**Oferta stanowi „Część”, oferent składa ofertę na Części przedmiotu zamówienia**

FIZJOTERAPIA

**Część 1**

**Opis przedmiotu zamówienia - minimalne wytyczne funkcjonalne, jakościowe sprzętu**

**Zamawiający wymaga:**

* Potwierdzenia spełnienia wymaganych parametrów technicznych poprzez wpisanie słowa **TAK** w odpowiednim wierszu. Niespełnienie któregokolwiek z parametrów skutkuje odrzuceniem oferty.
* Zamawiający wymaga przeprowadzenia szkoleń w siedzibie Zamawiającego dla kadry dydaktycznej.

**Część nr 1** - System do wideo analizy ruchu 3D z kamerami – 1 kpl

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **System do wideo analizy ruchu typu Simi Motion 3D z kamerami lub równoważny – 1 kpl** | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu……………………………………………..(uzupełnić)** | | |
| **Producent, rok produkcji……………………………………….……………………… (wypełnić)** | | |
| **L.p.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Minimum 8 zsynchronizowanych kamer o wysokiej rozdzielczości 4K |  |
| 2. | Częstość rejestracji co najmniej 120 klatek/s |  |
| 3. | Możliwość jednoczesnej rejestracji obrazu ze wszystkich kanałów |  |
| 4. | Możliwość rozbudowy systemu o dodatkowe urządzenia diagnostyczne np. platformę dynamometryczną |  |
| 5. | Automatyczna i manualna rekonstrukcja trajektorii markerów w 3D |  |
| 6. | Generowanie raportów z analizą ruchu i eksport danych do formatów PDF/druk |  |
| 7. | Możliwość pracy w czasie rzeczywistym oraz trybie offline na zarejestrowanych danych |  |
| 8. | Komputer przystosowany do obsługi systemu |  |
| 9. | Niezbędne okablowanie i statywy do kamer |  |
| 10. | Zestaw markerów odblaskowych |  |
|  | **DODATKOWE WARUNKI** |  |
| 1. | Instalacja i konfiguracja systemu w miejscu wskazanym przez zamawiającego |  |
| 2. | Szkolenie dla użytkowników (min. 4h) |  |
| 3. | Gwarancja 24 miesiące lub dłużej |  |

.................................. dnia ...........................

..…………………………

/Podpis Wykonawcy/

**Oferta stanowi „Część”, oferent składa ofertę na Części przedmiotu zamówienia**

FIZJOTERAPIA

**Część 2**

**Opis przedmiotu zamówienia - minimalne wytyczne funkcjonalne, jakościowe sprzętu**

**Zamawiający wymaga:**

* Potwierdzenia spełnienia wymaganych parametrów technicznych poprzez wpisanie słowa **TAK** w odpowiednim wierszu. Niespełnienie któregokolwiek z parametrów skutkuje odrzuceniem oferty.
* Zamawiający wymaga przeprowadzenia szkoleń w siedzibie Zamawiającego dla kadry dydaktycznej.

**Część nr 2** Urządzenie medyczne to terapii za pomocą wibracji – 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Urządzenie medyczne Vibra 3,00 lub równoważny – 1 szt.** | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu……………………………………………..(uzupełnić)** | | |
| **Producent, rok produkcji……………………………………….……………………… (wypełnić)** | | |
| **L.p.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Regulowany zakres częstotliwości wibracji co najmniej 50-300 Hz |  |
| 2. | Możliwość manualnej regulacji parametrów wibracji |  |
| 3. | Różne tryby pracy: ciągły, pulsacyjny, sekwencyjny |  |
| 4. | Możliwość ustawienia czasu pracy (opcjonalnie – wbudowane protokoły) |  |
| 5. | Zestaw głowic/aplikatorów umożliwiający pracę z różnymi grupami mięśniowymi |  |
| 6. | Stabilna konstrukcja zapewniająca bezpieczeństwo |  |
| 7. | Ergonomiczny panel sterowania (dotykowy lub równoważny) |  |
| 8. | System zabezpieczający przed przegrzaniem urządzenia |  |
| 9. | Poziom hałasu w trakcie pracy nie wyższy niż 65 db |  |
| 10. | Wszelkie niezbędne okablowanie i akcesoria w zestawie |  |
| 11. | Wózek/stojak transportowy |  |
| 12. | Wyrób medyczny z oznakowaniem CE, zgodny z MDR 2017/745 |  |
|  | **DODATKOWE WARUNKI** |  |
| 1. | Instalacja i konfiguracja systemu w miejscu wskazanym przez zamawiającego |  |
| 2. | Szkolenie dla użytkowników (min. 4h) |  |
| 3. | Gwarancja 24 miesiące lub dłużej |  |

.................................. dnia ...........................

..…………………………

/Podpis Wykonawcy/

**Oferta stanowi „Część”, oferent składa ofertę na Części przedmiotu zamówienia**

FIZJOTERAPIA

**Część 3**

**Opis przedmiotu zamówienia - minimalne wytyczne funkcjonalne, jakościowe sprzętu**

**Zamawiający wymaga:**

* Potwierdzenia spełnienia wymaganych parametrów technicznych poprzez wpisanie słowa **TAK** w odpowiednim wierszu. Niespełnienie któregokolwiek z parametrów skutkuje odrzuceniem oferty.
* Zamawiający wymaga przeprowadzenia szkoleń w siedzibie Zamawiającego dla kadry dydaktycznej.

**Część nr 3** Platforma stabilometryczna/statyczno-dynamiczna – 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Platforma stabilometryczna/statyczno-dynamiczna (np. Huber 360) lub równoważny – 1 szt.** | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu……………………………………………..(uzupełnić)** | | |
| **Producent, rok produkcji……………………………………….……………………… (wypełnić)** | | |
| **L.p.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Platforma ruchoma z możliwością regulacji prędkości i amplitudy wychyleń |  |
| 2. | Możliwość zadawania ruchu platformy w wielu kierunkach |  |
| 3. | Zakres ruchu platformy co najmniej 10o w osi X i Y |  |
| 4. | Regulowany opór izometryczny dla kończyn górnych i dolnych |  |
| 5. | Uchwyty do ćwiczeń z oporem i izometrycznym dla kończyn górnych i dolnych |  |
| 6. | Wbudowany system pomiaru i monitorowania pracy w czasie rzeczywistym |  |
| 7. | Ergonomiczna konstrukcja zapewniająca bezpieczeństwo użytkownika |  |
| 8. | Ekran dotykowy do obsługi urządzenia i prowadzenia terapii |  |
| 9. | Oprogramowanie z gotowym programem terapeutycznym |  |
| 10. | Możliwość zapisu, analizy i raportowania wyników pacjenta |  |
| 11. | Wyrób medyczny z oznakowaniem CE, zgodny z MDR 2017/745 |  |
| 12. | System awaryjnego zatrzymania urządzenia |  |
| 13. | Udźwig platformy minimum 140 kg |  |
|  | **DODATKOWE WARUNKI** |  |
| 1. | Instalacja i konfiguracja systemu w miejscu wskazanym przez zamawiającego |  |
| 2. | Szkolenie dla użytkowników (min. 4h) |  |
| 3. | Gwarancja 24 miesiące lub dłużej |  |

.................................. dnia ...........................

..…………………………

/Podpis Wykonawcy/

**Oferta stanowi „Część”, oferent składa ofertę na Części przedmiotu zamówienia**

FIZJOTERAPIA

**Część 4**

**Opis przedmiotu zamówienia - minimalne wytyczne funkcjonalne, jakościowe sprzętu**

**Zamawiający wymaga:**

* Potwierdzenia spełnienia wymaganych parametrów technicznych poprzez wpisanie słowa **TAK** w odpowiednim wierszu. Niespełnienie któregokolwiek z parametrów skutkuje odrzuceniem oferty.
* Zamawiający wymaga przeprowadzenia szkoleń w siedzibie Zamawiającego dla kadry dydaktycznej.

**Część nr 4** EMG (elektromiografia mięśniowa) – 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EMG (elektromiografia mięśniowa) – 1 szt.** | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu……………………………………………..(uzupełnić)** | | |
| **Producent, rok produkcji……………………………………….……………………… (wypełnić)** | | |
| **L.p.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Liczba kanałów - 4 lub więcej |  |
| 2. | Pasmo częstotliwości sygnału EMG – od 5 Hz do minimum 10-20 kHz |  |
| 3. | Maksymalne natężenie 240 mA, z regulacją stopniową co 0,5 mA |  |
| 4. | Wysokiej klasy wzmacniacz o niskim poziomie szumów z filtrami górnoprzepustowymi i dolnoprzepustowymi, artefakt redukujący |  |
| 5. | Stymulator elektryczny z regulowaną mocą i czasem impulsu |  |
| 6. | Wewnętrzna ładowana bateria i zasilanie dedykowane |  |
| 7. | Interfejs łatwy w obsłudze z możliwością sortowania danych pacjenta, zapisu przebiegów, porównań i opcji archiwizacji |  |
| 8. | Elektrody w zestawie – minimum powierzchniowe |  |
| 9. | Wszelkie niezbędne okablowanie i akcesoria w zestawie |  |
| 10. | Ekran lub wyświetlacz do obserwacji przebiegu w czasie rzeczywistym |  |
| 11. | Wyrób medyczny z oznakowaniem CE, zgodny z MDR 2017/745 |  |
|  | **DODATKOWE WARUNKI** |  |
| 1. | Instrukcja obsługi w języku polskim |  |
| 3. | Gwarancja 24 miesiące lub dłużej |  |

.................................. dnia ...........................

..…………………………

/Podpis Wykonawcy/

**Oferta stanowi „Część”, oferent składa ofertę na Części przedmiotu zamówienia**

FIZJOTERAPIA

**Część 5**

**Opis przedmiotu zamówienia - minimalne wytyczne funkcjonalne, jakościowe sprzętu**

**Zamawiający wymaga:**

* Potwierdzenia spełnienia wymaganych parametrów technicznych poprzez wpisanie słowa **TAK** w odpowiednim wierszu. Niespełnienie któregokolwiek z parametrów skutkuje odrzuceniem oferty.
* Zamawiający wymaga przeprowadzenia szkoleń w siedzibie Zamawiającego dla kadry dydaktycznej.

**Część nr 5** Bieżnia rehabilitacyjna – 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bieżnia rehabilitacyjna Np. Enraf-Nonius EN-Motion Plus lub równoważny – 1 szt.** | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu……………………………………………..(uzupełnić)** | | |
| **Producent, rok produkcji……………………………………….……………………… (wypełnić)** | | |
| **L.p.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Zakres prędkości pasa: od 0 km/h do min. 18 km/h, regulacja co 0,1 km/h |  |
| 2. | Zakres nachylenia: od -3% (nachylenie w dół) do min. +20% (w górę) |  |
| 3. | Powierzchnia bieżni (pas ruchomy): nie mniejsza niż 150 cm długości i nie mniejszy niż 50 cm szerokości |  |
| 4. | Możliwość regulowania poręczy |  |
| 5. | Udźwig użytkownika min. 180 kg |  |
| 6. | Silnik min. 3,0 HP (ciągła praca) |  |
| 7. | Poręcze boczne i przednie: stabilne, umożliwiające bezpieczne korzystanie przez pacjentów z dysfunkcjami narządu ruchu |  |
| 8. | Panel sterowania:   * Czytelny wyświetlacz z prędkością, nachyleniem, czasem, dystansem i tętnem * Możliwość programowania treningów i protokołów rehabilitacyjnych * Sterowanie zarówno z pulpitu głównego, jak i z poręczy |  |
| 9. | Pomiar tętna za pomocą sensorów dotykowych w poręczach oraz możliwość podłączenia pasa telemetrycznego |  |
| 10. | Awaryjny wyłącznik bezpieczeństwa (klucz magnetyczny lub przycisk stop) |  |
| 11. | Niska wysokość bieżni – nie większa niż 20 cm od podłoża |  |
|  | **DODATKOWE WARUNKI** |  |
| 1. | Instalacja i konfiguracja systemu w miejscu wskazanym przez zamawiającego |  |
| 2. | Szkolenie dla użytkowników (min. 2h) |  |
| 3. | Gwarancja 24 miesiące lub dłużej |  |

.................................. dnia ...........................

