Wymagane |
| 11. | Regulacja prędkości co: 0,1 km/h | | | Tak |  | Wymagane |
| 12. | Zakres stopnia nachylenia: 0-15% | | | Tak |  | Wymagane |
| 13. | Wymagane zasilanie: gniazdo 220 VAC 20A | | | Tak |  | Wymagane |
| 14. | Obsługa poprzez ekran dotykowy | | | Tak |  | Wymagane |
| 15. | Wysokość podejścia: 20 cm ± 1 cm | | | Tak |  | Wymagane |
| 16. | Magnes bezpieczeństwa | | | Tak |  | Wymagane |
| 17. | Wymiary (dł x szer x wys): 213cm x 96,5cm x 188cm ± 5% | | | Tak |  | Wymagane |
| 18. | Możliwość generowania raportów z sesji treningowej | | | Tak |  | Wymagane |
| 19. | Możliwość połączenia z siecią Wi-Fi | | | Tak |  | Wymagane |
| 20. | Możliwość wysyłania raportów drogą e-mailową | | | Tak |  | Wymagane |
| 21. | Możliwość eksportowania danych za pomocą USB | | | Tak |  | Wymagane |
| 22. | Wbudowany system monitorowania wideo HD | | | Tak |  | Wymagane |
| 23. | Wbudowany system analizy chodu | | | Tak |  | Wymagane |
| 24. | Pomiar symetrii obciążenia kończyn | | | Tak |  | Wymagane |
| 25. | Pomiar kadencji | | | Tak |  | Wymagane |
| 26. | Pomiar symetrii czasu w fazie podporu | | | Tak |  | Wymagane |
| 27. | Pomiar symetrii długości kroku | | | Tak |  | Wymagane |
| 28. | Wartość poszczególnych parametrów chodu wyświetlana w czasie rzeczywistym | | | Tak |  | Wymagane |
| 29. | Tryb chodu nożycowego | | | Tak |  | Wymagane |
| 30. | Tryb biegu | | | Tak |  | Wymagane |
| 31. | Pomiar spalonych kalorii | | | Tak |  | Wymagane |
| 32. | Ocena stopnia dolegliwości bólowych | | | Tak |  | Wymagane |
| 33. | Ocena stopnia dolegliwości bólowych | | | Tak |  | Wymagane |
| 34. | Graficzna analiza przebiegu sesji treningowych | | | Tak |  | Wymagane |
| 35. | Szorty standardowe w zestawie: 2xS, 2xM, 2xL, 2xXL | | | Tak |  | Wymagane |
|  | **Parametry drenażu:** | | | | | |
| 36. | Aparat min. 12-komorowy | | | Tak |  | Wymagane |
| 37. | Płynna regulacja ciśnienia w zakresie: 20 -160 mmHg ± 5% | | | Tak |  | Wymagane |
| 38. | Gradient 0 -100% płynna regulacja | | | Tak |  | Wymagane |
| 39. | Min. 15 sposobów napełniania komór | | | Tak |  | Wymagane |
| 40. | Niezależna regulacja ciśnienia dla każdej komory | | | Tak |  | Wymagane |
| 41. | Regulacja prędkości nadmuchiwania aplikatora | | | Tak |  | Wymagane |
| 42. | Parametry aktywności komór aplikatora widoczne na ekranie | | | Tak |  | Wymagane |
| 43. | Złącze umożliwiające łatwą i szybką wymianę aplikatorów | | | Tak |  | Wymagane |
| 44. | Automatyczna identyfikacja aplikatora przez aparat | | | Tak |  | Wymagane |
| 45. | Możliwość wyłączenia poszczególnych komór w aplikatorze | | | Tak |  | Wymagane |
| 46. | Wyposażenie: 2 x mankiet na nogę, 1 x ręka z obręczą barkową, 1 x spodnie, 1 x złącze do 2 mankietów, stolik | | | Tak |  | Wymagane |
| **II. Warunki gwarancji i serwisu**: | | | | | | | |
| 47. | Gwarancja na całość min.24 miesięcy | | | Tak, podać |  | 24 miesiące – 0 pkt  36 miesięcy – 40pkt |
| 48. | Instalacja przez autoryzowany serwis producenta (autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny). | | | Tak |  | Wymagane |
| 49. | Czas naprawy aparatu bez konieczności wymiany części lub podzespołów max.120 godziny (dotyczy dni roboczych) | | | Tak |  | Wymagane |
| 50. | Możliwość zgłaszania awarii telefon, e-mail, formularz online | | | Tak |  | Podać dane teleadresowe |
