**Załącznik nr 5 do SWZ**

 **Załącznik nr 1 do umowy LI.262.15.4.2023**

**FORMULARZ CENOWO –TECHNICZNY - zadanie nr 4**

 A. Oferuję dostawę przedmiotu zamówienia za cenę:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Przedmiot zamówienia | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena****jednostkowa***netto* | **Wartość***netto**6=4x5* | **Stawka VAT***%* | **Cena****jednostkowa***brutto**8=9÷4* | **Wartość***brutto**9=6+7* |
|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| **I** | **Mobilny robot rehabilitacyjny kończyn dolnych**  | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **Razem cena oferty** |  |

**B. Oświadczam, że okres gwarancji na przedmiot zamówienia wynosi……………..miesięcy.**

Oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z niżej wskazanymi parametrami:

|  |  |
| --- | --- |
|  **Mobilny robot rehabilitacyjny kończyn dolnych - 1 szt.** | Typ ………………………....Model …………………...….Producent…………………..Kraj pochodzenia ………….. |
|  | Rok produkcji | 2023 |
|  | Certyfikat CE |
|  | Stół do pionizacji z funkcją kroczenia |
|  | Regulowana progresywna pionizacja w zakresie min. 0-80° |
|  | Cykliczny ruch nóg z kadencją min. 1-80 kroków/minutę |
|  | Możliwość ustawienia wysokości stołu elektrycznie w zakresie nie mniejszym niż 52-86 cm |
|  | Regulowany kąt pochylenia oparcia do tyłu w zakresie 0-10° |
|  | Pedały wielofunkcyjne: regulacja stopy pacjenta w przywiedzeniu/odwodzeniu i pronacji/supinacji, |
|  | Waga pacjenta do 150 kg |
|  | Senso-motoryczny system kontroli ruchu, który nadzoruje trzy fazy o zmiennej prędkości, a mianowicie prędkość początkowa, przyspieszanie i zwalnianie podczas cyklu chodu, co skutecznie symulując normalny fizjologiczny ruch chodu |
|  | Tryby treningu: aktywny, pasywny i w wirtualnej rzeczywistości |
|  | Wykrywanie spastyczności: wykrywanie nieprawidłowego wzrostu napięcia mięśniowego, a następnie powolne odwracanie ruchu, a następnie ponowne uruchamianie pierwotnego ruchu ze zmniejszoną prędkością |
|  | Analiza chodu: dwuwymiarowe krzywe do wyświetlania danych analizy chodu, wyświetlanie w czasie rzeczywistym, aby pokazać zmiany siły mięśni nóg pacjentów, można rejestrować dane w całym cyklu chodu, terapeuta może modyfikować lub rozwijać leczenie zgodnie z uzyskanymi danymi  |
|  | Podpowiedzi głosowe i informacje zwrotne są dostępne podczas całego treningu |
|  | Możliwość włączenia muzyki w tle podczas treningu co sprawia, że ​​pacjent jest bardziej zrelaksowany. |
|  | Baza danych pacjentów wbudowana w oprogramowanie z możliwością raportowania |
|  | Mechaniczny system bezpieczeństwa do opuszczenia pacjenta w przypadku zaniku zasilania |
|  | Stół wyposażony w 4 kółka z mechanizmem blokowania  |
|  | **Informacje dodatkowe** |
|  | Oferowany sprzęt medyczny musi być kompletny, kompatybilny z akcesoriami, fabrycznie nowy, po instalacji gotowy do użycia zgodnie z jego przeznaczeniem |
|  | Zamawiający wymaga instalacji i uruchomienia sprzętu |
|  | **Okres gwarancji min. 24 miesiące** |
|  | Wykonanie przeglądów serwisowych – wg zaleceń producenta - w trakcie trwania gwarancji (w tym jeden w ostatnim miesiącu gwarancji) |
|  | Wraz z dostarczonym sprzętem Wykonawca przekaże 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 |
|  | Szkolenie w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu w miejscu instalacji |
|  | Częstość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. | Częstotliwość przeglądów |

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 pisemny wniosek.

|  |  |
| --- | --- |
|  | ……………………………………………… *Imię i nazwisko osoby uprawionej do reprezentowania**Wykonawcy*  |
|  |  |