**ZAŁĄCZNIK NR 3 do SWZ**

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA 17/TP/2023**

**DOPOSAŻENIE REHABILITACJI POLEGAJĄCE NA ZAKUPIE URZĄDZEŃ ROBOTYCZNYCH,   
FINANSOWANYCH Z FUNDUSZU MEDYCZNEGO**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 1**

**Przedmiot zamówienia: dostawa i montaż mobilnego robota do rehabilitacji kończyn dolnych**

**- 1 szt.**

Typ Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
| 1 | Mobilny robot rehabilitacyjny kończyn dolnych - stół do pionizacji z funkcją kroczenia | Tak |  |
| 2 | Regulowana progresywna pionizacja w zakresie, min. 0-90° | Tak, podać |  |
| 3 | Cykliczny ruch nóg z kadencją, min. 8-80 kroków/min | Tak, podać |  |
| 4 | Mechaniczne obciążenie nóg do min. 50 kg | Tak, podać |  |
| 5 | Ruch nóg zsynchronizowany z modułem FES (funkcjonalnej elektrostymulacji) | Tak |  |
| 6 | Graficzny interfejs sterowany za pomocą dotykowego ekranu o przekątnej min. 15” | Tak, podać |  |
| 7 | Możliwość dostosowania siły wodzącej kończyny dolne w zakresie 0-100% (praca symetryczna i asymetryczna) | Tak, podać |  |
| 8 | Możliwość ustawienia zakresu ruchomości od 0-45° (symetrycznie i asymetrycznie) | Tak, podać |  |
| 9 | Możliwość ustawienia zakresu zgięcia w stawie biodrowym, min. 0-10° | Tak, podać |  |
| 10 | Różne wzorce kroczenia, min. 3 | Tak, podać |  |
| 11 | FES zsynchronizowany z ruchem kończyn i obsługiwany z interfejsu oprogramowania | Tak |  |
| 12 | Możliwość ustawienia intensywności FES dla każdego kanału niezależnie a także częstotliwości, rampy, długości impulsu | Tak, podać |  |
| 13 | Możliwość ustawienia wysokości stołu elektrycznie w zakresie min. 56-84 cm | Tak, podać |  |
| 14 | Stół wyposażony w uprzęże o regulowanym rozmiarze, min. 2 szt. | Tak, podać |  |
| 15 | Możliwość ustawienia podnóżków pod różnym kątem (zgięcie grzbietowe/podeszwowe, pronacja/supinacja) | Tak, podać |  |
| 16 | Zdejmowane leżysko o grubości min. 70 mm wykonane z wysokiej jakości pianki odpornej na płyny i biokompatybilnej zgodnie z normą ISO 10993 | Tak, podać |  |
| 17 | Wbudowane poręcze boczne do mocowania zewnętrznych monitorów EKG | Tak |  |
| 18 | W zestawie podłokietniki | Tak |  |
| 19 | Regulacja długości leżyska dla pacjentów o długości kończyn dolnych w zakresie, min. 75-100 cm | Tak, podać |  |
| 20 | Stół wyposażony w 4 kółka z centralnym mechanizmem blokowania oraz możliwością blokowania kierunku w 2 kołach | Tak |  |
| 21 | Mechaniczny system bezpieczeństwa do opuszczenia pacjenta w przypadku zaniku zasilania | Tak |  |
| 22 | Zasilanie 230V/50Hz | Tak |  |
| 23 | Maksymalna waga pacjenta, min. 135 kg | Tak, podać |  |
| 24 | Wymiary: max. 230 x 90 x 250 cm | Tak, podać |  |
|  | Warunki gwarancji i inne |  |  |
| 25 | Urządzenie fabrycznie nowe, nie będące uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 26 | Instrukcja obsługi w języku polskim przy dostawie robota | Tak |  |
| 27 | Gwarancja min. 60 miesięcy | Tak, podać |  |
| 28 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 29 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 30 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 31 | Reakcja serwisu w czasie max. 2 dni od zgłoszenia (dotyczy dni roboczych) | Tak |  |
| 32 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia max. 5 dni | Tak |  |
| 33 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy, wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego | Tak |  |
| 34 | Przy wysyłce do serwisu urządzenia będącego na gwarancji, całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 35 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzeń, bezpłatne | Tak |  |
| 36 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 37 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania, po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 38 | Przy dostawie sprzętu dołączyć „paszport techniczny” sprzętu, kartę gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, certyfikat CE lub deklaracja zgodności | Tak |  |
| 39 | Bezpłatne szkolenia z obsługi i użytkowania robota dla pracowników wskazanych przez Zamawiającego | Tak |  |
| 40 | Liczba i okres szkoleń min. dwa:  - pierwsze szkolenie po instalacji robota, w wymiarze do trzech dni roboczych  - dodatkowe szkolenie w innym terminie ustalonym z kierownikiem pracowni | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH I WARUNKÓW GWARANCJI**

**Pakiet nr 2**

**Przedmiot zamówienia dostawa i montaż stacjonarnego robota do rehabilitacji kończyn dolnych**

**- 1 szt.**

Typ Producent/Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Typ asortymentu i numery katalogowe (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Parametry graniczne | Wartość wymagana | Oferowana wartość |
| 1 | Stacjonarny robot rehabilitacyjny kończyn dolnych - platforma stabilometryczna aktywna wykonująca ruch samodzielnie | Tak |  |
| 2 | Trening stymulujący cały układ nerwowo-mięśniowy | Tak |  |
| 3 | Wieloosiowa platforma z silnikiem i wbudowanymi w uchwyty czujnikami siły dla kończyn górnych | Tak |  |
| 4 | Zintegrowany system oceny sprawności przystosowany do pacjentów każdego typu | Tak |  |
| 5 | Możliwość pobudzania wielu mięśni lub określonych grup mięśniowych oraz całego układu nerwowo-mięśniowego | Tak |  |
| 6 | Leczenie przebiegające według 4 podstawowych terapii celowych:  - gibkość i mobilność  - siła mięśniowa (dynamiczne wzmocnienie)  - postawa i balans  - wytrzymałość | Tak, podać |  |
| 7 | Raport na podstawie oceny postępów | Tak |  |
| 8 | Wgrany system oceny całościowej | Tak |  |
| 9 | Wbudowane testy oceny balansu, równowagi, stania na jednej nodze, siły i koordynacji | Tak, podać |  |
| 10 | Narzędzie analizy danych foto i wideo | Tak, podać |  |
| 11 | Możliwość bezprzewodowego połączenia z platformą stacji kontrolującej obsługę platformy | Tak |  |
| 12 | Możliwość wysyłania wyników w formacie PDF bezpośrednio do pacjentów lub lekarzy przepisujących leki | Tak |  |
| 13 | Możliwość dostosowania menu we własnym zakresie | Tak |  |
| 14 | Możliwość zdalnego sterowania urządzeniem | Tak |  |
| 15 | Możliwość nadzorowania ćwiczeń pacjenta na odległość | Tak |  |
| 16 | Obsługa za pomocą tabletu | Tak |  |
| 17 | Platforma pracująca w sposób aktywny i pasywny | Tak |  |
| 18 | Wymiary: max. 180 x 140 x 210 cm | Tak, podać |  |
| 19 | Maksymalne wychylenie platformy, min. 10 stopni | Tak, podać |  |
| 20 | Maksymalna prędkość platformy, 1 obrót na sekundę przy 10° pochyleniu | Tak, podać |  |
| 21 | Wyświetlacz kolorowy min. 10,4” | Tak, podać |  |
| 22 | Wbudowane poręcze boczne dla asekuracji pacjenta | Tak |  |
| 23 | Możliwość prowadzenia treningu w pozycji siedzącej | Tak |  |
| 24 | Platforma z rozrysowanym układem graficznym dla prawidłowego ustawienia kończyn podczas ćwiczenia | Tak |  |
| 25 | Grafiki instruktażowe do ćwiczeń wyświetlanie na ekranie pacjenta | Tak |  |
| 26 | Wyłącznik bezpieczeństwa dla pacjenta | Tak |  |
| 27 | Maksymalna waga pacjenta, min. 140 kg | Tak, podać |  |
|  | Warunki gwarancji i inne |  |  |
| 28 | Urządzenie fabrycznie nowe, nie będące uprzednio przedmiotem ekspozycji i wystaw, rok produkcji 2023 | Tak |  |
| 29 | Instrukcja obsługi w języku polskim przy dostawie robota | Tak |  |
| 30 | Gwarancja min. 60 miesięcy | Tak, podać |  |
| 31 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | Tak, opis |  |
| 32 | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych co najmniej przez 10 lat od daty dostawy | Tak |  |
| 33 | Adres i numer zgłoszeniowy | Podać |  |
| 34 | Reakcja serwisu w czasie max. 2 dni od zgłoszenia (dotyczy dni roboczych) | Tak |  |
| 35 | Maksymalny czas usunięcia usterki w siedzibie zamawiającego liczony od daty zgłoszenia max. 5 dni | Tak |  |
| 36 | Przy naprawie dłuższej niż 5 dni i wymagającej zabrania urządzenia do serwisu wykonawcy, wymagane jest wstawienie na czas naprawy, urządzenia zastępczego | Tak |  |
| 37 | Przy wysyłce do serwisu urządzenia będącego na gwarancji, całkowity koszt wysyłki oraz logistyka pozostaje po stronie dostawcy | Tak |  |
| 38 | Przeglądy okresowe w okresie gwarancyjnym niezbędne w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzeń, bezpłatne | Tak |  |
| 39 | Liczba napraw gwarancyjnych uprawniająca do wymiany sprzętu na nowy; trzy z wyjątkiem napraw powstałych z winy użytkownika | Tak |  |
| 40 | Liczba przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania, po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy urządzenia (w okresie 1 roku) | Tak, podać |  |
| 41 | Przy dostawie sprzętu dołączyć „paszport techniczny” sprzętu, kartę gwarancyjna, protokół przekazania-odbioru, atesty na dopuszczenie do obrotu i użytku na terenie Polski, certyfikat CE lub deklaracja zgodności | Tak |  |
| 42 | Bezpłatne szkolenia z obsługi i użytkowania robota dla pracowników wskazanych przez Zamawiającego | Tak |  |
| 43 | Liczba i okres szkoleń min. dwa:  - pierwsze szkolenie po instalacji robota, w wymiarze do trzech dni roboczych  - dodatkowe szkolenie w innym terminie ustalonym z kierownikiem pracowni | Tak |  |

