**Załącznik nr 2**

**Tympanometr diagnostyczny – 1 kpl.**

**Wykonawca: ……………………………………………..**

**Nazwa i typ: ……………………………………………..**

**Producent/ Kraj : ……………………………………………..**

**Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy - nieużywany / 2020**

**Do oferty należy załączyć materiały w języku polskim potwierdzające spełnienie poniższych wymagań – z zaznaczeniem w tabeli nr strony na której jest potwierdzony dany parametr, w załączonych materiałach należy zakreślić właściwy fragment i wpisać którego punktu dotyczy.**

Odpowiedź NIE w kolumnie „parametr wymagany” ” lub „parametr oferowany” spowoduje odrzucenie oferty

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | PARAMETRY TECHNICZNE | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETR OFEROWANY (podać nr strony w materiałach informacyjnych) |
| **A.** | **PARAMETRY OGÓLNE** | |  |
|  | Tympanometr diagnostyczny pozwalający na wykonanie testów:  - tympanometria automatyczna i manualna  - badanie odruchów strzemiączkowych (progowanie)  - badanie odruchów strzemiączkowych ipsi- oraz kontralateralnie  - badanie zaniku odruchów strzemiączkowych | TAK, podać |  |
|  | W zestawie sonda screeningowa oraz diagnostyczna | TAK, podać |  |
|  | Możliwość podłączenia dwóch sond jednocześnie bez konieczności odpinania w celu zmiany sondy w trakcie badania | TAK, podać |  |
|  | Wbudowane diody LED informujące o statusie badania (rozszczelnienie sondy, trwanie pomiaru) oraz wybranym uchu (prawe, lewe) | TAK, podać |  |
|  | Wbudowane w urządzenie miejsce na odłożenie sondy screeningowej | TAK, podać |  |
|  | Sonda diagnostyczna mocowana na pasku naramiennym w celu łatwego utrzymania na ramieniu pacjenta | TAK, podać |  |
|  | Automatyczne uruchamianie testu przy badaniu za pomocą sondy screeningowej, możliwość uruchomienia testu za pomocą przycisku przy sondzie diagnostycznej (możliwość wykonania badania przy pacjencie, bez konieczności obsługi z panelu urządzenia), możliwość zmiany ucha badanego za pomocą przycisku na sondzie screeningowej | TAK, podać |  |
|  | W zestawie oprogramowanie pracujące w oparciu o jeden interface umożliwiający obsługę różnych urządzeń takich jak:, tympanomet, audiometr, otoemisja oraz system dopasowywania aparatów słuchowych, umożliwiające gromadzenie danych pacjentów, zarządzania danymi i wynikami badań, generowania i wydruku raportów pacjenta | TAK, podać |  |
|  | Łatwy wybór testów za pomocą ustawienia sekwencji badania | TAK, podać |  |
|  | Częstotliwości tonów:  226 Hz przy 85 dB SPL +/- 3 dB,  1000 Hz przy 69 dB SPL +/- 3 dB, | TAK, podać |  |
|  | Dokładność częstotliwości +/- 0,5% | TAK, podać |  |
|  | Regulacja natężenia co 1, 2, 5 lub 10 dB | TAK, podać |  |
|  | Zakres pojemności 0,2 ml do 5,0 ml ± 5% lub 0,05 ml  5 ml do 8,0 ml ± 15% | TAK, podać |  |
|  | Stymulacja kontralateralna: 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz, 4000 Hz +/- 0,5%:  500 Hz przy 50 do 115 dB HL ± 3 dB  1000 Hz przy 50 do 120 dB HL ± 3 dB  2000 Hz przy 50 do 120 dB HL ± 3 dB  4000 Hz przy 50 do 120 dB HL ± 3 dB | TAK, podać |  |
|  | Badanie odruchów strzemiączkowych szumem:   * białym zgodnym z IEC 1027 oraz ANSI S3.39 * dolnoprzepustowym od 400 do 1600 Hz. * lub górnoprzepustowym od 1600 do 4000 Hz | TAK, podać |  |
|  | Stymulacja ipsilateralna: 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz, 4000 Hz z dokładnością +/- 0,5% | TAK, podać |  |
|  | Zakres badania zaniku odruchu od 50 do 100 dB HL | TAK, podać |  |
|  | Zakres ciśnień: normalny +200 do -400 daPa/s,  Rozszerzony +400 do -600 daPa/s | TAK, podać |  |
|  | Regulacja pracy pompy: 50, 100, 200, 400, 600 daPa/s | TAK, podać |  |
|  | Dokładność pracy pompy ± 10% lub ± 10 daPa (w zależności od tego, która wartość jest większa) | TAK, podać |  |
|  | Kierunek pracy pompy od niskich do wysokich ciśnień lub odwrotnie | TAK, podać |  |
|  | Wbudowany wyświetlacz min. 7’’, min. 800x480 pikseli | TAK, podać |  |
|  | Podłączenie do komputera za pomocą portu USB | TAK, podać |  |
|  | Wbudowana drukarka termiczna | TAK, podać |  |
|  | Pobór energii < 60VA | TAK, podać |  |
| **B.** | **INNE** |  |  |
| 1 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |
| 2 | Czy producent zaleca wykonywanie przeglądów technicznych?  Jeżeli TAK podać częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | TAK/NIE[[1]](#footnote-1)  Podać jeśli zalecane |  |
| 3 | Czy w oferowanym aparacie przetwarzane są **dane osobowe (*np. imię, nazwisko, adres zamieszkania, nr PESEL itd*.)** | TAK/ NIE[[2]](#footnote-2)  Jeżeli tak, podać jakie |  |

**Treść oświadczenia wykonawcy:**

1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania przetargu do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

………...............................................................................

podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo

1. Odpowiedź NIE - nie powoduje odrzucenia oferty [↑](#footnote-ref-1)
2. Odpowiedź „NIE” nie powoduje odrzucenia oferty [↑](#footnote-ref-2)