..…………………………

/Podpis Wykonawcy/

**Oferta stanowi „Część”, oferent składa ofertę na Części przedmiotu zamówienia**

FIZJOTERAPIA

**Część 6**

**Opis przedmiotu zamówienia - minimalne wytyczne funkcjonalne, jakościowe sprzętu**

**Zamawiający wymaga:**

* Potwierdzenia spełnienia wymaganych parametrów technicznych poprzez wpisanie słowa **TAK** w odpowiednim wierszu. Niespełnienie któregokolwiek z parametrów skutkuje odrzuceniem oferty.
* Zamawiający wymaga przeprowadzenia szkoleń w siedzibie Zamawiającego dla kadry dydaktycznej.

**Część nr 6** Cyfrowe goniometry i elektroniczne dynamometry ręczne – 12 kpl.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cyfrowe goniometry i elektroniczne dynamometry ręczne – 12 kpl.** | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu……………………………………………..(uzupełnić)** | | |
| **Producent, rok produkcji……………………………………….……………………… (wypełnić)** | | |
| **L.p.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
|  | **Cyfrowe goniometry:** |  |
| 1. | Zakres pomiaru od 0o do 360o |  |
| 2. | Dokładność pomiaru nie niższa niż +/- 1o |  |
| 3. | Rozdzielczość odczytu min 0,1o |  |
| 4. | Wyświetlacz cyfrowy, czytelny, pokazujący aktualny kąt |  |
| 5. | Możliwość pomiaru aktywnego i pasywnego zakresu ruchu w stawach oraz pomiaru w różnych płaszczyznach |  |
| 6. | Funkcja zapisu wyników – możliwość przechowywania ostatnich pomiarów lub transmisja danych do komputera/aplikacji |  |
| 7. | Wyrób medyczny z oznakowaniem CE, zgodny z MDR 2017/745 |  |
| 8. | Zasilanie baterią wymienną lub akumulatorem z możliwością ładowania |  |
| 9. | Instrukcja obsługi w języku polskim |  |
|  | **Elektroniczne dynamometry ręczne:** |  |
| 1. | Wyrób medyczny z oznakowaniem CE, zgodny z MDR 2017/745 |  |
| 2. | Zakres pomiaru siły minimum 0-90 kg (z rozdzielczością co najmniej 0,1 kg) |  |
| 3. | Dokładność pomiaru nie niższa niż +/- 1% |  |
| 4. | Wyświetlacz cyfrowy z czytelnym odczytem wyniku w czasie rzeczywistym |  |
| 5. | Możliwość ustawienia rękojeści – regulacja uchwytu w co najmniej 3 pozycjach |  |
| 6. | Funkcje pomiarowe:   * Pomiar maksymalnej siły uścisku * Pomiar średniej wartości kilku prób * Funkcja porównawcza |  |
| 7. | Zasilanie baterią wymienną lub akumulatorem z możliwością ładowania |  |
|  | **DODATKOWE WARUNKI** |  |
| 1. | Gwarancja 24 miesiące lub dłużej |  |

.................................. dnia ...........................

..…………………………

/Podpis Wykonawcy/

**Oferta stanowi „Część”, oferent składa ofertę na Części przedmiotu zamówienia**

FIZJOTERAPIA

**Część 7**

**Opis przedmiotu zamówienia - minimalne wytyczne funkcjonalne, jakościowe sprzętu**

**Zamawiający wymaga:**

* Potwierdzenia spełnienia wymaganych parametrów technicznych poprzez wpisanie słowa **TAK** w odpowiednim wierszu. Niespełnienie któregokolwiek z parametrów skutkuje odrzuceniem oferty.
* Zamawiający wymaga przeprowadzenia szkoleń w siedzibie Zamawiającego dla kadry dydaktycznej.

