**ZMODYFIKOWANY Załącznik nr 2 do SIWZ**

**(PAKIET 2)**

**Pakiet 2 – Tympanometr (1 sztuka)**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta ………………...............

Nazwa/Typ Urządzenia ………………...............

Kraj pochodzenia ………………...............

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/**  **Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, nie powystawowe, rok produkcji nie starsze niż 2018 r.  Gotowy do użytkowana bez dodatkowych zakupów i inwestycji. | TAK | TAK/NIE\*  podać…… |
|  | Zakres częstotliwości od 226 do 8000 Hz  **[Zamawiający wymaga, aby tympanometr wykonywał badania w zakresie częstotliwości od 226 do 8000 Hz w sposób ciągły i automatyczny.]** | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość wykonania testów trąbki Eustachiusza:  błona bębenkowa nieperforowana, perforowana i patologiczna | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Pełna możliwość wykonania badań odruchów:  ipsi/contra, decay i latency | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Automatyczne i/lub ręczne sterowanie pompą | TAK | TAK/NIE\*  podać…… |
|  | Możliwa obsługa jako ręczny lub sterowany z komputera PC przyrząd z możliwością wydruku na drukarce termicznej lub na dołączonej do komputera drukarce | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Konfigurowalne protokoły i raporty | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Pamięć urządzenia dla co najmniej 250 pacjentów  **[Tympanometr musi posiadać pamięć wewnętrzną urządzenia dla co najmniej 20 pacjentów z możliwością ich przesyłu na komputer.]** | TAK | TAK/NIE\*  podać…… |
|  | Co najmniej 3 godziny ciągłej pracy z jednego naładowanego urządzenia  **[Zamawiający dopuszcza zaoferowanie tympanometru zasilanego sieciowym zasilaczem niskonapięciowym, pozwalającym na pracę ciągłą, bez ograniczeń czasowych]** | TAK | TAK/NIE\*  podać…… |
|  | Możliwość wykonania przesiewowego badania słuchu oraz dalszej diagnostyki u noworodków | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość przeprowadzenie automatycznie:  tympanometrii i tympanometrii szerokopasmowej (WBT) | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość przesyłania danych pacjenta i pobieranie sesji | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Jedna sonda do wszystkich testów | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Instrukcja użytkowania w języku polskim | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Obsługa serwisowa świadczona min. 5 dni w tygodniu od poniedziałku do piątku | TAK | TAK/NIE\*  podać………… |
|  | Wykonawca zapewnia świadczenie usług serwisowych przez autoryzowane przez producenta punkty serwisowe.  Siedziba serwisu - dokładny adres i nr telefonu. | Tak, podać | Adres: …………………………  …………………………  Telefon: …………………………  e-mail: ………………………… |
|  | W ramach gwarancji, przegląd serwisowy urządzenia zgodnie z zaleceniami producenta | TAK | TAK/NIE\* |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:**

1. W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.

* Oświadczamy, iż zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia warunki opisane w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ) oraz posiada parametry opisane w Opisie Przedmiotu Zamówienia.
* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzebne do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo.
* Oświadczamy, że cena oferty przetargowej zawiera koszty związane z montażem urządzenia.
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

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

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy