**Załącznik Nr 1a**

**Do Zamawiającego :**

### Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

**Szpital Specjalistyczny MSWiA w Złocieńcu**

reprezentowany przez p. Ewę Giza – Dyrektora Szpitala

ul. Kańsko 1

78-520 Złocieniec

**Przedmiot zamówienia :**

**Dostawa sprzętu medycznego**

**Wykonawca (jeżeli oferta składania wspólnie – wpisać dane pełnomocnika):**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres :

Miejscowość : …………. - ……………….. …………………………………………………………….

Ulica : …………………………………………………………………………………………………………..

NIP : …………………………………………………………………………………………………………….

REGON : ……………………………………..……………………………………………………………….

**KARTY TECHNICZNE**

**OFEROWANEGO SPRZĘTU I WYPOSAŻENIA**

1. **Zintegrowany portal wirtualnej rzeczywistości do leczenia depresji i stanów lękowych – 1 zestaw**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia** | **Parametry oferowanego urządzenia, spełnia:** |
|  | Nazwa :………………………………………………………………….  Typ, model : ………………………………………………………….  Producent : ………………………………………………………………  Rok produkcji : ………………………………………………………… | TAK/NIE |
|  | Urządzenie składa się z: |  |
| Mobilny stojak - zasięg ramienia min. 1m; długość kabla zasilającego min. 5m |  |
| Monitor dotykowy min. 24” o rozdzielczości FullHD |  |
| Jednostka obliczeniowa: |  |
| * procesor: min. Intel Core i7 8700 (6 rdzeni, 12 wątków, taktowanie: co najmniej 3,2 GHz). |  |
| * Karty graficznej: GeForce RTX 2080TI (11 GB, |  |
| * GDDR6), |  |
| * Ram: min. 16GB (DDR4) |  |
| * Dysk: NVM’e Samsun EVO, 500 GB, |  |
| * Sytemu operacyjnego: Windows 10 |  |
| * Głośność poniżej 40db |  |
| * Porty USB 3.0 i DisplayPort 1.2 |  |
| Gogle VR: |  |
| * typ: HTC VIVE PRO (do profesjonalnego użycia) |  |
| * Kontrolery: 2 szt. (HTC VIVE PRO CONTROLLERS): |  |
| * Rozdzielczość: 2880x1600 (1440x1600 pix na każde oko) |  |
| * Przekątna ekranów: 2x3,5” |  |
| * Częstotliwość odświeżania: 90Hz |  |
| * Pole widzenia: 110o |  |
| * Czujniki: akcelerometr, żyroskop, śledzenie laserowe. |  |
| * Wyświetlacz klasy AMOLED |  |
| * Zintegrowane słuchawki stereofoniczne |  |
| Min. 2 kpl. kontrolerów ruchu |  |
| Zestaw musi posiadać uruchamianie sprzężone – z jednego przycisku |  |
| Zestaw musi posiadać nakładkę systemową, pozwalającą na łatwe uruchamianie wybranej sesji terapeutycznej, obsługiwaną dotykiem (bez konieczności użycia myszki i klawiatury). |  |
| Zestaw nie wymaga kalibracji (nawet po przemieszczeniu urządzenia). |  |
| Zestaw musi posiadać zintegrowaną stację bazową – śledzącą ruch (nie wymaga rozmieszczania dodatkowych stacji bazowych) |  |
| Zestaw umożliwia łatwe ładowanie kontrolera |  |
| Zestaw umożliwia łatwe przemieszczanie i transport (kółka transportowe z blokadą). |  |
| Wymagany jest tylko jeden kabel zasilający (dystrybucja zasilania jest zintegrowana w urządzeniu). |  |
| System musi posiadać zabezpieczone porty, chroniące przed nieautoryzowanym dostępem |  |
|  | Gogle VR mobilne - 3 szt.: |  |
| * niezależne od jednostki głównej |  |
| * sterowane bez użycia rąk i kontrolerów |  |
| * możliwości sterowania wieloma parami gogli za pomocą tabletu |  |
| * zawierają min. 11 filmów relaksacyjnych z dźwiękiem lektora, muzyką terapeutyczną, dźwiękami natury, każdy film trwa ~10 minut |  |
| * Filmy sferyczne 360°, w jakości 4K |  |
| * Wyświetlacz: LCD o przekątnej min. 5,5ʺ |  |
| * Rozdzielczość: 3840 x 2160 standard 4K |  |
| * Częstotliwość odświeżania: 75 Hz |  |
| * Pole widzenia: min. 101° |  |
| * Czas pracy na baterii: ~3 h |  |
| * Port: USB-C |  |
|  | Minimum 24 - miesięczna gwarancja (jedno z kryteriów oceny) |  |
|  | Certyfikat CE oraz certyfikat medyczny |  |
|  | Dostępne 3 języki: polski, niemiecki i angielski (zarówno dla interfejs dotykowy oraz sesji terapeutycznych), dla Gogli mobilnych VR min. język polski. |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim |  |
|  | Skuteczność działania została potwierdzona wynikami badań naukowych przeprowadzonych na pacjentach neurologicznych, kardiologicznych oraz geriatrycznych. |  |
|  | Udokumentowane działanie u pacjentów z obniżeniem nastroju oraz symptomami depresji. Potwierdzona skuteczność w obniżaniu poziomu lęku i depresji. |  |
|  | Zaświadczenie o wpisie do rejestru Wyrobów Medycznych lub zgłoszenie. |  |
|  | Paszport techniczny aparatu/urządzenia. |  |

