**Załącznik nr 2 do SWZ - OPZ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis wymagań technicznych** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  | **Stacjonarny robot do rehabilitacji kończyn dolnych – bieżnia antygrawitacyjna** | **Podać nazwęProducentaModelRok produkcji** |  |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, nieużywany, nierekondycjonowany, rok produkcji nie wcześniej niż 2022 | TAK |  |
|  | Waga pacjenta w zakresie min. 35 kg – 180 kg  | TAK, PODAĆ |  |
|  | Wzrost pacjenta w zakresie min. 140 cm – 200 cm | TAK, PODAĆ |  |
|  | Ustawienia czasu terapii od 0 do 99 min | TAK |  |
|  | Prędkość początkowa od 0,2 km/h | TAK |  |
|  | Ustawienie prędkości bieżni do przodu w zakresie min. do 25 km/h | TAK |  |
|  | Ustawienia odciążenia w zakresie min. 0% - 100% wagi ciała pacjenta | TAK |  |
|  | Regulacja masy ciała co 1% | TAK |  |
|  | Maksymalna głośność urządzenia do 68 dB | TAK, PODAĆ |  |
|  | Zintegrowana komora powietrzna | TAK |  |
|  | Interaktywne gry zaprogramowane w bieżni | TAK |  |
|  | Nachylenie kąta poziomu pasa bieżni w zakresie minimum od 0% do 15% | TAK, PODAĆ |  |
|  | Możliwość generowania raportów z sesji treningowej | TAK |  |
|  | Wbudowany system analizy chodu | TAK |  |
|  | Lifter, podnośnik do pomocy montowania pacjentów | TAK |  |
|  | Pomiar symetrii czasu w fazie podporu | TAK |  |
|  | Pomiar symetrii długości kroku | TAK |  |
|  | Moduł normalizacji napięcia mięśniowego  | TAK |  |
|  | Maksymalna intensywność stymulacji 28 kT/s | TAK, PODAĆ |  |
|  | Indukcja magnetyczna 2,5 Tesli  | TAK |  |
|  | Zainstalowany program do terapii redukcji spastyczności | TAK |  |
|  | Moduł szyny CPM | TAK |  |
|  | Moduł stawu skokowego z własnym mechanizmem | TAK |  |
|  | Czas trwania gwarancji co najmniej 24 miesięcy | TAK, PODAĆ |  |
|  | Deklaracja zgodność UE | TAK |  |
|  | Certyfikat CE | TAK |  |
|  | Dostarczenie paszportu technicznego | TAK |  |
|  | Autoryzacja producenta do czynności serwisowych | TAK |  |
|  | Montaż i uruchomienie w miejscu wskazanym przez Zamawiającego | TAK |  |
|  | Przeszkolenie personelu medycznego i technicznego | TAK |  |
|  | Dostarczenie instrukcji obsługi w języku polskim | TAK |  |

Należy wypełnić wszystkie pola „Parametr oferowany”

...............................………………………………

Dokument w postaci elektronicznej powinien

 być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym

 lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym

osób uprawnionych do składania

*oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy*