**Załącznik nr 1**

**do umowy nr ……………..………………**

**z dnia…………….…………………**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zamawiający:****Kliniczne Centrum Ginekologii,** **Położnictwa i Neonatologii w Opolu****Ul. Reymonta 8****45-066 Opole****tel. 77/454-54-01; fax. 77/453-61-06** | **Wykonawca:****………………………………………………..****………………………………………………..****………………………………………………..****………..………………………………………** |

**1. Zakup wraz z dostawą Tabliczek Braille’a z tworzywa sztucznego - 100 sztuk.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Łącznie wartość netto** | **VAT****w %** | **Łącznie wartość brutto** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 1 | **Zakup wraz z dostawą tabliczki w alfabecie Braille’a z tworzywa sztucznego** | **100 sztuk** |  |  |  |  |
| Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych**TAK / NIE\*** | **W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne należy podać parametry oferowane** |
| 1. Tabliczka wykonana z tworzywa PMMA.
 |  |  |
| 1. Opisy w alfabecie Braille`a w standardzie Marburg Medium.
 |  |  |
| 1. Uzyskanie brajla metodą frezowania otworów i osadzania w nich tyflograficznych kulek brajlowskich.
 |  |  |
| 1. Samoprzylepne.
 |  |  |
| 1. Tabliczka o wymiarach 100x160 mm z maksymalną ilością znaków 60.
 |  |  |
|  | 1. Kolor tła dla tabliczek: hex-#96adcd.
 |  |  |
|  | 1. Napis na tabliczce tylko w języku Braille’a.
 |  |  |
|  | 1. Rozpiska pomieszczeń:

|  |
| --- |
| Nazwa pomieszczenia – tylko w języku Braille’a |
| IZBA PRZYJĘĆ x2 szt |
| ADMINISTRACJA |
| PUNKT INFORMACYJNY |
| WC DLA PACJENTÓW |
| WEJŚCIE NA ODDZIAŁ x7 szt |
| LABORATORIUM |
| DZIAŁ ORGANIZACJI I NADZORU |
| PEŁNOMOCNIK DO SPRAW PACJENTÓW |
| PRACOWNIA RTG I EKG |
| WEJŚCIE STOŁÓWKA |
| STOŁÓWKA |
| POKÓJ BADAŃ |
| PUNKT PIELĘGNIARSKI |
| ODCINEK POOPERACYJNY |
| KAPLICA SZPITALNA |
| BLOK OPERACYJNY  |
| SEKRETARIAT x5 szt |
| SALA PORODOWA |
| SZATNIA SALA PORODOWA |
| SZATNIA PACJENTEK |
| POKÓJ BADAŃ |
| GABINET ZABIEGOWY |
| PUNKT PIELĘGNIARSKI |
| DYŻURKA LEKARSKA x4 szt |
| POKÓJ RELAKSACYJNYx2 szt |
| WC DLA ODWIEDZAJĄCYCH |
| PUNKT PIELĘGNIARSKI x2 szt |
| LEKARZ KIERUJĄCY ODDZIAŁEM x2 szt |
| SEKRETARIAT DYREKTORA |
| PORADNIA NEONATOLOGICZNA |
| OŚRODEK DZIENNEJ REHABILITACJI DLA DZIECI |
| PORADNIA DIAGNOSTYKI I LECZENIA NIEPŁODNOŚCI  |
| WC x28 szt |
| NATRYSK x15 szt |
| GABINET LEKARSKI x4 szt |
| POKÓJ BADAŃ x4 szt |

