**Załącznik nr 1 do oferty**

**Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Część 1 - KOZETKA Z ELEKTRYCZNĄ REGULACJĄ WYSOKOŚCI – 2 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2023r.: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | Wartość oferowana |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |
|  | Kozetka z elektryczną regulacją wysokości | TAK, opisać |  |
|  | Podgłówek regulowany w zakresie góra 45° w dół 90°  | TAK, opisać |  |
|  | Tapicerka skóropodobna, zmywalna – możliwość wyboru koloru  | TAK, opisać |  |
|  | Stelaż stalowy  | TAK, opisać |  |
|  | Długość min. 200 cm ( +/- 5cm)  | TAK, opisać |  |
|  | Szerokość min. 690 mm (+/- 20 mm) | TAK, opisać |  |
|  | Wysokość : 450-950 mm ( +/- 40 mm) | TAK, opisać |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie min. 150 kg  | TAK, opisać |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, opisać |  |
|  | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia | Min. 10 lat |  |
|  | Dostępność do autoryzowanego serwisu | Tak, podać gdzie |  |
|  | Czas reakcji od zgłoszenia | Max. 48h |  |
|  | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju | Max. 3 dni robocze |  |
|  | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy | Max. 5 dni roboczych |  |
|  | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji | Tak |  |
|  | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| Wartość netto: |  |
| Vat % |  |
| Wartość brutto: |  |

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

 /podpisano elektronicznie/\*\*

***\*\* UWAGA: należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby uprawnionej do zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy.***

**Załącznik nr 1 do oferty**

**Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Część 2 - TYMPANOMETR DIAGNOSTYCZNY – 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2023r.: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | Wartość oferowana |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |
|  | Tympanometr diagnostyczny | TAK, opisać |  |
|  | Klasy bezpieczeństwa:* IEC 60601-1 Klasa I, części pacjenta Typ B (lub równoważna),
* IEC 60645-5 (2004)/ANSI S3.39 (2012), Typ 1 (lub równoważna),
* EMC: IEC 60601-1-2 (lub równoważna).

Audiometria tonalna: * IEC 60645 -1 (2017), ANSI S3.6 (2018), typ 4 (lub równoważna).
 | TAK, opisać |  |
|  | Urządzenie nie ma wprowadzonych przez producenta systemowo ani formalnie ograniczeń okresu użytkowania | TAK, opisać |  |
| **PARAMETRY TECHNICZNE- UŻYTKOWE** |
|  | Praca urządzenia w trybie sterowania manualnego z przesłaniem wyniku do komputera za pomocą przycisku. Komunikacja z komputerem przez USB. Oprogramowanie w polskiej wersji językowej. | TAK, opisać |  |
|  | Funkcje stanowiącego wyposażenie oprogramowania na PC:* konfiguracja protokołów badań i raportów,
* użycie skrótów klawiaturowych,
* wprowadzanie komentarza do badania,
* automatyczny wydruk danych operatora,
* import dowolnego logo placówki,
* konfigurowalny panel użytkownika,
* definiowanie schematów symboli,
* ocena ubytku,
* export wyniku do pdf.
 | TAK, opisać |  |
|  | Wbudowany wyświetlacz graficzny LCD min. 10 cali, wysokiej rozdzielczości min. 1024x600, uchylny, składany do płaszczyzny pulpitu. | TAK, opisać |  |
|  | Możliwość regulacji jasności diod przycisków aparatu. | TAK, opisać |  |
|  | Możliwość korzystania z zewnętrznej drukarki termicznej lub laserowej podłączonej za pomocą portu USB do aparatu | TAK, opisać |  |
|  | Możliwość podłączenia do komputera, celem archiwizacji danych i wydruku badania | TAK, opisać |  |
|  | Możliwość regulacji kąta nachylenia wyświetlacza oraz jasności wyświetlania. | TAK, opisać |  |
|  | Pamięć wewnętrzna na min. 50 000 wyników badań dla min. 500 pacjentów. | TAK, opisać |  |
|  | Fizyczne przyciski, w tym kodowane fabrycznie różnymi kolorami dla strony lewej, prawej oznaczone świecącymi diodami LED z regulacją jasności. Niewielka ilość ergonomicznie rozmieszczonych i czytelnie opisanych, uniwersalnych, wielofunkcyjnych klawiszy. Pokrętło regulacyjne natężenia bodźca. | TAK, opisać |  |
|  | Wbudowane porty: złącze sondy, L i R na słuchawki powietrzne, trigger in/out do implantów ślimakowych, 2xUSB (A do komunikacji z PC, B do zewnętrznej drukarki, do zewnętrznej klawiatury, na pendrive), HDMI, przycisk odpowiedzi pacjenta. | TAK, opisać |  |
|  | W obudowie uchwyt na sondę diagnostyczna oraz gniazda kontroli kalibracji 0,2; 0,5; 2 i 5 ml | TAK, opisać |  |
|  | Waga aparatu max. 2,5 kg | TAK, opisać |  |
|  | Wymiary ( dł. X szer. X wys.) 29x38x7,5 cm (±10 mm) | TAK, opisać |  |
| **TYMPANOMETRIA** |
|  | Podatność: zakres 0.1 do 8.0 ml | TAK, opisać |  |
|  | Częstotliwość sondy 226Hz | TAK, opisać |  |
|  | Tympanometria w zakresie ciśnienia od + 400 daPa do – 600 daPa | TAK, opisać |  |
|  | Sonda wyposażona w diodę sygnalizującą kolorami wybraną stronę, szczelność i prawidłowe dopasowanie, umożliwiająca zainicjowanie badania przyciskiem. | TAK, opisać |  |
|  | Funkcja „Dziecko” – skupiająca uwagę animacja ułatwiająca przeprowadzanie badań u dzieci | TAK, opisać |  |
|  | Możliwość programowania ciśnienia początkowego i końcowego badania | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość regulacji prędkości pompowania powietrza | Tak, opisać |  |
