**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - PARAMETRY TECHNICZNE**

Pakiet nr 1 - zestaw do terapii barku

**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, prowadzenie indywidualnej terapii dopasowanej do każdego pacjenta, monitorowanie postępów oraz archiwizacja wyników | Potwierdzić: |
| 2. | Ergonomiczna konstrukcja umożliwiająca pełny zakres zasięgu ramion | Potwierdzić: |
| 3. | Biofeedback w czasie rzeczywistym za pośrednictwem czujnika położenia w podczerwieni | Potwierdzić: |
| 4. | Trening ruchu ukierunkowany na zadania poprzez ADL - treści związane z rozrywką | Potwierdzić: |
| 5. | Konfigurowalne rozwiązania rehabilitacyjne poprzez uczenie się harmonogram algorytmu | Potwierdzić: |
| 6. | Analiza pacjenta poprzez ocenę ćwiczeń | Potwierdzić: |
| 7. | Systematyczne uczenie się algorytmu w oparciu o wyniki osiągów | Potwierdzić: |
| 8. | Przewodowe połączenie z programem komputerowym (złącze USB) | Potwierdzić: |
| 9. | Komputer do obsługi z systemem Android | Potwierdzić: |
| 10. | Ilość gier terapeutycznych: min. 22 | Potwierdzić i podać oferowana ilość gier: |
| 11. | Monitor min.32’ z głośnikami i złączem HDMI | Potwierdzić:  Podać:  Przekątna monitora: …….. |
| 12. | Uchwyt (z podłokietnikiem i bez) oraz paskiem do poprawy chwytu pacjenta | Potwierdzić: |
| 13. | Wymienne stopery chwytu | Potwierdzić: |
| 14. | Wymiary i waga: max. 1043 mm x max. 630 mm x max. 168 mm (szer. x dł. x wys. bez uchwytu), max. 16 kg | Potwierdzić i podać zakres: |
| 15. | Wyrób medyczny | Potwierdzić: |
| 16. | 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