 |

**2. Zakup wraz z dostawą przenośnej pętli indukcyjnej do spotkań face to face - 1 sztuka.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Łącznie wartość netto** | **VAT****w %** | **Łącznie wartość brutto** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 1 | **Zakup wraz z dostawą przenośnej pętli indukcyjnej do spotkań face to face** | **1 sztuk** |  |  |  |  |
| **Nazwa i typ oferowanego urządzenia:** ……………………………………….....................................**Producent:** ……………………………………………… |
| Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych**TAK / NIE\*** | **W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne należy podać parametry oferowane** |
| 1. Kompaktowa.
 |  |  |
| 1. Wielofunkcyjna i przenośna.
 |  |  |
| 1. Szybka instalacja okienkowa.
 |  |  |
| 1. Wzmacniacz klasy D.
 |  |  |
| 1. Funkcja Dual Action AGC zapewniająca płynne i czyste brzmienie.
 |  |  |
| 1. Podwójny układ regulacji wzmocnienia.
 |  |  |
|  | 1. Zintegrowany mikrofon wbudowany (pełna wydajność przy 70dBSPL / 1m).
 |  |  |
|  | 1. Wejście mikrofonu zewnętrznego (gniazdo 3,5 mm jack, czułość wejścia 5mV-1.5Vrms, -4.5dBu, max poziom syg. 1.5Vrms (+5.7dBu).
 |  |  |
|  | 1. Wyjścia słuchawkowe 3,5 mm jack.
 |  |  |
|  | 1. Wyjście pętli natężenie pola (125ms rms) max 400mA/m z 1m.
 |  |  |
|  | 1. Zniekształcenia <1%.
 |  |  |
|  | 1. Podwójny układ ARW (zakres aktywny >50-70dB (+1.5dB), czas ataku: 2-500ms, czas powrotu: 0.5-20dB/s).
 |  |  |
|  | 1. Wskaźnik LED zasilania.
 |  |  |
|  | 1. Zasilanie: wewnętrzna bateria litowo-polimerowa.
 |  |  |
|  | 1. Pobór mocy: czuwanie 36mA/ 12V.
 |  |  |
|  | 1. W zestawie zasilacz zewnętrzny 110-240 VAC.
 |  |  |
|  | 1. Żywotność baterii: użytkowanie do 14 godzin.
 |  |  |
|  | 1. Czas ładowania: 3h.
 |  |  |
|  | 1. Wymiary nie więcej niż (SxWxG) 300 x250 x15mm.
 |  |  |
|  | 1. Waga nie więcej niż 500g.
 |  |  |
|  | 1. Możliwość podłączenia zewnętrznego mikrofonu.
 |  |  |
|  | 1. Zewnętrzny mikrofon na gęsiej szyi.
 |  |  |
|  | 1. Gwarancja: 24 miesięcy.
 |  |  |
|  | 1. Sprzęt fabrycznie nowy.
 |  |  |

**3. .Zakup wraz z dostawą Nakładki na poręcze - 10 sztuk.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Łącznie wartość netto** | **VAT****w %** | **Łącznie wartość brutto** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 1 | **Zakup wraz z dostawą nakładek na poręcze** | **10 sztuk** |  |  |  |  |
| Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych**TAK / NIE\*** |
|  | **W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne należy podać parametry oferowane** |
| 1. Stal nierdzewna gat. 304 (szlif) o grubości 0,5 - 0,6 mm.
 |  |  |
| 1. Wykończenie: mat, szlifowana powierzchnia, bez ostrych krawędzi oraz zaokrąglone narożniki.
 |  |  |
| 1. Dla średnicy poręczy: 44mm, +/- 0,1mm.
 |  |  |
| 1. Grawer czarnodrukowy.
 |  |  |
|  | 1. Rozpiska nakładek na poręcze: Parter x4 szt

I Piętro x2 sztII Piętro x2 sztIII Piętro x2 szt |  |  |

**4. Zakup wraz z dostawą Kątnika schodowego - 39 sztuk**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Łącznie wartość netto** | **VAT****w %** | **Łącznie wartość brutto** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 1 | **Zakup wraz z dostawą Kątnika schodowego** | **39 sztuk** |  |  |  |  |
| Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych**TAK / NIE\*** |
|  | **W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne należy podać parametry oferowane** |
| 1. Profil z surowego aluminium.
 |  |  |
| 1. Antypoślizgowa wkładka z tworzywa sztucznego o kolorze czarnym.
 |  |  |
| 1. Wymiary: 146 cm – szerokość.
 |  |  |
| 1. Sprzęt fabrycznie nowy.
 |  |  |
|  | 1. Rodzaj kleju dla podłoża lastryko.
 |  |  |

**5. Zakup wraz z dostawą Taśmy antypoślizgowej - 5 sztuk**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Łącznie wartość netto** | **VAT****w %** | **Łącznie wartość brutto** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 1. 1
 | **Zakup wraz z dostawą Taśmy antypoślizgowej** | **5 sztuk** |  |  |  |  |
| Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych**TAK / NIE\*** |
|  | **W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne należy podać parametry oferowane** |
| 1. Ziarno: średnie.
 |  |  |
| 1. Szerokość: 5 cm.
 |  |  |
| 1. Długość: 18 mb.
 |  |  |
| 1. Wodoodporna i olejoodporna.
 |  |  |
| 1. Rodzaj kleju: akryl.
 |  |  |

