**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - PARAMETRY TECHNICZNE**

**Pakiet nr 3 - zestaw do terapii ręki dla dzieci**

**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 czujników ruchu i pozycji nadgarstka montowanych na dłoń | Potwierdzić: |
| 3. | Zakres ruchów (w tym możliwość oceny zakresu ruchu):  - supinacja / pronacja przedramienia,  - zgięcie / wyprost nadgarstka,  - odwodzenie / przywodzenie nadgarstka, | Potwierdzić: |
| 4. | Wymiary (jeden zestaw czujników ruchu, bez akumulatora): max.145 x max.30 x max.20 [mm], max.55 g | Potwierdzić i podać zakres: |
| 5. | Zasilanie: bateryjne, bateria litowo-jonowa min.3,7V / min.740 mAh (3 baterie w zestawie) | Potwierdzić i podać zakres: |
| 6. | Bezprzewodowe połączenie z programem komputerowym (Bluetooth) | Potwierdzić: |
| 7. | Tablet do obsługi z systemem Android | Potwierdzić:  Tablet  Producent:…………..  Model/typ:………….. |
| 8. | Ilość gier terapeutycznych: min.36 | Potwierdzić i podać oferowana ilość gier: |
| 9. | Materiał elastyczny, łatwy do dezynfekcji i czyszczenia z wymiennymi elementami sylikonowymi | Potwierdzić: |
| 10. | Raport oceny diagnostycznej do zapisania na nośniku pamięci lub wysyłki mail | Potwierdzić: |
| 11. | Wyrób medyczny | Potwierdzić: |
| 12. | Instrukcja i oprogramowanie w języku polskim | Potwierdzić: |
| 1. **Warunki gwarancji i serwisu gwarancyjnego** | | |
| 1. | Okres gwarancji min. 24 miesiące | Podać 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