| 51. | Autoryzacja producenta na sprzedaż zaoferowanego urządzenia | | | Tak |  | Wymagane |
| 52. | Instrukcja obsługi w języku polskim - wersja papierowa i elektroniczna (dostarczyć wraz z urządzeniem) | | | Tak |  | Wymagane |
| 53. | Paszport techniczny (dostarczyć wraz z urządzeniem) | | | Tak |  | Wymagane |
| 54. | Szkolenie wstępne dla personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia w miejscu instalacji. | | | Tak |  | Wymagane |

**Pakiet 3:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **8-stanowiskowy system do rehabilitacji onkologicznej z automatycznym pomiarem ciśnienia** | | | | | | | |
| **Nazwa** | |  |  | | | | |
| **Typ** | |  | Urządzenie medyczne | | | | |
| **Wytwórca** | |  |  | | | | |
| **Kraj pochodzenia** | |  |  | | | | |
| **Rok produkcji:** | |  |  | | | | |
| **Lp.** | **Wymagania techniczne i eksploatacyjne** | | | **Parametr graniczny/ warunek wymagany** | **Parametry techniczne oferowane przez Wykonawcę (podać zakres lub opisać\*)** | **Ocena punktowa za parametry podlegające ocenie** |
| 1. | Aparat fabrycznie nowy (rok produkcji nie wcześniej niż 2021), kompletny gotowy do użycia bez dodatkowych nakładów finansowych ze strony Zamawiającego | | | Tak, podać |  |  |
| **I. Parametry techniczne:** | | | | | | | |
| 2. | Oprogramowania z licencją na 8 stanowisk | | | Tak |  | Wymagane |
| 3. | Zintegrowana baza danych pacjentów | | | Tak |  | Wymagane |
| 4. | Dostosowane parametrów treningowych dla każdego pacjenta | | | Tak |  | Wymagane |
| 5. | Szybkie i łatwe przyłączenie pacjentów do grupy treningowej | | | Tak |  | Wymagane |
| 6. | Praktyczne przełączanie pomiędzy pacjentami na ergometrach | | | Tak |  | Wymagane |
| 7. | Wprowadzanie oraz zarządzanie oknami tekstowymi do wprowadzania własnych komentarzy i diagnoz | | | Tak |  | Wymagane |
| 8. | Automatyczne sterowanie ergometrami (do 24 rowerów lub bieżni) | | | Tak |  | Wymagane |
| 9. | Jednoczesna kontrola wszystkich parametrów (obciążenie, pomiar ciśnienia krwi) | | | Tak |  | Wymagane |
| 10. | Zapis oraz archiwizacja istotnych parametrów (obciążenie, HR, krzywe EKG, ciśnienie krwi) | | | Tak |  | Wymagane |
| 11. | Wyświetlanie krzywych EKG wszystkich pacjentów w czasie rzeczywistym na monitorze | | | Tak |  | Wymagane |
| 12. | Jednoczesne wyświetlanie trendów tętna oraz ciśnienia krwi | | | Tak |  | Wymagane |
| 13. | Ciągły zapis krzywych EKG dla wszystkich pacjentów | | | Tak |  | Wymagane |
| 14. | Znacznik EKG dla specjalnych zdarzeń | | | Tak |  | Wymagane |
| 15. | Szybki wydruk bieżącego zapisu EKG dla poszczególnych pacjentów | | | Tak |  | Wymagane |
| 16. | Wprowadzenie poziomów alarmów dla monitorowanych parametrów podczas treningu (tętno, ciśnienie, obciążenie) | | | Tak |  | Wymagane |
| 17. | Trening ze stałym obciążeniem | | | Tak |  | Wymagane |
| 18. | Trening interwałowy z dowolną konfiguracją profili | | | Tak |  | Wymagane |
| 19. | Konfiguracja treningu z podziałem na fazy rozgrzewki, wysiłku i odpoczynku | | | Tak |  | Wymagane |
| 20. | Wyświetlenie wybranego profilu treningowego dla każdego pacjenta | | | Tak |  | Wymagane |
| 21. | Wyświetlenie całego zebranego zapisu EKG dla wszystkich sesji treningowych | | | Tak |  | Wymagane |
| 22. | Przegląd zakończonych sesji treningowych | | | Tak |  | Wymagane |
| 23. | Dokumentacja w formie raportu wszystkich istotnych zdarzeń | | | Tak |  | Wymagane |