**6. Zakup wraz z dostawą i montażem Recepcyjnej pętli indukcyjnej do punktu obsługi indywidualnej CTC - 1 sztuki**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa** | **Ilość** | **Cena jedn. netto** | **Łącznie wartość netto** | **VAT****w %** | **Łącznie wartość brutto** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 1. 1
 | **Zakup wraz z dostawą i montażem** **Recepcyjnej pętli indukcyjnej do punktu obsługi indywidualnej CTC**  | **1 sztuka** |  |  |  |  |
| **Nazwa i typ oferowanego przedmiotu:** ……………………………………….....................................**Producent:** ……………………………………………… |
| Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych**TAK / NIE\*** | **W przypadku spełnienia jednocześnie wymagań minimalnych oraz przy parametrach urządzenia wyższych niż minimalne należy podać parametry oferowane** |
| 1. Zestaw zawierający: wzmacniacz, mikrofon, uchwyt, zasilacz, i naklejkę z piktogramem.
 |  |  |
| 1. Umożliwienie spełnienie normy PN EN 60118-4:2015.
 |  |  |
| 1. Możliwość regulacji siły sygnału.
 |  |  |
| 1. Możliwość regulacji tonów wysokich i niskich.
 |  |  |
| 1. 3 wejścia sygnału w tym liniowe i mikrofonowe.
 |  |  |
|  | 1. Dostępne dwa wyjścia sygnału pętli do wygodnego montażu maty lub przewodu pętli.
 |  |  |
|  | 1. Mikrofon pojemnościowy dookólny naklejany na szybę/ścianę lub

stacjonarny tzw. pulpitowy stawiany na biurko z przewodem o długości min 3 m z wtykiem jack 3,5 mm lub XLR w kolorze grafitowym lub czarnym. |  |  |
|  | 1. Mata z przewodem pętli indukcyjnej lub przewód pętli indukcyjnej .
 |  |  |
|  | 1. Zasilacz.
 |  |  |
|  | 1. Wzmacniacz:
* Klasa AB
* Prąd wyjściowy: 2,3 Arms
* Napięcie max: 5 V Vrms
* Urządzenie zgodne z normą IEC 60118-4 (tzn. umożliwiające uruchomienie systemupętli indukcyjnej zgodnego z w/w normą)
* 2 wejścia liniowe o czułości 10 mV-4.3 V (w tym jedno mikrofon/linia z zasilaniem phantom) (gniazda 3,5 mm)
* 1 wejście mikrofonowe o czułości 2-170 mV z zasilaniem phantom (gniazdo 3,5 mm)
* Pasmo przenoszenia 70 Hz – 15 kHz (+/- 3 dB)
* Podwójny układ automatycznej regulacji wzmocnienia
* 2 różne wyjścia przewodu pętli (2 pinowy DIN i zaciski sprężynowe)
* Wyjście słuchawkowe

 Dostępne na przednim panelu wzmacniacza:* Regulacja częstotliwości wysokich (0 - +9 dB)
* Regulacja częstotliwości niskich (0 - +12 dB)
* Regulacja głośności
* Sygnalizacja LED zasilania
* Sygnalizacja LED sygnału wejściowego
* Sygnalizacja LED prądu pętli
 |  |  |
|  | 1. Zakres temperatury pracy urządzenia od -10 ° C do +50 ° C.
 |  |  |
|  | 1. Uchwyt ścienny przeznaczony do montażu wzmacniacza.
 |  |  |
|  | 1. Montaż i kalibracja pętli.
 |  |  |
|  | 1. Dokumentacja pomiarowa wykonana z użyciem certyfikowanych urządzeń pomiarowych. Protokół pomiarów zawiera wszystkie niezbędne parametry określone normą, wraz z numerami indywidualnymi urządzeń pomiarowych, za pomocą których dokonano pomiarów.
 |  |  |
|  | 1. Oznakowanie miejsca instalacji piktogramem zgodnie z normą 60118-4:2015-06 .
 |  |  |
|  | 1. 2 lata gwarancji na sprzęt od producenta.
 |  |  |
|  | 1. Sprzęt fabrycznie nowy.
 |  |  |

*\** ***Uwaga!***

1. *W powyższej tabeli kolumnę „Potwierdzenie spełnienia wymagań minimalnych* ***TAK / NIE”*** *wypełnia Wykonawca wpisując odpowiednio TAK lub NIE.*
2. *W przypadku zaznaczenia w/w opcji NIE lub w przypadku niespełnienia minimalnych wymagań Zamawiającego, określonych w powyższej tabeli oferta Wykonawcy zostanie odrzucona.*