|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **PARAMETR/WARUNEK** | **WARTOŚC WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANEGO PARAMETRU, OPISAĆ** |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane do prezentacji, rok produkcji min. 2022, wyklucza się aparaty demo, rekondycjonowane itd. | TAK, podać |  |
|  | Oprogramowanie umożliwiające kontrolę nad pasem bieżni (prędkość) oraz perturbacjami (prędkość, wielkość przesuwu) | TAK, podać |  |
|  | Gotowe protokoły rehabilitacji | TAK, podać |  |
|  | Zapis środka nacisku (COP) | TAK, podać |  |
|  | Moduł oceny stabilności i szybkości powrotu do pozycji ustabilizowanej po zadanej perturbacji przedniej, tylnej, bocznej lewej lub bocznej prawej | TAK, podać |  |
|  | W różnych pozycjach pacjenta na pasie bieżni, z możliwością informowania lub nie pacjenta o zbliżającej się perturbacji | TAK, podać |  |
|  | Motywujące pacjenta gry i aplikacje | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie powinno mieć uprząż bezpieczeństwa, zatrzymująca pas bieżni w przypadku upadku pacjenta | TAK, podać |  |
|  | Waga pacjenta minimum do: 150 kg. (+/- 5 kg) | TAK, podać |  |
|  | Wzrost pacjenta od minimum 120 do 190 cm (+/- 5 cm) | TAK, podać |  |
|  | Zakres przesuwu pasa podczas perturbacji min. 5-80 cm w kierunku przednio-tylnym, min. 15 cm w kierunku bocznym | TAK, podać |  |
|  | Wymiary ogólne nie mniejsze niż: długość: 235 cm, szerokość: 160 cm, wysokość: 245 cm (+/- 2 cm) | TAK, podać |  |
|  | Powierzchnia użytkowa pasa bieżni (minimum): długość: 156 cm szerokość: 56 cm (+/- 2 cm) | TAK, podać |  |
|  | Powierzchnia pasa biegowego pokryta materiałem antypoślizgowym | TAK, podać |  |
|  | Prędkość bieżni (minimum): 0… ± 7.0 km/h (0... ±2 m/s) | TAK, podać |  |
|  | Kinematyka perturbacyjna pasa bieżni (minimum):  Prędkość bieżni: 3…194 cm/s (±5%)  Przyśpieszenie: 10…625 cm/s² (±5%)  Zmniejszanie prędkości: 10…625 cm/s² (±5%)  Przesunięcie do przodu: 3…87 cm (±5%)  Przesunięcie do tyłu: 1…146 cm (±5%) | TAK, podać |  |
|  | Kinematyka perturbacyjna przesunięć bocznych (minimum):  Prędkość: 5…60 cm/s (±5%)  Przyśpieszenie: 25…200 cm/s²(±5%)  Zmniejszanie prędkości 25…200 cm/s² (±5%)  Dystans: ±18 cm (±5%) | TAK, podać |  |
|  | Ustawienie min. 30 poziomów perturbacji poziomów łączących przyspieszenie, zmniejszanie prędkości, dystansu oraz prędkości docelowej | TAK, podać |  |
|  | Uprząż bezpieczeństwa o odpowiednich rozmiarach zapewniają najwyższy komfort i bezpieczeństwo | TAK, podać |  |
|  | Linka zabezpieczająca przed upadkiem z wysokości z regulacją wysokości | TAK, podać |  |
|  | Wyświetlacz użytkownika (minimum) 22” 16x9 LED, wbudowane głośniki stereo, regulacja wysokości ekranu do 20 cm, służy tylko w celu wyświetlania obrazu | TAK, podać |  |
|  | Moduł treningu funkcji poznawczych | TAK |  |
|  | | Gwarancja min.60 miesięcy | | | |
|  | | Instalacja przez autoryzowany serwis producenta (autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny). | | | |
|  | | Czas reakcji na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji max. 3 dni robocze | | | |
|  | | Czas naprawy aparatu bez konieczności wymiany części lub podzespołów max.5 dni roboczych | | | |
|  | | Możliwość zgłaszania awarii telefon,email | | | |
|  | | Autoryzacja producenta na sprzedaż zaoferowanego urządzenia | | | |
|  | | Instrukcja obsługi w języku polskim (przy dostawie) | | | |
|  | | Paszport techniczny (przy dostawie) | | | |
|  | | Dostawa do 30.11.2023r. | | | |
|  | | Uruchomienie i szkolenie dla personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia do 29.04.2024r. | | | |
|  | | Deklaracja zgodności producenta | | | |

**c.d. Załącznik nr 1 do SWZ: specyfikacja asortymentowo - cenowa**.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Nazwa oraz parametry | Ilość szt. | NazwawłasnaProducentNumerkatalogowy | Cena jednostkowa netto | Stawka vat | Wartość netto | Wartość brutto |
| 1. | Mobilny robot rehabilitacyjny kończyn dolnych | 1 szt. |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM: | x | x | x | x |  |  |

Wartość netto ………………. PLN Wartość brutto …………. PLN