|  | Testy trąbki słuchowej – Williamsa dla błony bębenkowej nieperforowanej i Toynbee - perforowanej | Tak, opisać |  |
| **ODRUCHY STRZEMIĄCZKOWE** |
|  | Badanie Ipsi, dla częstotliwości: 500, 1000, 2000, 3000 i 4000 Hz. WB, HP, LPKontrlateralne dla częstotliwości: 250, 500, 1000, 2000, 3000, 4000, 6000 i 8000 Hz, WB, HP, LP | TAK, opisać |  |
|  | Możliwość ustawienia poziomu start i poziomu stop dla natężenia bodźca w badaniu odruchu | TAK, opisać |  |
|  | Maksymalna wartość sygnałuDla badania ipsilateralnego do 120 dBDla badania kontralateralnego do 120 dB | TAK, opisać |  |
|  | Czas trwania bodźca 750 ms | TAK, opisać |  |
|  | Test zanikania odruchów- Decay |  |  |
|  | Wyniki testu Decay w formie graficznej i procentowo |  |  |
| **WYPOSAŻENIE TYMPANOMETRU** |
|  | Słuchawka kontralateralna – 1 szt. | TAK, opisać |  |
|  | Sonda tympanometryczna diagnostyczna typu „paluch” – 1 szt. | TAK, opisać |  |
|  | Zestaw końcówek dousznych jednorazowych – 1 kpl. | TAK, opisać |  |
|  | Zapasowa końcówka sondy 1 szt. | TAK, opisać |  |
|  | Zestaw do czyszczenia końcówek sondy 1 kpl. | TAK, opisać |  |
|  | Przewód USB 1 szt | Tak, opisać |  |
|  | Oprogramowanie umożliwiające dwukierunkową transmisję danych – do obsługi audiometru za pomocą komputera oraz komunikacji z komputerem i integracji z bazami danych (w j. polskim), XML, pozwalające na definiowanie własnych szablonów wydruku 1 szt. | Tak, opisać |  |
|  | Przewód zasilający z zasilaczem 1 szt. | Tak, opisać |  |
|  | Oprogramowanie zapewniające zapis wyników badań oraz wydruk raportu (w j. polskim). | Tak, opisać |  |
| **FUNKCJA AUDIOMETRII POWIETRZNEJ - PRZESIEWOWEJ** |
|  | Częstotliwość sygnału: 125, 250, 500, 750, 1000, 1500, 2000, 3000, 4000, 6000 i 8000 Hz. | Tak, opisać |  |
|  | Maksymalne natężenie bodźca 100 dB | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość prezentacji lewego i prawego audiogramu na jednym wykresie | Tak, opisać |  |
|  | Badanie automatyczne zmodyfikowaną metodą Hugson-Westlake | Tak, opisać |  |
|  | Na wyświetlaczu wskaźnik prezentacji dźwięku i odpowiedzi pacjenta. | Tak, opisać |  |
|  | Podawanie bodźca za pomocą bezgłośnego sensora bez elementów mechanicznych, możliwość pracy w jednorazowych rękawiczkach diagnostycznych. | Tak, opisać |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak, opisać |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, opisać |  |
|  | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
|  | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
|  | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
|  | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
|  | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych |  |
|  | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
|  | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| Wartość netto: |  |
| Vat % |  |
| Wartość brutto: |  |

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

 /podpisano elektronicznie/\*\*

***\*\* UWAGA: należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby uprawnionej do zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy.***

**Załącznik nr 1 do oferty**

**Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Część 3- AUDIOMETR DIAGNOSTYCZNY – 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2023r.: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | Wartość oferowana |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |
|  | Audiometr diagnostyczny klasy II | TAK, opisać |  |
|  | Klasy bezpieczeństwa:* IEC 60601-1 2005/EN 60601-1 2006 i A1 2012, ANSI/AAMI ES60601-1:2005/(R)2012, CAN/CSA-C22.2 nr 60601-1:14 (lub równoważne);
 | TAK, opisać |  |
|  | Urządzenie nie posiada wprowadzonych przez producenta systemowo ani formalnie ograniczeń okresu użytkowania | TAK, opisać |  |
| **PARAMETRY TECHNICZNE- UŻYTKOWE** |
|  | Ilość kanałów: min. 1,5 | TAK, opisać |  |
|  | Praca audiometru:* w trybie sterowania manualnego (przesyłaniem wyniku do komputera za pomocą przycisku),
* w trybie hybrydowym (sterowania audiometrem za pomocą komputera).

Komunikacja z komputerem przez USB | TAK, opisać |  |
|  | Oprogramowanie w języku polskim | TAK, opisać |  |
|  | Możliwy wydruk na opcjonalnej zewnętrznej drukarce w standardzie PCL dołączonej bezpośrednio do audiometru przez port USB | TAK, opisać |  |
|  | Funkcje oprogramowania na PC:* konfiguracja protokołów badań i raportów,
* użycie skrótów klawiaturowych,
* wprowadzanie komentarza do badania,
* automatyczny wydruk danych operatora,
* import dowolnego logo placówki,
* konfigurowalny panel użytkownika,
* definiowanie schematów symboli,
* przykłady fonemów i dźwięków,
* ocena stopnia ubytku,
* eksport wyniku do pdf,
* porównywanie audiogramów,
 | TAK, opisać |  |
|  | Oprogramowanie kompatybilne z oprogramowaniem bazodanowym, zapewniającym integrację z innymi urządzeniami diagnostycznymi: audiometr, tympanometr, VNG, ABR, videootoskop, otoemisja | TAK, opisać |  |
|  | Wyświetlacz graficzny, kolorowy min.5,7 cala, rozdzielczość min. 640 x 480 pikseli, uchylny, składany do płaszczyzny pulpitu | TAK, opisać |  |
|  | Na wyświetlaczu wskaźnik prezentacji dźwięku i odpowiedzi pacjenta | TAK, opisać |  |
|  | Możliwość regulacji kąta nachylenia wyświetlacza oraz jasności wyświetlania | TAK, opisać |  |
|  | Pamięć wewnętrzna na min. 50 000 wyników badań dla min. 500 pacjentów | TAK, opisać |  |
|  | Fizyczne przyciski, w tym kodowane fabrycznie różnymi kolorami dla strony lewej i prawej, słuchawki kostnej, oznaczone świecącymi diodami LED z regulacją jasności. Niewielka ilość ergonomicznie rozmieszczonych i czytelnie opisanych, uniwersalnych, wielofunkcyjnych klawiszy. 2 pokrętła regulacyjne natężenia bodźca i maskowania | TAK, opisać |  |
|  | Możliwość podłączenia standardowej klawiatury komputerowej do audiometru w celu wpisywania danych pacjentów | TAK, opisać |  |
|  | Podawanie bodźca za pomocą bezgłośnego sensora bez elementów mechanicznych | TAK, opisać |  |
|  | Komunikacja dwukierunkowa z pacjentem z regulacją głośności, audiometr wyposażony w mikrofon na tzw. ,,gęsiej szyi”, odłączany bez użycia narzędzi.W obudowie urządzenia miejsce do przechowywania mikrofonu (np. na czas transportu) za lub pod panelem ekranu | TAK, opisać |  |
|  | Możliwe monitorowanie sygnału: przez wbudowany głośnik, przez opcjonalną zewnętrzną słuchawkę, opcjonalny zewnętrzny głośnik. | TAK, opisać |  |
|  | Wbudowane porty: słuchawki powietrzne, słuchawkę kostną, słuchawki Insert, słuchawkę do monitorowania, 2x mikrofon, AUX, 4xUSB (do komunikacji z PC, do zewnętrznej drukarki, do zewnętrznej klawiatury, na pendrive) 2x FF dla głośników aktywnych, przycisk odpowiedzi pacjenta, 2x miniJack (słuchawki z mikrofonem), do głośnika odsłuchu (talk back), na dodatkowy mikrofon (talk forward), audio in (na CD/MP3) | TAK, opisać |  |
