Projekt pn. *Dostępność Plus dla zdrowia*, realizowany w ramach Działania 5.2 *Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych* Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój

**EZ/198/2022/SN**

 Załącznik nr 2.3 do SWZ

(Załącznik nr … do umowy)

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

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

**Zakup tabletów wraz z programem Mówik- 4 szt.**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa komponentu** | **WYMAGANE MINIMALNE PARAMETRY TECHNICZNE** | **Wymaganie** | **Parametry oferowane** |
| 1. **Parametry ogólne**
 |
| Procesor | Powinien osiągać minimalnie 6000 punktów CPU w Mark PassMark PerformanceTest. Wykaz średnich ilości punktów dla poszczególnych typów procesorów dostępny pod adresem [www.cpubenchmark.net](http://www.cpubenchmark.net) | **TAK** |   |
| Pamięć operacyjna | Min. 4 GB | **TAK** |   |
| Pamięć wewnętrzna | Min. 32GB | **TAK** |   |
| Dźwięk | Wbudowany mikrofon, wbudowany głośnik | **TAK** |   |
| Ekran | Przekątna co najmniej 8’’, rozdzielczość FULL HD | **TAK** |   |
| Łączność | Moduł transmisji danych GSM 3G/LTE (HSPA), slot na kartę SIM operatora komórkowego. Urządzenie musi pracować na pasmach systemów używanych na terenie kraju. | **TAK** |   |
| Urządzenie powinno posiadać wbudowany moduł WIFI | **TAK** |  |
| System operacyjny | System operacyjny umożliwiający sprawne działanie dostarczonej aplikacji do komunikacji wspomagającej i alternatywnej. | **TAK** |   |
|  | Karta gwarancyjna i instrukcja obsługi w języku polskim – załączyć do dostawy | **TAK** |  |
|  | Kompatybilność urządzenia z oprogramowaniem do komunikacji wspomagającej i alternatywnej. | **TAK** |  |
|  | Etui ochronne lub obudowa chroniąca przed upadkiem | **TAK** |  |
|  | Okres pełnej gwarancji – 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.)* |
|  **II. OPROGRAMOWANIE APLIKACYJNE**  **(wymagane funkcjonalności)** |
| **1.** | Nazwa aplikacji/ Producent | **TAK, PODAĆ** |  |
| **2.**  | - Aplikacja przeznaczona do komunikacji z osobami w różnym wieku i różnymi dysfunkcjami, głównie z: * + - Afazją
		- Autyzmem
		- Niepełnosprawnością intelektualną
		- Zespołem Downa
		- Mózgowym porażeniem dziecięcym
		- Niepełnosprawnością ruchową
		- Dysartrią

- Aplikacja powinna umożliwiać użytkownikowi z dysfunkcjami tworzenie pełnych zdań na podstawie obrazów, symboli i liter. Zdania powinny być później odczytywane przez syntezator mowy.- Możliwość rozbudowy bazy danych obrazków, symboli.- Proste wyszukiwanie obrazków i symboli na podstawie fragmentów wpisanych nazw. - Skanowanie głosowe.- Obsługa głosowa umożliwiająca korzystanie z aplikacji dla osób niepełnosprawnych ruchowo, np. bez możliwości wskazywania symboli palcem.- Tworzenie profilu użytkownika z najczęściej zadawanymi pytaniami na podstawie charakterystyki prowadzonej działalności- Dostęp do aktualizacji przez co najmniej 24 miesiące z możliwością przedłużenia na dłuższy okres.- Usługa serwisowa obejmująca konfigurację urządzeń oraz aplikacji. Szkolenie personelu |  **TAK** |  |

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.