| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje**  (wartości minimalne wymagane) | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kabina ciszy / audiometryczna – 1 kpl.**  Oferowany model: ………………………………………  Producent: …………………………………………………………  Rok produkcji………………………………………………….. | | | |
|  | Kabina ciszy do badań audiometrycznych | TAK, podać |  |
|  | Kabina wyposażona w odpowiednie wyciszenie, | TAK, podać |  |
|  | Wnętrze kabiny pokryte materiałem o właściwościach zmywalnych do zachowania odpowiedniego reżimu sanitarnego w jednostkach medycznych | TAK – 10 pkt.  NIE – 0 pkt. |  |
|  | Certyfikat CE | TAK, podać |  |
|  | Produkt zgłoszony w Urzędzie Rejestracji Produktów  Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów  Biobójczych. | TAK, podać |  |
|  | Kabina wykonana z wielowarstwowych najnowszych materiałów dźwiękochłonnych. | TAK – 10 pkt.  NIE – 0 pkt. |  |
|  | Kabina zewnętrznie wykonana płyty laminowanej plamoodpornej i zmywalnej. | TAK, podać |  |
|  | Podłoga wielowarstwowa i antywibracyjna. | TAK, podać |  |
|  | Niewielkie rozmiary | TAK, podać |  |
|  | Wysokość 215 cm (+/- 5 cm) | TAK, podać |  |
|  | Szerokość : 145 cm (+/- 5 cm) | TAK, podać |  |
|  | Głębokość: 145 cm (+/- 5 cm) | TAK, podać |  |
|  | Modułowa budowa 6 - modułów | TAK, podać |  |
|  | Okno rewizyjne (Strona mocowania okna do uzgodnienia na etapie dostawy kabiny) | TAK, podać |  |
|  | Drzwi (kierunek otwierania uzgadniany na etapie dostawy kabiny) | TAK, podać |  |
|  | Półka na audiometr | TAK, podać |  |
|  | Przelotki do bezproblemowego podłączenia audiometru | TAK, podać |  |
|  | Kabina wyposażona w podjazd dla wózków inwalidzkich | TAK, podać |  |
|  | Zasilanie 230V | TAK, podać |  |
|  | Pobór mocy 9 W (+/- 30 %) | TAK, podać |  |
|  | Włącznik na zewnątrz przy drzwiach | TAK, podać |  |
|  | Oświetlenie LED | TAK, podać |  |
|  | Deklaracji zgodności na podstawie Dyrektywy Rady 93/42/EEC z dnia 14 czerwca 1993r. | TAK, podać |  |
|  | Wentylacja mechaniczna | TAK, podać |  |
|  | Kolorystyka kabiny do wyboru na etapie dostawy | TAK, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Wymagane parametry i funkcje**  **(wartości minimalne wymagane)** | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
|  | **Wymagania techniczne – dotyczy wszystkich powyższych urządzeń** |  |  |
|  | Paszport techniczny oraz instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z urządzeniem. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Obsługa urządzenia i komunikaty w języku polskim /jeśli dotyczy/ | TAK, podać |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące od dnia instalacji potwierdzonej protokołem uruchomienia i przekazania urządzenia w terminie uwzględniającym czas pracy personelu | TAK, podać |  |
|  | Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 48 godz. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Czas oczekiwania na skuteczne usunięcie uszkodzenia /dotyczy sprzętu medycznego/:  a. nie wymagającej importu części nie dłużej niż 2 dni robocze /dotyczy sprzętu medycznego/  b. wymagającej importu części nie dłużej niż 10 dni roboczych. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Wykonawca dostarczy, zainstaluje i uruchomi, a także przeprowadzi szkolenie z zakresu obsługi w cenie oferty | TAK, podać |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia informacji niezbędnych do wypełnienia paszportu technicznego urządzenia | TAK, podać |  |
|  | Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 10 lat od daty sprzedaży /dotyczy sprzętu medycznego | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie wykonane w technologii energooszczędnej – urządzenie energooszczędne / jeśli dotyczy/ | TAK, podać |  |

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie nawet jednego z  w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w  oferowanej konfiguracji.

…………………………………..

Podpis osoby uprawnionej do

reprezentowania Wykonawcy