**Załącznik nr 2**

**FORMULARZ WYMAGANYCH WARUNKÓW TECHNICZNYCH**

*– wniosek 2024/EL/204*

Składając ofertę w zaproszeniu do składania ofert cenowych, znak sprawy AAM/EL/204/WLS21/2024 oferujemy dostawę system oceny funkcji motorycznych pacjenta spełniającego poniższe wymagania

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Opis parametrów | **Wymagane minimalne parametry techniczne** | Parametry techniczne oferowane |
| **1** | 2 | **3** | 4 |
| System oceny funkcji motorycznych pacjenta, liczba: 1 szt. | | | |
| **Producent (marka) …………………………………………………………..………………………… *(Należy podać)***  **Model ………………………………………………………………………………………..………...… *(Należy podać)***  **Fabrycznie nowe urządzenie, nieużywane, nieeksponowane. Rok produkcji nie wcześniej niż 2023 r.** | | | |
|  | Funkcjonalność podstawowa | - analiza ruchów i wykonywanych ćwiczeń terapeutycznych różnych części ciała  pacjenta podczas sesji rehabilitacyjnych,  - czujnik bezprzewodowy mocowany na ciele pacjenta,  - pomiar i ocena ryzyka upadku, jakości chodu i stabilności oraz skoku, | *.............................*  *Tak/Nie* |
|  | Funkcjonalność szczegółowa | - monitoring zdolności motorycznych pacjenta,  - pomiar wydajności, siły i mocy różnych działań motorycznych, | *.............................*  *Tak/Nie* |
|  | Oprogramowanie | - komunikacja pomiędzy komputerem i czujnikiem za pomocą technologii bezprzewodowej,  - zapis i podgląd danych w czasie rzeczywistym,  - zapis rejestrowanych informacji z czujnika w pamięci urządzenia, bezprzewodowy transfer danych do komputera,  - interpretacja wyników motorycznych z oceną zakresu ruchomości min. kończyny górnej i dolnej pacjenta,  - ocenę balansu jednonóż i obunóż, statycznie i dynamicznie - wyliczenie wskaźnika stabilności, równowagi, pomiar ryzyka upadku. | *.............................*  *Tak/Nie* |

*.......................................* …………………………………………………………….…

(miejscowość, data) (podpis i pieczątka osoby/ osób uprawnionych do wystąpienia w imieniu wykonawcy)