**EZ/149/2021/EK**

Załącznik nr 2b do SWZ

(Załącznik nr 1 do umowy)

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**(Wymagane minimalne parametry techniczno-funkcjonalne)**

**Pakiet 2 Urządzenie diagnostyczno – terapeutyczne do rehabilitacji kończyny górnej i ręki – 1 sztuka**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | ***Opis minimalnych parametrów technicznych*** | ***Parametry i wartości wymagane*** | ***PARAMETRY OFEROWANE: Potwierdzenie Wykonawcy TAK lub opis parametrów oferowanych/ podać zakresy/ opisać*** |
| 1 | Nazwa – Model/typ/numer katalogowy | Podać |  |
| 2 | Producent | Podać |  |
| 3 | Kraj pochodzenia  | Podać |  |
| 4 | Rok produkcji min. 2021 | Podać |  |
| 5 | **Urządzenie do rehabilitacji kończyny górnej z biofeedbackiem** | TAK |  |
| 6 | Charakterystyka urządzenia:- Kolumna z systemem jezdnym z zamocowanym do niej monitorem oraz klawiaturą - Mechanizm oparty o systemy linek prowadzący kończyny górne zsynchronizowany z oprogramowaniem | TAK,  |  |
| 7 | Możliwość dostosowania odciążenia każdej z kończyn indywidualnie w zależności od potrzeb pacjenta  | TAK |  |
| 8 | Oprogramowanie umożliwiające ćwiczenia oraz ocenę funkcjonalną kończyn górnych | TAK |  |
| 9 | Możliwość wykonania pomiarów zakresu ruchu w obrębie stawu ramiennego i łokciowego:* zgięcie i wyprost w stawie ramiennym
* odwiedzenie i przywiedzenie w stawie ramiennym
* zgięcie i wyprost w stawie łokciowym
* odwiedzenie i przywiedzenie horyzontalne
* rotacja zewnętrzna i wewnętrzna
 | TAK, Podać  |  |
| 10 | Możliwość wykonywania ruchu w przestrzeni 3D | TAK |  |
| 11 | Biofeedback w czasie rzeczywistym, oparty o informację wizualną i dźwiękową | TAK |  |
| 12 | Możliwość prowadzenia terapii interaktywnej w rzeczywistości wirtualnej – po zakupie modułu wirtualnej rzeczywistości | TAK |  |
| 13 | Możliwość prowadzenia treningu uni- i bilateralnego za pomocą urządzenia | TAK |  |
| 14 | Możliwość ćwiczeń w jednej płaszczyźnie lub w wielu płaszczyznach  | TAK |  |
| 15 | Możliwość ćwiczeń przodem do urządzenia lub tyłem z wykorzystaniem innych systemów  | TAK |  |
| 16 | Możliwość ustawienia różnego stopnia wspomagania  | TAK |  |
| 17 | Dostosowywanie poziomu trudności ćwiczeń do indywidualnych możliwości pacjenta  | TAK |  |
| 18 | Możliwość prowadzenia terapii na każdym etapie rehabilitacji  | TAK |  |
| 19 | Podsumowanie wyników po każdej sesji terapeutycznej  | TAK |  |
| 20 | Ćwiczenia funkcjonalne oraz trening w ramach koordynacji wzrokowo- ruchowej  | TAK |  |
| 21 | Ustawienie urządzenia nad głową pacjenta | TAK |  |
| 22 | Możliwość wykorzystania dodatkowych rzeczywistych przedmiotów w trakcie wirtualnego treningu – jako opcja. | TAK |  |
| 23 | Możliwość doposażenia o moduł wirtualnej rzeczywistości z wykorzystaniem gogli 3D | TAK |  |
| 24 | Instrukcja obsługi urządzenia w języku polskim | TAK, załączyć przy dostawie |  |
| 25 | Karta gwarancyjna | TAK, załączyć przy dostawie |  |
| 26 | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 miesiące) | **Dodatkowy okres** gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym | *(dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt. 36 SWZ.)* |

Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny prowadzi………………………..………………....... (uzupełnić)

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie nawet jednego z w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane, urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.