|  | Waga max. 3,3 kg | TAK, opisać |  |
|  | Wymiary ( dł. x szer. x wys.) 36,5x29,5x6,5 cm (±5 mm) | TAK, opisać |  |
| **WYPOSAŻENIE AUDIOMETRU** |
|  | Słuchawki powietrzne – 1 kpl. | TAK, opisać |  |
|  | Przetwornik kostny – 1 kpl. | TAK, opisać |  |
|  | Przycisk pacjenta – 1 szt. | TAK, opisać |  |
|  | Przewód USB – 1 szt | TAK, opisać |  |
|  | Oprogramowanie umożliwiające dwukierunkową transmisję danych – do obsługi audiometru za pomocą komputera oraz komunikacji z komputerem i integracji z bazami danych (w j. polskim), XML, pozwalające na definiowanie własnych szablonów wydruku – 1 szt. | TAK, opisać |  |
|  | Przewód zasilający – 1 szt. | TAK, opisać |  |
|  | Oprogramowanie zapewniające zapis wyników badań oraz wydruk raportu (w j. polskim) | TAK, opisać |  |
| **AUDIOMETRIA TONALNA** |
|  | Możliwość wykonania badań w trybie automatycznym, zmodyfikowany test Hugson-Westlake | Tak, opisać |  |
|  | Przewodnictwo powietrzne, kostne oraz wyjście na wolne pole | Tak, opisać |  |
|  | Próby nadprogowe: ABLB, Stenger, SISI, Weber, Autotest H-W | Tak, opisać |  |
|  | Badanie ręczne oraz automatyczne | Tak, opisać |  |
|  | Zakres częstotliwości dla audiometrii powietrznej od 125 do 8000 Hz i dla audiometrii kostnej od 250 do 8000 Hz | Tak, opisać |  |
|  | Dostępne częstotliwości diagnostyczne AC: 125, 250, 500,750, 1000, 1500, 2000, 3000, 4000, 6000, 8000 Hz (możliwość rozbudowy o częstotliwość 9000, 10000, 11200, 14000, 16000, 18000, 20000 Hz), programowany wybór częstotliwości do badania | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość prezentacji lewego i prawego audiogramu na jednym wykresie | Tak, opisać |  |
|  | Natężenie: od -10 do 120 dB dla AC, -10 do 80 dB dla BC | Tak, opisać |  |
|  | Skok natężenia: 1 dB, 2 dB i 5 dB | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość regulacji zmiany natężenia przy zmianie częstotliwości od 5 do 40db ze skokiem co 5dB | Tak, opisać |  |
|  | Maskowanie szumem szerokopasmowym (białym WN) i wąskopasmowym (NB) max. 100 dB | Tak, opisać |  |
|  | Funkcja maskowania synchronicznego | Tak, opisać |  |
|  | Ton prosty, odwrócony, modulowany i pulsujący. Impuls pojedynczy lub seria | Tak, opisać |  |
|  | Regulacja czasu trwania impulsu w zakresie min. 200 ms do 5000 ms | Tak, opisać |  |
|  | Częstotliwość modulacji tonu minimum od 1 do 25 Hz | Tak, opisać |  |
|  | Poziom regulacji tonu minimum od 0,5 do 25% | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość wyboru strategii zmiany częstotliwości: motyl, z dołu do góry | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość wykonania badań w wolnym polu | Tak, opisać |  |
| **AUDIOMETRIA SŁOWNA** |
|  | Audiometria słowna, polskie testy słowne w pamięci wewnętrznej audiometru | Tak, opisać |  |
|  | Wbudowany automatyczny licznik wyników mowy w % | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość rejestrowania min. 4 krzywych słownych | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość zastosowania do testów mowy źródła zewnętrznego i mikrofonu | Tak, opisać |  |
|  | Możliwość oceny testu mowy poprzez określenie ilości poprawnie powtórzonych fonemów, tzw. indeksacja fonemowa | Tak, opisać |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, opisać |  |
|  | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia | Min. 10 lat |  |
|  | Dostępność do autoryzowanego serwisu | Tak, podać gdzie |  |
|  | Czas reakcji od zgłoszenia | Max. 48h |  |
|  | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju | Max. 3 dni robocze |  |
|  | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy | Max. 5 dni roboczych |  |
|  | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji | Tak |  |
|  | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| Wartość netto: |  |
| Vat % |  |
| Wartość brutto: |  |

