*Załącznik nr 4 do SWZ - Zestawienie asortymentowo - ilościowe i parametry wymagane*

***UWAGA!***

*Zamawiający informuje, że parametry określone jako „TAK” są parametrami wymaganymi. Niespełnienie nawet jednego z wymaganym parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak informacji o parametrze oferowanym w tabeli traktowane będzie jako brak parametru w oferowanej aparaturze /sprzęcie medycznym.*

*Zamawiający* ***żąda*** *złożenia wraz* ***z ofertą przedmiotowych środków dowodowych*** *(np. katalogi, opisy, foldery, instrukcje obsługi lub inne dokumenty* ***producenta*** *potwierdzających posiadanie przez zaoferowaną aparaturę /sprzęt medyczny oferowanych parametrów (z przedmiotowych środków dowodowych powinno wynikać, że zaoferowana aparatura/sprzęt medyczny spełnia* ***każdy*** *podany parametr).*

…………………………………………..

*nazwa i adres Wykonawcy*

**Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na zakup i dostawę urządzenia rehabilitacyjno – diagnostycznego do wczesnej rehabilitacji neurologicznej z elektromiografią dla Szpitala Wojewódzkiego im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży.**

*Zamówienie realizowane w ramach zadania finansowanego przez Ministra Zdrowia, pn. „Doposażenie podmiotów leczniczych w urządzenia do wczesnej rehabilitacji neurologicznej kończyn górnych i kończyn dolnych z biofeedback na potrzeby rehabilitacji w roku 2021” w ramach programu polityki zdrowotnej pn. Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2021;* znak sprawy: ZT-SZP-226/01/38/2021

**OFERUJEMY:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment** | **Ilość** | **Wartość netto****(zł)** | **Podatek VAT (%)** | **Wartość brutto****(zł)** | **Model/typ, Producent,****rok produkcji** |
| **1.** | **Urządzenie rehabilitacyjno – diagnostycznego do wczesnej rehabilitacji neurologicznej z elektromiografią**  | **1 kpl.** |  |  |  |  |
| **RAZEM WARTOŚĆ NETTO:**  |  |
| **RAZEM WARTOŚĆ BRUTTO:** |  |

*o następujących parametrach:*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane parametry i warunki – OPIS PARAMETRU** | **Parametr wymagany** | **Parametr punktowany** | **Parametr oferowany – *należy podać*** *Zamawiający zaleca, aby Wykonawca podał nazwę/tytuł oraz nr strony dokumentu (przedmiotowego środka dowodowego), w treści którego widnieje potwierdzenie zaoferowanego parametru* |
| **1** | Urządzenie do terapii kończyn dolnych we wszystkich fazach rehabilitacji | TAK | Bez punktów |  |
| **2** | W zestawie jednostka centralna z siłownikami, fotel do pionizacji, dwa rodzaje przystawek ( w tym wymienne elementy podstaw stóp do treningu opadającej stopy), komputer, oprogramowanie. | TAK | Bez punktów |  |
| **3** | Możliwość dokonywania pomiarów podczas treningu: siły, propriocepcji, płynności ruchu | TAK | Bez punktów |  |
| **4** | Możliwości treningowe: pedałowanie, leg press, steper, trening jedno i dwustronny, trening sensoryczny, trening opadającej stopy | TAK | Bez punktów |  |
| **5** | Automatyczne wykrywanie spastyczności podczas treningu | TAK | Bez punktów |  |
| **6** | Wbudowany program analizy chodu- pomiar parametrów chodu m.in. prędkość , długość cyklu chodu | TAK | Bez punktów |  |
| **7** | Wbudowany pakiet gier motywacyjnych z funkcją biofeedbacku | TAK | Bez punktów |  |
| **8** | Wyświetlacz dotykowy z możliwością zmiany parametrów podczas treningu | TAK | Bez punktów |  |
| **9** | Oprogramowanie w języku polskim | TAK | Bez punktów |  |
| **10** | Wymiary jednostki centralnej (dł x szer x wys) w mm : 900x1200x800 (+/- 15%) | TAK | Bez punktów |  |
| **11** | Fotel z regulacją siedzenia: góra dół, przód – tył, odchylenie oparcia | TAK | Bez punktów |  |
| **12** | Wymiary fotela (dł x szer x wys) w mm: 1400x850x1020) (+/- 15%) | TAK | Bez punktów |  |
| **13** | Możliwość pionizacji pacjenta na fotelu będącym w zestawie | TAK | Bez punktów |  |
| **14** | Pasy stabilizujące tułów | TAK | Bez punktów |  |
| **15** | Maksymalne obciążenie fotela min. 130kg | TAK, podać | -130 kg – 0 pkt.- wartość najwyższa – 10 pkt- pozostałe proporcjonalnie**Wzór**:$\frac{wartość oferty badanej}{wartość najwyższa z otrzymanych ofert }$ x 10 pkt |  |
| **16** | Przystawka do diagnostyki i terapii kończyny górnej | TAK | Bez punktów |  |
| **17** | Możliwość treningu chwytów: cylindrycznego, szczypcowego, dwupunktowego, trójpunktowego | TAK | Bez punktów |  |
| **18** | Czujnik siły ręki – zakres pomiaru zgięcia 1000N(+/-15%), wyprostu 200N (+/-15%) | TAK | Bez punktów |  |
| **19** | Czujnik siły palców 100N(+/-15%) | TAK | Bez punktów |  |
| **20** | Pomiar zakresu ruchu w stawie ramiennym:Zgięcie –wyprost 180o -0o-40oOdwodzenie - przywodzenie 180o -0o-40o | TAK | Bez punktów |  |
| **21** | Pomiar zakresu ruchu w stawie łokciowym:Zgięcie –wyprost 170o -0o-10oPronacja – supinacja -120o-0o 120o | TAK | Bez punktów |  |
| **22** | Pomiar zakresu ruchu w stawie nadgarstkowym:Zgięcie –wyprost - 90o -0o-90oOdwiedzenie dopromieniowe – odwiedzenie dołokciowe -40o-0o 90o | TAK | Bez punktów |  |
| **23** | Minimum 6 gier jedno i dwuwymiarowych | TAK | Bez punktów |  |
| **24** | Możliwość porównania kończyny prawej i lewej | TAK | Bez punktów |  |
| **25** | W wyposażeniu: pasy, nakładki, zintegrowany czujnik siły i ruchu, 2 czujniki ruchu do trójpłaszczyznowego ruchu w nadgarstku, do łączonej terapii wszystkich części kończyny górnej | TAK | Bez punktów |  |
| **26** | Wymiary czujnika ruchu (dł x szer x wys) w mm:60x 40x20 (+/-15%) | TAK | Bez punktów |  |
| **27** | Wymiary czujnika siły (dł x szer x wys) w mm:200x70x40 (+/-15%) | TAK | Bez punktów |  |
| **28** | Przystawka do trójpłaszczyznowego ruchu w nadgarstku w mm 150mm (+/-15%) | TAK | Bez punktów |  |
| **29** | Przystawka do łączonej terapii wszystkich części kończyny górnej (dł x szer x wys) w mm: 600x350x250 (+/-15%) | TAK | Bez punktów |  |
| **30** | Waga czujnika siły 400g | TAK | Bez punktów |  |
| **31** | Waga czujnika ruchu 45g | TAK | Bez punktów |  |
| **32** | Waga przystawki do trójpłaszczyznowego ruchu w nadgarsku poniżej 800g | TAK | Bez punktów |  |
| **33** | Waga do łączonej terapii wszystkich części kończyny górnej poniżej 1650g  | TAK | Bez punktów |  |
| **34** | Czujnik z oprogramowaniem prawidłowego/ niskiego poziomu naładowania baterii | TAK | Bez punktów |  |
| **35** | Automatyczne przechodzenie czujników w stan uśpienia w przypadku dłuższego braku połączenia z oprogramowaniem | TAK | Bez punktów |  |
| **36** | Bezprzewodowa łączność między komputerem, a czujnikami siły i ruchu | TAK | Bez punktów |  |
| **37** | Możliwość ciągłej pracy systemu bez ładowania min. 5godz. | TAK, podać | 5 godz. – 0 pkt.- wartość najwyższa – 10 pkt- pozostałe proporcjonalnie**Wzór**:$\frac{wartość oferty badanej}{wartość najwyższa z otrzymanych ofert }$ x 10 pkt |  |
| **38** | Bezprzewodowa praca urządzenie w odległości co najmniej 8 metrów od komputera | TAK | Bez punktów |  |
| **39** | Komputer ALL-IN-ONE z przegubem do regulacji nachylenia | TAK | Bez punktów |  |
| **40** | Kanał EMG z funkcją elektrostymulacji | TAK | Bez punktów |  |
| **41** | Wykaz danych o wartości napięcia w czasie skurczu i czasie reakcji | TAK | Bez punktów |  |
| **42** | Min. 6 gier EMG z biofeedback lub min. 6 programów do ćwiczeń relaksacji, wzmacniania mięśni, koordynacji | TAK | Bez punktów |  |
| **43** | Oprogramowanie umożliwiające wizualizowanie, zapisywanie wyników terapii oraz przesyłanie do konsultacji specjalisty | TAK | Bez punktów |  |
| **44** | Certyfikat medyczny | TAK | Bez punktów |  |
| **45** | Gwarancja min.24 miesięcy | TAK | Bez punktów |  |

***Maksymalna ilość punktów (jednostkowych), jaką może uzyskać oferta w oparciu o punktację określoną w kolumnie „Parametr punktowany”
-* 20 pkt**