**Załącznik nr 3 do SWZ**

 **Załącznik nr 1 do umowy LI.262.15.2.2023**

**FORMULARZ CENOWO –TECHNICZNY - zadanie nr 2**

 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** | **Stacjonarny robot rehabilitacyjny kończyn górnych**  | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **Razem cena oferty** |  |

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

Oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z niżej wskazanymi parametrami:

|  |  |
| --- | --- |
| **Stacjonarny robot rehabilitacyjny kończyn górnych - 1 szt.** | Typ ………………………....Model …………………...….Producent…………………..Kraj pochodzenia ………….. |
|  | Rok produkcji | 2023 |
|  | Certyfikat CE |
|  | Robot rehabilitacyjny kończyn górnych  |
|  | Ćwiczenia:- czynne-oporowe, - czynne-wspomagane, - wspomagane-elektromiograficzne,- bierne |
|  | Ćwiczenia z oporem dynamicznym:- izokinetyczne, - izotoniczne, - izometryczne |
|  | Wbudowana funkcjonalność generowania zrobotyzowanego ruchu wspomaganego lub czynnego wyzwalanego poprzez aktywność elektryczną mięśni wykrywaną powierzchniowo - elektromiografię (reaktywna elektromiografia) |
|  | Wbudowana możliwość oceny: - siły mięśniowej,- zakresu ruchu biernego i czynnego,- aktywności mięśniowej przy pomocy elektromiografii powierzchniowej |
|  | Dostosowanie do pacjenta we wszystkich etapach rehabilitacji i w zależności od poziomu siły mięśniowej (Lovett 0-5) :Ruch czynny - oporowy (Lovett 3-5)Ruch czynny - wspomagany (Lovett 3)Ruch wspomagany - wyzwalany elektromiograficznie (Lovett 1-2)Ruch bierny (Lovett 0-1) |
|  | Czynna praca z pacjentami zarówno z niedowładem jak i spastycznością |
|  | Biofeedback – informacja zwrotna dla pacjenta i terapeuty |
|  | Generowanie raportów z oceny i ćwiczeń pacjenta |
|  | Możliwość tworzenia bazy danych pacjentów |
|  | Predefiniowane protokoły ćwiczeń |
|  | Wbudowany elektromiograf w minimalnych parametrach pomiarowych:Ilość kanałów elektromiograficznych co najmniej 4, próbkowane jednoczesneSzum linii podstawowej: <0,5 μV RMSSzum odniesienia na wejściu: 10 μVpp (10 sekund danych surowych)Częstotliwość próbkowania elektromiografii: 1 000 próbek na sekundę na kanałRozdzielczość wewnętrzna: 24 bityWspółczynnik CMRR elektromiografii: - 73dBImpedancja wejściowa elektromiografii: 10MΩCzułość elektromiografii: 1μV RMS |
|  | Dokładność pomiarowa czujników siły lub dynamometrów:Dokładność pomiaru momentu obrotowego ± 0,2 Nm |
|  | Maksymalna prędkość obrotowa: co najmniej 50 °/s |
|  | Monitor dotykowy |
|  | Końcówki wymienne min. 5  |
|  | Szybka wymiana i automatyczna identyfikacja końcówek |
|  | Elektrod do EMG min. 50 szt. |
|  | **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.

|  |  |
| --- | --- |
| …….............…………….., dnia ...............r | ……………………………………………… *Imię i nazwisko osoby uprawionej do reprezentowania**Wykonawcy*  |