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

 /podpisano elektronicznie/\*\*

***\*\* UWAGA: należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby uprawnionej do zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy.***

**Załącznik nr 1 do oferty**

**Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Część 4 - FOTEL ZABIEGOWY – 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2023r.: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | Wartość oferowana |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |
|  | Fotel przeznaczony do utrzymania pacjenta w pozycji siedzącej podczas badań laryngologicznych | TAK, opisać |  |
|  | Długość x szerokość siedziska: 530 mm x 560 mm (± 20 mm) | TAK, opisać |  |
|  | Regulacja wysokości siedziska w zakresie: 480 mm do 670 mm (± 20 mm) uzyskiwana za pomocą siłownika elektrycznego sterowanego pilotem nożnym | TAK, opisać |  |
|  | Szerokość oparcia pleców 570mm ( ± 20 mm) | TAK, opisać |  |
|  | Odchylane oparcie pleców od pionu: 95 O (± 5 O) uzyskiwane za pomocą siłownika elektrycznego | TAK, opisać |  |
|  | Obrót siedziska w stosunku do podstawy o kąt: 90 O w lewo i 90 O prawo blokowany za pomocą mechanizmu śrubowego | TAK, opisać |  |
|  | Profilowany podgłówek z regulacją wysokości i kąta pochylenia – dwuprzegubowy | TAK, opisać |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie fotela min.160 kg | TAK, opisać |  |
|  | Tapicerka bezszwowa (możliwość wyboru koloru), wykonana z materiału nieprzemakalnego z dodatkami bakterio i grzybobójczymi ograniczającymi rozprzestrzenianie się szczepu MRSA i bakterii E.coli. Tapicerka niepalna zgodnie z normą BS 5852 poziom CRIB 5 (źródło zaprószenia 5) (lub równoważną) | TAK, opisać |  |
|  | Fotel wyposażony w odchylane i odejmowane podrączki wykonane z poliuretanu | TAK, opisać |  |
|  | Konstrukcja fotela wykonana ze stali węglowej lakierowanej proszkowo z użyciem lakieru z nanotechnologią srebra  | TAK, opisać |  |
|  | Osłony podstawy, siedziska, oraz oparcia pleców z tworzywa wykonanego z zastosowaniem antybakteryjnej nanotechnologii srebra  | TAK, opisać |  |
|  | Fotel wyposażony w obręcz do podpierania stóp, wykonaną ze stali nierdzewnej | TAK, opisać |  |
|  | Powierzchnie fotela odporne na środki dezynfekcyjne | TAK, opisać |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, opisać |  |
|  | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia | Min. 10 lat |  |
|  | Dostępność do autoryzowanego serwisu | Tak, podać gdzie |  |
|  | Czas reakcji od zgłoszenia | Max. 48h |  |
|  | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju | Max. 3 dni robocze |  |
|  | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy | Max. 5 dni roboczych |  |
|  | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji | Tak |  |
|  | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| Wartość netto: |  |
| Vat % |  |
| Wartość brutto: |  |

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

 /podpisano elektronicznie/\*\*

***\*\* UWAGA: należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby uprawnionej do zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy.***

**Załącznik nr 1 do oferty**

**Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Część 5- INHALATOR ULTRADŹWIĘKOWY Z WÓZKIEM – 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2023r.: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | Wartość oferowana |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |
|  | Inhalator ultradźwiękowy posiadający funkcję podgrzewania i regulacji wydajności generowanego aerozolu | TAK, opisać |  |
|  | Czujnik poziomu cieczy pośredniej zabezpieczający przetwornik przed przepaleniem | TAK, opisać |  |
|  | Programowanie czasu inhalacji | TAK, opisać |  |
|  | Elektroniczny panel sterowania | TAK, opisać |  |
|  | Praca ciągła | TAK, opisać |  |
|  | Praca bezgłośna | TAK, opisać |  |
|  | Wózek jezdny:* na kółkach,
* posiadający hamulec,
* o konstrukcji stalowej chromowanej.
 | TAK, opisać |  |
|  | Średnica cząstek: 0,5 ÷ 6 µm | TAK, opisać |  |
|  | Wydajność aerozolu: 0 ÷ 5 ± 10% ml/min | TAK, opisać |  |
|  | Wydajność nawiewu: 0 ÷ 30 l/min | TAK, opisać |  |
|  | Pojemność naczynia na lek: max 30 ml | TAK, opisać |  |
|  | Częstotliwość pracy: 1,68 ± 5% MHZ | TAK, opisać |  |
|  | Temperatura termoaerozolu: max 38oC | TAK, opisać |  |
|  | Zasilanie AC 230 V, 50Hz | TAK, opisać |  |
|  | Maksymalny pobór mocy: 40-70 VA | TAK, opisać |  |
|  | Wymiary (w mm) 260 x 300 x 100 (± 5 mm) | TAK, opisać |  |
|  | Ciężar do 4,5 kg | TAK, opisać |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, opisać |  |
|  | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia | Min. 10 lat |  |
|  | Dostępność do autoryzowanego serwisu | Tak, podać gdzie |  |
|  | Czas reakcji od zgłoszenia | Max. 48h |  |
|  | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju | Max. 3 dni robocze |  |
|  | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy | Max. 5 dni roboczych |  |
|  | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji | Tak |  |
|  | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| Wartość netto: |  |
| Vat % |  |
| Wartość brutto: |  |