| 24. | Oprogramowanie pracujące w środowisku Windows | | | Tak |  | Wymagane |
| 25. | Obsługa karty graficznej o wysokiej rozdzielczości - min. 1280 x 1024 | | | Tak |  | Wymagane |
| 26. | Możliwość wspierania systemu dwumonitorowego w przypadku więcej niż 8 ergometrów | | | Tak |  | Wymagane |
| 27. | Moduł zarządzania użytkownikami | | | Tak |  | Wymagane |
| 28. | Ustalanie planu indywidualnego leczenia | | | Tak |  | Wymagane |
|  | **Parametry cykloergometrów:** | | | | | |
| 29. | Cykloergometry 8 szt. | | | Tak |  | Wymagane |
| 30. | Dowolna regulacja siedziska dla pacjenta o wzroście 120 – 200 cm | | | Tak |  | Wymagane |
| 31. | Maksymalna waga pacjenta 160kg | | | Tak |  | Wymagane |
| 32. | Regulacja pochylenia kierownicy kąt 360o | | | Tak |  | Wymagane |
| 33. | Stabilna podstawa cykloergometru | | | Tak |  | Wymagane |
| 34. | Kontrolowane mikroprocesorem hamowanie przy pomocy prądów indukcyjnych | | | Tak |  | Wymagane |
| 35. | Niezależne od prędkości obciążenie od 6 do 999 Watt | | | Tak |  | Wymagane |
| 36. | Dokładność obciążenia zgodnie z DIN VDE 0750-238 | | |  |  |  |
| 37. | Zwiększenie obciążenia w krokach co 1 W | | | Tak |  | Wymagane |
| 38. | Zakres prędkości 30-130 rpm | | | Tak |  | Wymagane |
| 39. | Programy badań wysiłkowych:  - min. 10 programów do konfiguracji przez użytkownika  - 5 stałych protokołów (t.j. WHO, Hollmann, BAL, STD France, Standard)  - trening ze stałym obciążeniem  - ręczna zmiana obciążenia | | | Tak |  | Wymagane |
| 40. | Panel kontrolny z wyświetlaniem m.in. obciążenia, obrotów pedałów RPM, czasu badania, tętna HR, ostatniego pomiaru ciśnienia | | | Tak |  | Wymagane |
| 41. | Wyświetlacz o wymiarach min. 68x34 mm (128x64 pixeli) | | | Tak |  | Wymagane |
| 42. | Zintegrowana klawiatura | | | Tak |  | Wymagane |
| 43. | Dodatkowy wyświetlacz LED dla pacjenta z pokazaniem rpm | | | Tak |  | Wymagane |
| 44. | Jednokanałowy bezprzewodowy zapis EKG | | | Tak |  | Wymagane |
| 45. | Możliwość rozbudowy o dwukanałowy bezprzewodowy zapis EKG (opcja dostępna na dzień składania oferty) | | | Tak |  | Wymagane |
| 46. | Zintegrowany , automatyczny pomiar ciśnienia krwi realizujący pomiary metodą Korotkowa | | | Tak |  | Wymagane |
| 47. | Cyfrowy interfejs: RS232 (przygotowany do kontroli systemu rehabilitacyjnego) | | | Tak |  | Wymagane |
| 48. | Możliwość rozbudowy o komunikację bezprzewodową (Wi-Fi) | | | Tak |  | Wymagane |
| 49. | 1 stanowisko wyposażone w 12 kanałowy, bezprzewodowy moduł EKG, o wymiarach max. 82x87x25 mm i wadze max 150 g, z możliwością podglądu sygnału z wszystkich odprowadzeni na ekranie do 3” | | | Tak |  | Wymagane |
| 50. | Moduł EKG wyposażony w ładowalny akumulator o pojemności min. 3200 mAh | | | Tak |  | Wymagane |
| 51. | Sygnał z bezprzewodowego modułu EKG, zapisywany w platformie kardiologicznej (pozwalającej na analizę EKG spoczynkowego, holtera EKG, holtera ABPM, próby wysiłkowej, spirometrii, ergospirometrii), w której można wykonać m.in. analizę sygnału pod kontem ryzyka nagłej śmierci sercowej, według aktualnych kryteriów Seattle i International. | | | Tak |  | Wymagane |
| 52. | Zestaw komputerowy:   1. Procesor: min. 2 GHz 2. Karta graficzna FULL HD z wyjściem na dwa monitory 3. Pamięć min. 2 GB RAM 4. Klawiatura i mysz 5. Dysk twardy: min. 250 GB wolnej powierzchni 6. Kolorowa drukarka 7. Porty COM do podłączenia 8 ergometrów 8. System operacyjny Windows 10   2 x Monitor FULL HD min. 21 cali | | | Tak |  | Wymagane |
