**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - PARAMETRY TECHNICZNE**

**Pakiet nr 2 - zestaw do terapii ręki**

**Uwaga:**

1. **W przypadku posiadania parametrów identycznych jak określa kolumna B, proszę wpisać   
   w kolumnie C,,TAK”.**
2. W przypadku posiadania parametrów wyższych / lepszych niż określa kolumna B, proszę wpisać   
   w kolumnie C wartość parametrów oferowanych.
3. W przypadku gdy kolumna B określa wartości przedziałowe proszę w kolumnie C wpisać jakie konkretne wartości posiada oferowany przez Wykonawcę sprzęt medyczny.
4. Parametry określone w kolumnie C są warunkami granicznymi.
5. Brak potwierdzenia przez Wykonawcę spełnienia warunku granicznego skutkował będzie odrzuceniem oferty przetargowej.
6. Zamawiający zastrzega sobie również możliwość zwrócenia się do producenta oferowanego sprzętu medycznego, w celu potwierdzenia oferowanych parametrów technicznych.
7. Oferty, które nie spełniają wymagań Zamawiającego zostaną odrzucone jako niezgodne ze Specyfikacją Warunków Zamówienia.

Producent/Kraj\*: ………………………………………………

Model/Typ\*: ………………………………………………

Rok produkcji: ……………………………………………..

\*wypełnia Wykonawca

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp | Wymagane parametry techniczne/opis | Parametr oferowany\* |
| **A** | **B** | **C** |
| 1. **Parametry ogólne** | | |
| 1. | System umożliwia diagnostykę ręki, prowadzenie indywidualnej terapii dopasowanej do każdego pacjenta, monitorowanie postępów oraz archiwizację wyników | Potwierdzić: |
| 2. | Inteligentna, bezprzewodowa para rękawic z czujnikami ruchu i pozycji nadgarstka oraz czujnik zgięcia palców, w dwóch rozmiarach (S i M) | Potwierdzić: |
| 3. | Czujnik zgięcia palców, opór: od 100Ω do 500kΩ | Potwierdzić i podać zakres: |
| 4. | Czujnik ruchu i pozycji nadgarstka (IMU): min. 9-osiowy | Potwierdzić i podać zakres: |
| 5. | Zakres ruchów (w tym możliwość oceny zakresu ruchu):  - supinacja / pronacja przedramienia,  - zgięcie / wyprost nadgarstka,  - odwodzenie / przywodzenie nadgarstka,  - zgięcie / wyprost palców | Potwierdzić: |
| 6. | Wymiary (jedna rękawica w danym rozmiarze, bez akumulatora):  Dwa rozmiary: S i M od 130 g do 140 g | Potwierdzić i podać zakres: |
| 7. | Zasilanie rękawic: bateryjne, bateria litowo-jonowa min. 3,7V / min. 740 mAh (wymagane 3 baterie w zestawie) | Potwierdzić: |
| 8. | Bezprzewodowe połączenie z programem komputerowym (Bluetooth) | Potwierdzić: |
| 9. | Komputer do obsługi z systemem Android | Potwierdzić: |
| 10. | Ilość gier terapeutycznych: min. 48 | Potwierdzić i podać: |
| 11. | Monitor min. 22’ z głośnikami i złączem HDMI | Potwierdzić:…………………………  Przekątna monitora: ……………. |
| 12. | Materiał elastyczny, łatwy do dezynfekcji i czyszczenia z wymiennymi elementami sylikonowymi | Potwierdzić: |
| 13. | Raport oceny diagnostycznej do zapisania na nośniku pamięci lub wysyłki mail | Potwierdzić: |
| 14. | Wyrób medyczny | Potwierdzić: |
| 15. | Instrukcja i oprogramowanie w języku polskim | Potwierdzić: |
| 1. **Warunki gwarancji i serwisu gwarancyjnego** | | |
| 1. | Okres gwarancji min. 24 miesiące | Potwierdzić oferowany okres gwarancji: …………………………. |
| 2. | Liczba gwarancyjnych (bezpłatnych) przeglądów serwisowych | Potwierdzić i podać ilość przeglądów w okresie gwarancji: …………………………………... |
| 3. | Dane autoryzowanego serwisu urządzenia: | Nazwa:  ……………………………………….  Adres:  ………………………………………  Dane kontaktowe:  …………………………………….. |

………………….……………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany

osoby/-ób uprawnionej/-ych do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika