**Zał. nr 2 do zapytania ofertowego nr EZ/214/99/2015**

**Pakiet nr 1 – zakup wraz z dostawą oprogramowania do interaktywnej terapii ruchowej chorych z dysfunkcją kończyny dolnej i/lub górnej za pomocą wizyjnej rzeczywistości wirtualnej i czujników ruchu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Pozycja asortymentowa oraz parametry (funkcje) wymagane (minimalne) | PARAMETR WYMAGANY  | PARAMETR OFEROWANY |
|  I | **Oprogramowanie do interaktywnej terapii ruchowej chorych z dysfunkcją kończyny dolnej i/lub górnej za pomocą wizyjnej rzeczywistości wirtualnej i czujników ruchu** |  Tak – podać nazwę handlową, model, producenta i kraj produkcji |  |
| 1 | Oprogramowanie (ćwiczenia) wykorzystujące koncepcję Biofeedbacku. | TAK |  |
| 2 | Pomiar 5 rodzajów chwytów ręki w skali 1 – 1000N (chwyt cylindryczny pomiar min. do 1000N/100kg, chwyty szczypcowe pomiar min. do 200N /20 kg) | TAK |  |
| 3 | Pomiar zakresów ruchu w stawie barkowym, łokciowym i nadgarstkowym.Minimalne zakresy ruchu:staw barkowy - zginanie, prostowanie, odwodzenie, przywodzenie 0° -180°staw łokciowy - zginanie, prostowanie 0°-180°; pronacja, suplinacja -90°-0-90°nadgarstek - zginanie- prostowanie -90°-0-90°, odwiedzenie dopromieniowe- dołkociowe 40°-20° | TAK |  |
| 4 | Minimum 5 ćwiczeń jednowymiarowych | TAK |  |
| 5 | Minimum 6 ćwiczeń dwuwymiarowych  |  |  |
| 6 | Możliwość porównania kończyny prawej i lewej w czasie rzeczywistym | TAK |  |
| 7 | Możliwość archiwizacji testów, porównywania testów | TAK |  |
| 8 | Na wyposażeniu czujnik ruchu (mocowany przy użyciu podkładek, pasów) umożliwiający ocenę i ćwiczenia trójpłaszczyznowego ruchu kończyny górnej wraz ze szczególnym uwzględnieniem:- nadgarstka- łączonej terapii wszystkich części kończyny górnej | TAK |  |
| 9 | W zestawie komputer typu notebook o następujących parametrach minimalnych:Matryca min. 15" Procesor/Technologia Celeron® M min (2.00 GHz) częstotliwość szyny FSB 533 MHz; pojemność pamięci podręcznej: min 1MBPamięć RAM min 2 GBDysk twardy HDD min. 160 GB Karta graficzna zintegrowanaNapęd optyczny wewnętrzny DVD-RECSieć/Komunikacja- zintegrowana karta sieciowa Ethernet LAN 10/100- bezprzewodowa karta sieciowa Wi-Fi (Wireless LAN 802.11b/g)Urządzenie wskazujące Touch PadAudio: wbudowane głośniki stereofoniczneAkumulator Li-IonWaga max. 3,5kgPorty/gniazda - 3 x USB 2.0System operacyjny/ oprogramowanie- Windows® XP Professional lub Windows 7Oprogramowanie kompatybilne ze komputerem posiadającym zainstalowany system operacyjny Windows® XP Professional lub 7 oprogramowanie do zapisywania danych na krążkach CD/DVD | TAK |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis produktu | Ilość | Cena jednostkowa netto | Stawka VAT | Cena jednostkowa brutto | Wartość netto | Wartość brutto | Producent, nr katalogowy oraz nazwa handlowa oferowanego towaru, która będzie używana do fakturowania. |
| 1 | Oprogramowanie (ćwiczenia) wykorzystujące koncepcję Biofeedbacku (poz. 1) | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Czujnik ruchu (mocowany przy użyciu podkładek, pasów) – (poz. 8) | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Komputer typu notebook – (poz. 9) | 1 |  |  |  |  |  |  |
| SUMA |  |  |  |

Do oferty należy dołączyć firmowe materiały i informacje związane z wyżej wymienionym asortymentem.

Data ................................. Podpis i pieczęć Wykonawcy

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

**Pakiet nr 2 – zakup wraz z dostawą zestawu dynamicznych ortez wspomagających ruch dłoni niedowładnej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Pozycja asortymentowa oraz parametry (funkcje) wymagane (minimalne) | PARAMETR WYMAGANY  | PARAMETR OFEROWANY |
|  I | **Zestaw dynamicznych ortez wspomagających ruch dłoni niedowładnej** |  Tak – podać nazwę handlową, model, producenta i kraj produkcji |  |
| 1 | **Zestaw umożliwiający ćwiczenia pacjentów ze spastyczności ręki z funkcją chwytania i puszczania przedmiotów w opcji samodzielnej jak i z fizjoterapeutą** | TAK |  |
| 2 | Zestaw pozwalający na rehabilitację kilku pacjentów w tym samym czasie – min. 3 pacjentów | TAK |  |
| 3 | Możliwość indywidualnego dopasowania ortez do wielkości dłoni i palców pacjenta | TAK |  |
| 4 | Możliwość dopasowywania siły wspierającej ruchy palców | TAK |  |
| 5 | Możliwość dopasowania kąta, ustawienia stawu nadgarstkowo-promieniowego |  |  |
| 6 | Możliwość korygowania ustawienia stawu łokciowego i przedramienia | TAK |  |
| Osprzęt dodatkowy |
| 7 | Możliwość ustawień co najmniej 4 wartości dynamicznych | TAK |  |
| 8 | Klucze i zestawy narzędzi do montażu wybranej opcji | TAK |  |
| 9 | Całość umieszczona w jednym mobilnym organizerze | TAK |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis produktu | Ilość | Cena jednostkowa netto | Stawka VAT | Cena jednostkowa brutto | Wartość netto | Wartość brutto | Producent, nr katalogowy oraz nazwa handlowa oferowanego towaru, która będzie używana do fakturowania. |
| 1 | Zestaw umożliwiający ćwiczenia pacjentów ze spastyczności ręki z funkcją chwytania i puszczania przedmiotów w opcji samodzielnej jak i z fizjoterapeutą (poz. 1) |  1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Mobilny organizer (poz. 9) | 1 |  |  |  |  |  |  |
| SUMA |  |  |  |

Do oferty należy dołączyć firmowe materiały i informacje związane z wyżej wymienionym asortymentem.

Data ................................. Podpis i pieczęć Wykonawcy

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