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

 /podpisano elektronicznie/\*\*

***\*\* UWAGA: należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby uprawnionej do zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy.***

**Załącznik nr 1 do oferty**

**Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Część 6 - OTOSKOP KIESZONKOWY – 2 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2023r.: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | Wartość oferowana |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |
|  | Instrument dwuczęściowy, składający się z rękojeści i główki | TAK, opisać |  |
|  | Zasilanie bateryjne z rękojeści | TAK, opisać |  |
|  | Technologia ksenonowo-halogenowa | TAK, opisać |  |
|  | Wizjer optyczny z 3x powiększeniem o konstrukcji minimalizującej refleksy świetlne i zapewniającej ostry obraz | TAK, opisać |  |
|  | Domykający się, zakręcany wizjer | TAK, opisać |  |
|  | Klips mocujący z wbudowanym wyłącznikiem | TAK, opisać |  |
|  | Automatyczne wyłączanie podczas wsuwania do kieszeni lub etui | TAK, opisać |  |
|  | Konstrukcja odporna na wstrząsy | TAK, opisać |  |
|  | Rękojeść z tworzywa sztucznego z chromowanym wykończeniem | TAK, opisać |  |
|  | Zasilanie –baterie typu AA | TAK, opisać |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, opisać |  |
|  | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
|  | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
|  | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
|  | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
|  | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych |  |
|  | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
|  | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| Wartość netto: |  |
| Vat % |  |
| Wartość brutto: |  |

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

 /podpisano elektronicznie/\*\*

***\*\* UWAGA: należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby uprawnionej do zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy.***

**Załącznik nr 1 do oferty**

**Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Część 7- STÓŁ ZABIEGOWY Z ELEKTRYCZNĄ REGULACJĄ WYSOKOŚCI – 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2023r.: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | Wartość oferowana |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |
|  | Stół stacjonarny z blatem dwuczęściowym | TAK, opisać |  |
|  | Elektryczna regulacja wysokości za pomocą siłownika elektrycznego | TAK, opisać |  |
|  | Podgłówek regulowany sprężyną gazową w zakresie min. od -80° do +50° | TAK, opisać |  |
|  | Uchwyty na pasy do stabilizacji po obu stronach leża | TAK, opisać |  |
|  | Tapicerka skóropodobna, zmywalna – możliwość wyboru koloru  | TAK, opisać |  |
|  | Stelaż stalowy na 4 stopkach | TAK, opisać |  |
|  | Pilot ręczny do regulacji wysokości | TAK, opisać |  |
|  | Długość min. 200 cm ( +/- 5cm)  | TAK, opisać |  |
|  | Szerokość min. 690 mm (+/- 20 mm) | TAK, opisać |  |
|  | Wysokość : 640-870 mm ( +/- 20 mm) | TAK, opisać |  |
|  | Waga stołu max. 65 kg ( +/- 5 kg) | TAK, opisać |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie min. 150 kg  | TAK, opisać |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, opisać |  |
|  | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia | Min. 10 lat |  |
|  | Dostępność do autoryzowanego serwisu | Tak, podać gdzie |  |
|  | Czas reakcji od zgłoszenia | Max. 48h |  |
|  | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju | Max. 3 dni robocze |  |
|  | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy | Max. 5 dni roboczych |  |
|  | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji | Tak |  |
|  | Deklaracja zgodności CE | Tak |  |
| Wartość netto: |  |
| Vat % |  |
| Wartość brutto: |  |

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

 /podpisano elektronicznie/\*\*

***\*\* UWAGA: należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby uprawnionej do zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy.***