1. Złożenie oferty w niniejszym postępowaniu jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po dostawie będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów.

2. Wykonawca zaoferuje w swojej ofercie **wyrób medyczny** już posiadający wyżej opisane parametry niezbędne do korzystania zgodnie z jego przeznaczeniem, wpisując „Tak” (+ ewentualna dodatkowa informacja wymagana przez Zamawiającego) w każdej z rubryk. Przedstawione w tabeli wymagania są wymaganiami minimalnymi (granicznymi). Zapis „Nie” w którejkolwiek z rubryk spowoduje odrzucenie oferty, jako tej, której treść jest niezgodna z warunkami zamówienia, z zastrzeżeniem przewidzianym w ustawie Prawo Zamówień Publicznych. Kolumna „wartość oferowana” dla ważności oferty musi zostać wypełniona w każdym miejscu, zgodnie z wymogami w tabeli, pod rygorem odrzucenia oferty j.w. W przypadku pozostawienia pustego miejsca **Zamawiający uzna, że Wykonawca w miejscu tym wpisał „NIE”,** bez dodatkowego wzywania Wykonawcy do wyjaśnień w tym zakresie.

3. Zamawiający wymaga podania w ofercie nazwy Producenta (Firmy) dla zaoferowanego przedmiotu zamówienia i jego typu oraz numeru katalogowego jeśli są znane.

4. Przedmiot zamówienia zostanie dostarczony i wniesiony oraz zainstalowany (jeśli dotyczy) na koszt i odpowiedzialność Wykonawcy do miejsca wskazanego przez Zamawiającego na terenie należącym do Zamawiającego w Tczewie, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w niniejszej SWZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania***

**DOKUMENT SKŁADANY WRAZ Z OFERTĄ**

**Uzupełnienie powyższych opisów pakietów od 1 do 2**

**CAŁY ZAOFEROWANY PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA W TABELACH DLA PAKIETÓW OD 1 DO 2 MUSI BYĆ DOPUSZCZONY DO STOSOWANIA W OBSZARZE MEDYCZNYM.**

**Wykonawca składając swoją ofertę w niniejszym postępowaniu oświadcza równocześnie, iż jest uprawniony do swobodnego rozporządzania zaoferowanymi Produktami, które są wolne od wad fizycznych i prawnych oraz, że posiada wszelkie niezbędne uprawnienia oraz zgody, zezwolenia odpowiednich organów, urzędów, wyniki badań, certyfikaty, oświadczenia, deklaracje (w tym wskazane w tabelach powyżej) itp. do realizacji przedmiotu umowy oraz że wykonanie niniejszego zamówienia przez Wykonawcę nie będzie naruszać jakichkolwiek praw osób trzecich. Wykonawca zobowiązuje się do przedłożenia Zamawiającemu dokumentów potwierdzających posiadanie przez przedmiot zamówienia zaoferowany od Wykonawcy niezbędnych wymagań, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, na każde żądanie Zamawiającego, o czym mowa w projekcie umowy (zał. Nr 4 do SWZ), z uwzględnieniem wymagań zawartyych w powyższych tabelach.**