| **II. Warunki gwarancji i serwisu**: | | | | | | | |
| 53. | Gwarancja na całość min.24 miesięcy | | | Tak, podać |  | 24 miesiące – 0 pkt  36 miesięcy – 40pkt |
| 54. | Instalacja przez autoryzowany serwis producenta (autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny). | | | Tak |  | Wymagane |
| 55. | Czas naprawy aparatu bez konieczności wymiany części lub podzespołów max.120 godziny (dotyczy dni roboczych) | | | Tak |  | Wymagane |
| 56. | Możliwość zgłaszania awarii telefon, e-mail, formularz online | | | Tak |  | Podać dane teleadresowe |
| 57. | Autoryzacja producenta na sprzedaż zaoferowanego urządzenia | | | Tak |  | Wymagane |
| 58. | Instrukcja obsługi w języku polskim - wersja papierowa i elektroniczna (dostarczyć wraz z urządzeniem) | | | Tak |  | Wymagane |
| 59. | Paszport techniczny (dostarczyć wraz z urządzeniem) | | | Tak |  | Wymagane |
| 60. | Szkolenie wstępne dla personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia w miejscu instalacji. | | | Tak |  | Wymagane |

**Pakiet 4:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mobilny elektromiograf z elektrostymulacją wyzwalaną** | | | | | | | |
| **Nazwa** | |  |  | | | | |
| **Typ** | |  | Urządzenie medyczne | | | | |
| **Wytwórca** | |  |  | | | | |
| **Kraj pochodzenia** | |  |  | | | | |
| **Rok produkcji:** | |  |  | | | | |
| **Lp.** | **Wymagania techniczne i eksploatacyjne** | | | **Parametr graniczny/ warunek wymagany** | **Parametry techniczne oferowane przez Wykonawcę (podać zakres lub opisać\*)** | **Ocena punktowa za parametry podlegające ocenie** |
| **I. Parametry techniczne:** | | | | | | | |
| 1. | 8 kanałowa elektrostymulacja: max 50V/100mA, 10us-500us dla wszystkich kanałów, 500us-10s dla wybranego kanału | | | Tak |  | Wymagane |
| 2. | Aparat fabrycznie nowy (rok produkcji nie wcześniej niż 2021), kompletny gotowy do użycia bez dodatkowych nakładów finansowych ze strony Zamawiającego | | |  |  |  |
| 3. | 8 kanałowe pomiary elektromiograficzne o dokładności +- 0,5 % w pełnym zakresie | | | Tak |  | Wymagane |
| 4. | Poziom podstawowy szumu pomiarowego elektromiografii (baseline noise) < 0,5 uV | | | Tak |  | Wymagane |
| 5. | Próbkowanie sygnału elektromiograficznego co najmniej 1000 próbek / sekundę | | | Tak |  | Wymagane |
| 6. | Pomiar impedancji +-0,5 kOhm | | | Tak |  | Wymagane |
| 7. | Kształty przebiegów elektrostymulacyjnych: prostokątny, trójkątny, sinusoidalny | | | Tak |  | Wymagane |
| 8. | Połączenie poprzez WiFi i/lub Bluetooth | | | Tak |  | Wymagane |
| 9. | Zasilanie bateryjne | | | Tak |  | Wymagane |
| 10. | Pas umożliwiający zamocowanie urządzenia podczas ruchu | | | Tak |  | Wymagane |
| 11. | Możliwość współpracy z elektrodami powierzchniowymi oraz wewnętrznymi (dopochwowe, rektalne) | | | Tak |  | Wymagane |
| **II. Oprogramowanie umożliwiające:** | | | | | | |
| 12. | Tworzenie profili pacjentów i terapeutów | | | Tak |  | Wymagane |
| 13. | Tworzenie, wyświetlanie i edycję kont pacjentów | | | Tak |  | Wymagane |
| 14. | Połączenie bezprzewodowe z urządzeniem | | | Tak |  | Wymagane |
| 15. | Wyświetlanie listy ćwiczeń, | | | Tak |  | Wymagane |
| 16. | Ustawianie linii progowej dla elektromiografii i wyzwalanej elektromiografią elektrostymulacji | | | Tak |  | Wymagane |
| 17. | Wyświetlanie podsumowania treningu | | | Tak |  | Wymagane |
| 18. | Tworzenie dopasowanych do użytkownika ćwiczeń | | | Tak |  | Wymagane |
| 19. | Wyświetlanie wykresów aktywności mięśniowej w czasie rzeczywistym | | | Tak |  | Wymagane |
| 20. | Korzystanie z predefiniowanych testów diagnostycznych, w tym Test Glazera | | | Tak |  | Wymagane |
| 21. | Korzystanie z predefiniowanych ćwiczeń opartych o EMG Biofeedback (programy treningowe włókien mięśniowych typu: I, IIa, IIb) | | | Tak |  | Wymagane |
| 22. | Przeprowadzenie elektrostymulacji, korzystając z predefiniowanych programów:   * Elektrostymulacja w naglącym nietrzymaniu moczu * Elektrostymulacja w wysiłkowym nietrzymaniu moczu * Elektrostymulacja w mieszanym nietrzymaniu moczu * Elektrostymulacja w nietrzymaniu kału | | | Tak |  | Wymagane |
| 23. | Prowadzenie elektrostymulacji funkcjonalnej, korzystając z predefiniowanych programów:   * Chwyć i puść * Otwórz i zamknij rękę * Sięganie ręką do twarzy | | | Tak |  | Wymagane |
| 24. | Przeprowadzenie elektrostymulacji wyzwalanej poprzez elektromiografię, korzystając z predefiniowanych programów:   * Elektrostymulacja wyzwalana elektromiografią (EMG Triggered Electrical Stimulation) dla mięśni powierzchniowych * Elektrostymulacja wyzwalana elektromiografią (EMG Triggered Electrical Stimulation) w nietrzymaniu moczu * Elektrostymulacja wyzwalana elektromiografią (EMG Triggered Electrical Stimulation) w nietrzymaniu kału | | | Tak |  | Wymagane |
| 25. | Gry rehabilitacyjne min 2 szt. | | | Tak |  | Wymagane |
| **III. Akcesoria i wyposażenie:** | | | | | | |
| 26. | Komputer typu laptop o minimalnych parametrach: Ekran o przekątnej co najmniej 15.6", Rozdzielczość ekranu 1920 × 1080 (FullHD),  Karta graficzna Intel UHD Graphics, Procesor: Intel Core i3-1005G1 (2 rdzenie, 4 wątki, 1.20-3.40 GHz, 4MB cache), Dysk twardy: 128 GB SSD | | | Tak |  | Wymagane |
| 27. | 5 paczek elektrod EKG/EMG (50 szt. każda) | | | Tak |  | Wymagane |
| 28. | 2 paczki elektrod elektrostymulacyjnych powierzchniowych 5x5 cm oraz 5x10 cm | | | Tak |  | Wymagane |
| 29. | Zestaw podstawowy elektrod nietrzymania moczu (5 szt. po 1 z każdego typu) | | | Tak |  | Wymagane |
| 30. | Ładowarka baterii z możliwością jednoczesnego ładowania co najmniej 2 baterii jednocześnie | | | Tak |  | Wymagane |
| **IV. Warunki gwarancji i serwisu**: | | | | | | | |
| 31. | Gwarancja na całość min.24 miesięcy | | | Tak, podać |  | 24 miesiące – 0 pkt  36 miesięcy – 40pkt |
| 32. | Instalacja przez autoryzowany serwis producenta (autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny). | | | Tak |  | Wymagane |
| 33. | Czas naprawy aparatu bez konieczności wymiany części lub podzespołów max.120 godziny (dotyczy dni roboczych) | | | Tak |  | Wymagane |
| 34. | Możliwość zgłaszania awarii telefon, e-mail, formularz online | | | Tak |  | Podać dane teleadresowe |
| 35. | Autoryzacja producenta na sprzedaż zaoferowanego urządzenia | | | Tak |  | Wymagane |
| 36. | Instrukcja obsługi w języku polskim - wersja papierowa i elektroniczna (dostarczyć wraz z urządzeniem) | | | Tak |  | Wymagane |
| 37. | Paszport techniczny (dostarczyć wraz z urządzeniem) | | | Tak |  | Wymagane |
| 38. | Szkolenie wstępne dla personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia w miejscu instalacji. | | | Tak |  | Wymagane |