1. **Super Indukcja Stymulacyjna (SIS) – 1 zestaw**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i opis parametru lub funkcji urządzenia |  |
|  | Nazwa :………………………………………………………………………….  Typ, model : ………………………………………………………………….  Producent : ………………………………………………………………………………………………  Rok produkcji : ……………………………………………………………… | Parametry oferowanego urządzenia, spełnia : TAK/NIE |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe z 2022r. |  |
|  | Indukcja magnetyczna 2,5 tesli |  |
|  | Częstotliwość magnetyczna 1-150 Hz |  |
|  | Maksymalna intensywność stymulacji 28 kT/s |  |
|  | Czas trwania impulsu 0,01-60 [s] |  |
|  | Czas zabiegu 1-60 min |  |
|  | Wybór kształtu impulsu |  |
|  | Możliwość precyzyjnego ustalania kształtu impulsu, minimum ustalanie: długości narastania trapezu, długości sinusoidy, przerwy między półsinusoidami |  |
|  | Gotowe programy terapeutyczne |  |
|  | Możliwość swobodnej modyfikacji gotowych protokołów zabiegowych i ich zapisywania |  |
|  | Programy użytkownika |  |
|  | Tryb automatyczny i ręczny |  |
|  | Wyposażenie: jednostka główna, ramię z trzema hamulcami i dwoma zawiasami obrotowymi zamocowane bezpośrednio do urządzenia, aplikator koncentrujący. |  |
|  | Wszystkie elementy obudowy są trwałymi odlewami, żadne elementy nie mogą być drukowane na drukarce 3D |  |
|  | kolorowy ekran dotykowy o przekątnej minimum 8,4” |  |
|  | Nawigacyjny atlas anatomiczny |  |
|  | Baza danych pacjentów |  |
|  | Program POPRAWA ODDYCHANIA wpisany na trwało w liście jednostek chorobowych urządzenia |  |
|  | Program POPRAWA KRĄŻENIA KRWI I TROFIKI wpisany na trwało w liście jednostek chorobowych urządzenia |  |
|  | Wskaźnik intensywności pola magnetycznego |  |
|  | Wskaźnik czasu trwania zabiegu |  |
|  | Wskaźnik przegrzania przetwornika |  |
|  | Przycisk bezpieczeństwa |  |
|  | Długość ramienia 103 cm (z aplikatorem) +/- 5 cm |  |
|  | Wymiary 500 x 970 x 580 mm +/-40mm |  |
|  | Waga 33 kg |  |
|  | Zasilanie 100 V - 240 V , 50-60 Hz |  |
|  | Temperatura pracy -10oC do +55 °C |  |
|  | Wilgotność dopuszczalna <85 % |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim |  |
|  | Minimum 24 - miesięczna gwarancja (jedno z kryteriów oceny) |  |
|  | Certyfikat CE oraz certyfikat medyczny |  |
| 20. | Zaświadczenie o wpisie do rejestru Wyrobów Medycznych lub zgłoszenie. |  |
| 21. | Paszport techniczny aparatu/urządzenia. |  |