**Część nr 7** Mata podobarometryczna/stabilometryczna – 1 szt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mata podobarometryczna/stabilometryczna – 1 szt.** | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu……………………………………………..(uzupełnić)** | | |
| **Producent, rok produkcji……………………………………….……………………… (wypełnić)** | | |
| **L.p.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Grubość maty ok. 4-5 mm na strefie pomiarowej |  |
| 2. | Powierzchnia pomiarowa maty minimum 40 x 40 cm (zalecane 50 x50 cm lub większe) |  |
| 3. | Rozdzielczość sensora minimum 2 sensory/cm2 |  |
| 4. | Częstotliwość próbkowania nie mniejsza niż 100 Hz |  |
| 5. | Zakres pomiaru nacisku minimum do 100 N/cm2 |  |
| 6. | Dokładność pomiaru siły nacisku nie gorsza niż +/- 5% |  |
| 7. | Możliwość badania statycznej postawy ciała oraz chodu |  |
| 8. | Oprogramowanie komputerowe umożliwiające analizę stabilometryczną, analizę rozkładu nacisku stóp, możliwość porównania wyników w czasie, generowanie raportów w formie PDF/druk |  |
| 9. | Wyrób medyczny z oznakowaniem CE, zgodny z MDR 2017/745 |  |
|  | **DODATKOWE WARUNKI** |  |
| 1. | Gwarancja 24 miesiące lub dłużej |  |
| 2. | Szkolenie dla użytkowników (min. 4 h) |  |
| 3. | Instalacja i konfiguracja systemu w miejscu wskazanym przez zamawiającego |  |

.................................. dnia ...........................

..…………………………

/Podpis Wykonawcy/

**Oferta stanowi „Część”, oferent składa ofertę na Części przedmiotu zamówienia**

FIZJOTERAPIA

**Część 8**

**Opis przedmiotu zamówienia - minimalne wytyczne funkcjonalne, jakościowe sprzętu**

**Zamawiający wymaga:**

* Potwierdzenia spełnienia wymaganych parametrów technicznych poprzez wpisanie słowa **TAK** w odpowiednim wierszu. Niespełnienie któregokolwiek z parametrów skutkuje odrzuceniem oferty.
* Zamawiający wymaga przeprowadzenia szkoleń w siedzibie Zamawiającego dla kadry dydaktycznej.

**Część nr 8** Wózek elektryczny z pionizatorem + transfery łóżko-wózek – 1 zestaw

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wózek elektryczny z pionizatorem + transfery łóżko-wózek – 1 zestaw** | | |
| **Nazwa, typ, model oferowanego produktu……………………………………………..(uzupełnić)** | | |
| **Producent, rok produkcji……………………………………….……………………… (wypełnić)** | | |
| **L.p.** | **Wymagane parametry** | **Parametr oferowany zaznaczyć TAK/NIE** |
| 1. | Wyrób medyczny z oznakowaniem CE, zgodny z MDR 2017/745 |  |
| 2. | Napęd elektryczny: dwa silniki, każdy minimum 250 W |  |
| 3. | Sterowanie: joystick z możliwością przełożenia na prawą/lewą stronę |  |
| 4. | Prędkość maksymalna minimum 6 km/h |  |
| 5. | Zasięg na pełnym ładowaniu minimum 20 km |  |
| 6. | Akumulatory żelowe lub litowo – jonowe, bezobsługowe |  |
| 7. | Ładowarka sieciowa w komplecie |  |
| 8. | Kółka przeciw wywrotne |  |
| 8. | Funkcje pionizacji:   * Możliwość pionizacji pacjenta z pozycji siedzącej do stojącej * Płynne sterowanie pionizacją z panelu lub joysticka * System zabezpieczający przed nagłym opadaniem przy zaniku zasilania * Pasy stabilizujące – biodrowy, kolanowe i piersiowy |  |
| 9. | Siedzisko z możliwością obrotu i regulacji wysokości (hydraulicznej lub elektrycznej) |  |
| 10. | Regulowana wysokość siedziska – zakres regulacji minimum 40-60 cm |  |
| 11. | Podłokietniki i podnóżki odchylane/odpinane |  |
| 12. | Konstrukcja umożliwiająca bezpośredni transfer z łóżka na wózek i odwrotnie, bez konieczności dodatkowych podnośników. |  |
| 13. | Maksymalny udźwig minimum 120 kg |  |
| 14. | Siedzisko i oparcie tapicerowane, łatwe w dezynfekcji |  |
| 15. | Szerokość całkowita nie większa niż 70 cm |  |
| 16. | Możliwość szybkiego odłączenia akumulatora w celu transportu |  |
|  | **DODATKOWE WARUNKI** |  |
| 1. | Gwarancja 24 miesiące lub dłużej |  |
| 2. | Instrukcja obsługi w języku polskim |  |

.................................. dnia ...........................

..…………………………

/Podpis Wykonawcy/