

FORMULARZ CENOWO –TECHNICZNY - zadanie nr 1

A. Oferuję dostawę przedmiotu zamówienia za cenę:

| Lp. | Przedmiot zamówienia | Jednostka miary | Ilość | Cena jednostkowa netto | Wartość netto $6=4 \times 5$ | Stawka VAT % | Cena jednostkowa brutto $8=9 \div 4$ | Wartość brutto $9=6+7$ |
|--------------------------|---|-----------------|-------|------------------------|---------------------------------|--------------|---|---------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| I | Stacjonarny robot rehabilitacyjny kończyn dolnych | szt. | 1 | 90 740,74 zł | 90 740,74 zł | 8 | 98 000,00 zł | 98 000,00 zł |
| Razem cena oferty | | | | | | | | 98 000,00 zł |

B. Oświadczam, że okres gwarancji na przedmiot zamówienia wynosi 24 miesiące.

Oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z niżej wskazanymi parametrami:

| | | |
|--|--|--|
| <u>Stacjonarny robot rehabilitacyjny kończyn dolnych - 1 szt.</u> | | Typ: Sidra LEG Model: Sidra LEG Producent: EGZOTech Sp. z o.o. Kraj pochodzenia: Polska |
| 1. | Rok produkcji | 2023 |
| 2. | Certyfikat CE | |
| 3. | Robot rehabilitacyjny kończyn dolnych | |
| 4. | Ćwiczenia: - czynne - oporowe, - czynne - wspomagane, - wspomagane - elektromiograficzne, - bierne | |
| 5. | Ćwiczenia z oporem dynamicznym: - izokinetyczne, - izotoniczne, - izometryczne | |
| 6. | Wbudowana funkcjonalność generowania zrobotyzowanego ruchu wspomagane lub czynnego wyzwalanego poprzez aktywność elektryczną mięśni wykrywaną powierzchniowo - elektromiografię (reaktywna elektromiografia) | |
| 7. | Wbudowana możliwość oceny: - siły mięśniowej, - zakresu ruchu biernego i czynnego, - aktywności mięśniowej przy pomocy elektromiografii powierzchniowej | |

| | | |
|-----|--|--|
| 8. | Dostosowanie do pacjenta we wszystkich etapach rehabilitacji i w zależności od poziomu siły mięśniowej (Lovett 0-5) : Ruch czynny - oporowy (Lovett 3-5) Ruch czynny - wspomagany (Lovett 3) Ruch wspomagany - wyzwalany elektromiograficznie (Lovett 1-2) Ruch bierny (Lovett 0-1) | |
| 9. | Czynna praca z pacjentami zarówno z niedowładem jak i spastycznością | |
| 10. | Biofeedback – informacja zwrotna dla pacjenta i terapeuty | |
| 11. | Generowanie raportów z oceny i ćwiczeń pacjenta | |
| 12. | Możliwość tworzenia bazy danych pacjentów | |
| 13. | Predefiniowane protokoły ćwiczeń | |
| 14. | Wbudowany elektromiograf w minimalnych parametrach pomiarowych: Ilość kanałów elektromiograficznych: co najmniej 4, próbkowane jednocześnie Szum linii podstawowej: < 0,5 $\mu\text{V RMS}$ Szum odniesienia na wejściu: 10 μVpp (10 sekund danych surowych) Częstotliwość próbkowania elektromiografii: 1 000 próbek na sekundę na kanał Rozdzielczość wewnętrzna: 24 bity Współczynnik CMRR elektromiografii: -73dB Impedancja wejściowa elektromiografii: 10M Ω Czułość elektromiografii: 1 $\mu\text{V RMS}$ | |
| 15. | Dokładność pomiarowa czujników siły lub dynamometrów: - pomiaru momentu obrotowego $\pm 0,2 \text{ Nm}$ | |
| 16. | Maksymalna prędkość obrotowa: co najmniej 20 $^\circ/\text{s}$ | |
| 17. | Praca synchroniczna jednoczesna co najmniej 2 | |
| 18. | Monitor dotykowy | |
| 19. | Elektrody do EMG - min 50 szt. | |
| 20. | Informacje dodatkowe | |
| 21. | Oferowany sprzęt medyczny musi być kompletny, kompatybilny z akcesoriami, fabrycznie nowy, po instalacji gotowy do użycia zgodnie z jego przeznaczeniem | |
| 22. | Zamawiający wymaga instalacji i uruchomienia sprzętu | |
| 23. | Okres gwarancji min. 24 miesiące | |
| 24. | Wykonanie przeglądów serwisowych – wg zaleceń producenta - w trakcie trwania gwarancji (w tym jeden w ostatnim miesiącu gwarancji) | |
| 25. | Wraz z dostarczonym sprzętem Wykonawca prześle Instrukcję obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej, paszport techniczny, kartę gwarancyjną oraz wykaz podmiotów upoważnionych przez producenta lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów | |
| 26. | Szkolenie w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu w miejscu instalacji | |
| 27. | Częstość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. | Częstotliwość przeglądów: 1 raz na rok |

C. Oświadczam, że dostarczony Zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

D. Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt B i C posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego piśmenny wniosek.

Gliwice, dnia 13.11.2023 r

.....
Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania
Wykonawcy