**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (PAKIET NR 1) ZAŁĄCZNIK NR 2 DO SIWZ**

**Aparat ortopedyczny CPM / PNF**

**(1 sztuka dla Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu dla Dzieci)**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ/Model Urządzenia …………………………

Kraj pochodzenia …………………………

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/****Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Zmotoryzowana szyna ruchowa CPM przeznaczona do ciągłej, biernej mobilizacji stawu łokciowego. Aparat umożliwiający wykonywanie ćwiczeń zgodnych z koncepcją PNF (ruchu fizjologicznego).****Ilość: 1 sztuka.**Wyposażenie fabrycznie nowe, nie powystawowe, rok produkcji nie wcześniejszy niż 2018 r., gotowe do użytkowania bez dodatkowych zakupów i inwestycji. | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Szyna zintegrowana z fotelem o miękkim obiciu w pełni dezynfekowanym z regulowaną pozycją oparcia pleców i zdrowego ramienia. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Fotel wyposażony w kółka transportowe. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Oskalowane elementy regulacyjne szyny z wymiarami wysokości osi stawu, długości ramienia, przedramienia, oddalenia i kąta odchylenia. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Zakres ruchu w stawie łokciowym prostowanie/zginanie od **min**. -5o (przeprost) do **min**. 140o. | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Zakres ruchu w stawie łokciowym pronacja/supinacja od **min**. -90o do **min**. 90o. | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Zakres ustawień w stawie barkowym przywodzenie poziome/odwodzenie poziome od **min**. 0o do **min**. 120o. | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Ruchy wielopłaszczyznowe, zsynchronizowane i realizacja ćwiczeń zgodnych z koncepcją PNF (ruchu fizjologicznego). | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Sekwencyjne programy terapii realizujące naprzemienne ruchy izolowane, powtarzane oscylacyjne krańcowe zakresy ruchów oraz program rozgrzewki (rozluźnienie spastyczności). | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Automatyczne poszerzenie ruchu w wybranym kierunku odwodzenia/podnoszenia, rotacji wewnętrznej i zewnętrznej, kontrolowane zmianą prędkości i regulacją siły oddziaływania. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość kontrolowanego oporowania ruchu szyny przez pacjenta ze zmianą kierunku w dowolnym punkcie ustawionego zakresu w **co najmniej** 25 poziomach siły oddziaływania. | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Wybór synchronizacji lub braku synchronizacji pracy poszczególnych silników. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Kontrola wszystkich parametrów za pomocą pilota sterującego z blokadą przed przypadkową zmianą parametrów z obsługa intuicyjną z zastosowaniem ikon funkcyjnych oraz monitorowanie przebiegu ruchu, funkcji i programów terapii na niedotykowym podświetlanym wyświetlaczu LCD-TFT **min**. 320x240 pikseli z regulacją kontrastu. | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Dokumentacja przebiegu terapii – rejestr wyników ćwiczeń w formie graficznej oddzielnie dla poszczególnych ruchów. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Zasilanie elektryczne 220-240 V 50/60 Hz, bezpieczne napięcie silników 24V, własny, wbudowany transformator. | TAK | TAK/NIE\* |
| **Pozostałe wymagania** |
|  | **DOKUMENTACJA PRODUKTU:*** Certyfikat CE / Deklaracja zgodności CE, Zgłoszenie / Przeniesienie / Wpis do rejestru wyrobów medycznych,
* Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie
* Informacja o sposobie dezynfekcji i środkach, jakie należy stosować do mycia wyposażenia – przy dostawie
 | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Aparat zgodny z normą IEC 60601-1-2:2014 oraz normą IEC 60601 1-11:2010 kompatybilności elektromagnetycznej. | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
|  | **GWARANCJA, SZKOLENIE I SERWIS:**1. Szkolenie z obsługi urządzenia i serwis gwarancyjny realizowany przez autoryzowany serwis producenta lub przez pracownika posiadającego uprawnienia nadane przez producenta do wykonywania napraw i przeglądów serwisowych.
 | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
| 1. Serwis pogwarancyjny, odpłatny przez okres min. 10 lat
 | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
| 1. Gwarancja zapewnienia zakupu części zamiennych przez okres 10 lat
 | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
| 1. Autoryzowane punkty serwisowe (podać adres i telefon, co najmniej jednego punktu).
 | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
| 1. Maksymalna ilość napraw gwarancyjnych tego samego elementu, po których dany element zostanie wymieniony na nowy, wolny od wad: 3 naprawy gwarancyjne
 | TAK | TAK/NIE\*podać………….. |
| 1. Wykonawca zobowiązuje się do przeprowadzenia przeglądów serwisowych oferowanego wyposażenia w okresie trwania gwarancji, które zostały wliczone w cenę oferty (obejmujących dojazd i robociznę), które zapewnią prawidłowe funkcjonowanie wyposażenia zgodnie z zaleceniami producenta, przy czym Zamawiający wymaga, by pierwszy przegląd został dokonany maksymalnie po upływie roku od momentu zakupu. Następny przegląd – zgodnie z zaleceniami producenta. Zamawiający wymaga, w przypadku gdy kolejny przegląd zgodnie z zaleceniami producenta wypada już poza okresem gwarancji, by Wykonawca przeprowadził taki przegląd przed upływem terminu gwarancji (np. przed upływem kolejnego, drugiego roku gwarancji, jeżeli gwarancja wynosi 2 lata).
 | TAK | TAK/NIE\*,podać………….. |
| 1. Paszport techniczny (karta techniczna) będzie dostarczona wraz z urządzeniami, przy czym zawierać będzie (minimum) poniższe dane:
* nazwa urządzenia pozwalająca zidentyfikować przeznaczenie urządzenia,
* nazwa producenta,
* typ urządzenia i numer seryjny,
* data rozpoczęcia eksploatacji.

W części ww. dokumentu dotyczącej remontów, napraw i badań stanu technicznego powinny znaleźć się zapisy dokumentujące:* uruchomienie urządzenia, przeprowadzenie testu,
* poświadczenie, że urządzenie jest sprawne i bezpieczne w użytkowaniu,
* datę wykonania powyższych czynności,
* datę, do której powinien zostać wykonany następny okresowy przegląd techniczny urządzenia.
 | TAK | TAK/NIE\*,podać………….. |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:** W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.

* Oświadczamy, iż zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia warunki opisane w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ) oraz posiada parametry opisane w Opisie Przedmiotu Zamówienia
* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzebne do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

 ................................................................................................

 Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy