**EZ/160/2022/EK**

Załącznik nr 2.2 do SWZ

(Załącznik nr 1 do umowy)

**PAKIET NR 2**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

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

**Elektryczna szyna do ćwiczeń biernych stawów kończyny górnej – 1 kpl**

**Karty pamięci do elektrycznej szyny do ćwiczeń biernych stawów kończyny górnej – 10 sztuk**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **WYMAGANE MINIMALNE PARAMETRY TECHNICZNE** | **Wymogi graniczne** | **Parametry oferowane** |
| 1 | Producent | Podać |  |
| 2 | Model | Podać |  |
| 3 | Rok produkcji min. 2022 | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **WYMAGANE MINIMALNE PARAMETRY TECHNICZNE** | **Wymaganie** | **Parametry oferowane** |
| 1 | **Parametry ogólne** |  |  |
| 2 | Urządzenie do ćwiczeń biernych kończyny górnej –szt. 1 | TAK |  |
| 3 | Urządzenie do ćwiczeń biernych kończyny górnej z możliwością treningu CPM dla stawu barkowego | TAK |  |
| 4 | Mobilizacja bierna stawu barkowego | TAK |  |
| 5 | Wymagane ruchu do treningu CPM dla stawu barkowego: unoszenie przodem: min od 5 º do 180 º  Odwiedzenie – przywiedzenie: min od 35 º do 150 º  Rotacja zew/wew: min od 90 º - 0 – 90 º | TAK, PODAĆ |  |
| 6 | Regulacja prędkości ruchu min: 1,5 º/s do 3,5 º/s | TAK, PODAĆ |  |
| 7 | Program rozgrzewki | TAK |  |
| 8 | Regulacja czasu trwania ćwiczeń | TAK |  |
| 9 | Automatyczne zwiększanie zakresu ruchu | TAK |  |
| 10 | Ustawienie przerwy po osiągnięciu skrajnych zakresów ruchu | TAK |  |
| 11 | Współpraca z kartą pamięci dla programowanie treningu dla pacjenta | TAK |  |
| 12 | Możliwość pracy z urządzeniem ustawionym w różnych pozycjach np. dla pacjenta leżącego( przyłóżkowo) lub siedzącego | TAK |  |
| 13 | Pilot bezpieczeństwa dla pacjenta | TAK |  |
| 14 | Możliwość doposażenia( rozbudowy) urządzenia o przystawki do ćwiczeń stawu łokciowego i nadgarstka | TAK |  |
| 15 | Karty pamięci 10 sztuk | TAK,PODAC |  |
| 16 | Instrukcja w języku polskim – załączyć do dostawy | TAK |  |
| 17 | Karta gwarancyjna – załączyć do dostawy | Tak |  |
| 18 | Okres pełnej gwarancji – min. 24 miesiące | TAK | *(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.