……………………………… ZAŁĄCZNIK NR 2.2 do SIWZ

 *(pieczęć Wykonawcy)*

**Część 2. Dostawa systemu videonystagmografii– 1 szt.**

**Pełna nazwa urządzenia, model (podać): ……………………………………………………**

**Producent (podać): ……………………………………………………………………………**

**Kraj pochodzenia (podać): …………………………………………………………………...**

**Rok produkcji (podać): …………………………………(*wymagany co najmniej 2016 r.)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane \*** |
| **Urządzenie rejestrujące** |
| 1. | Maska z jedną kamerą lub dwiema kamerami | Tak, podać ile kamer |  |
| 2. | Maska podłączona do komputera bez urządzenia pośredniczącego za pomocą złącza FireWire lub równoważnego | Tak |  |
| 3. | Częstotliwość odświeżania obrazu minimum 170Hz | Tak, podać |  |
| 4. | Szybki montaż kamer do maski za pomocą złącza magnetycznego | Tak |  |
| 5. | Praca z otwartą i zamknięta maską | Tak |  |
| 6. | Maska z wymiennymi gąbkami ( po każdym pacjencie) | Tak |  |
| 7. | Automatyczna Kalibracja przed każdym testem | Tak |  |
| 8. | Rejestracja i analiza testów: | Tak |  |
| - kalorycznegoMożliwość określenia czasu zabierania danychMożliwość wyboru kolejności badania tj, ucha i temperatury bodźcaDiagramy statystyczne do wyboru: dane statystyczne, Freyss, Scherer, dane normatywne | Tak |  |
| Test położeniowy | Tak |  |
| 9 | Test położeniowyMożliwość wyboru kolejności poszczególnych elementów testu i czasu ich trwaniaDane statystyczne wynikowe: średnie SPV i maksymalne SPV | Tak |  |
| 10 | Test samoistnego oczopląsuMożliwość ustawienia czasu trwania pomiaru, możliwość zaprogramowania czasu startu i stopu dla światła fiksacjiWyświetlane dane średnie SPV i maksymalne SPV | Tak |  |
| 11 | Test Dix HallpikaMożliwość określenia kolejności poszczególnych elementów testuWyświetlane dane średnie SPV i maksymalne SPV | Tak |  |
| 12 | Możliwość rozbudowy o testy:- sinusoidalnego testu wahadłowego- test obrotu krokowego- testu optokinetycznego- sakad- test spojrzeniowego | Tak |  |
| 13 | Możliwość rozbudowy systemu o elektryczny fotel obrotowo-wahadłowy i sterowanie fotelem z oprogramowania VNG | Tak |  |
| 14 | Możliwość rejestracji oczopląsu w formie pliku video | Tak |  |
| 15 | Możliwość definiowania własnych testów i sesji diagnostycznych w oparciu o zdefiniowane testy własne | Tak |  |
| 16 | Możliwość Sterowanie badaniem za pomocą sterownika nożnego | Tak |  |
| 17 | Automatyczne obliczanie pomiarów z możliwością pomiarów ręcznych | Tak |  |
| 18 | Możliwość indywidualizacji raportu z badania | Tak |  |
| 19 | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
| 20 | Oprogramowanie w języku polskim | Tak |  |
| 21 | Możliwość instalacji oprogramowania na komputerze przenośnym | Tak |  |
| 22 | Oprogramowanie, baza danych pacjentów i wyników badań | Tak |  |
| 23 | Urządzenie klasy IIa, zgodnie z Dyrektywą MDD, dotyczącą wyrobów medycznych, 93/42/EWG Załącznik IX | Tak |  |
| **Irygator powietrzny** |
| 1 | Rękojeść w kształcie otoskopu z możliwością obserwacji błony bębenkowej | Tak |  |
| 2 | Sterowany z systemu VNG i ręcznie (do wyboru przez użytkownika podczas badania) | Tak |  |
| 3 | Temperatura bodźca od 20oC do 50oC | Tak, podać |  |
| 4 | Regulacje nastaw temperatury min. 1 oC | Tak, podać |  |
| 5 | Przepływ powietrza 8-12 l/min +- 10% | Tak, podać |  |
| 6 | Zaprogramowane min 2 programy: 30oC i 44oC | Tak, podać |  |
| 7 | Urządzenie wyposażone w zbiornik wody, bez koniczności podłączania do sieci wodno-kanalizacyjnej | Tak |  |
| 8 | Urządzenie wyposażone w złącze USB, do komunikacji PC | Tak |  |
| 9 | Urządzenie klasy IIa, zgodnie z Dyrektywą MDD, dotyczącą wyrobów medycznych, 93/42/EWG Załącznik IX | Tak |  |
| **Komputer przenośny z niezbędnymi parametrami i oprzyrządowaniem do obsługi w/w systemu** |
| 1 | Nazwa, model, producent, rok produkcji co najmniej 2016 r. | Podać |  |
| Inne |
| 1 | Certyfikat CE + paszport techniczny | Tak |  |

**Uwaga: Kolumnę 4 tabeli bezwzględnie należy wypełnić**

Wykonawca zobowiązany jest wypełnić Załącznik w sposób umożliwiający ocenę spełnienia przez oferowany sprzęt warunków postawionych przez Zamawiającego w SIWZ.
W szczególności Wykonawca winien podać w kolumnie nr 4 (Opis parametrów oferowanych) konkretne wartości/opis parametrów technicznych i funkcjonalnych oferowanego sprzętu oraz podać w nagłówku do powyższej tabeli pełne dane dotyczące oferowanego sprzętu, takie jak nazwa urządzenia, model, nazwa producenta, rok produkcji.

**Wykonawca oświadcza, że oferujemy realizację przedmiotu zamówienia, zgodnie
z wymogami specyfikacji istotnych warunków zamówienia:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj oferowanego sprzętu medycznego** | **Ilość szt.** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **%VAT** |
| **1.** | **System videonystagmografii** | **1** |  |  |  |  |

**Sposób obliczenia:**

Wartość netto: cena jednostkowa netto x ilość

Wartość brutto: wartość netto danej pozycji asortymentowej powiększona o właściwą dla przedmiotu zamówienia stawkę podatku VAT

Wykonawca oświadcza, że zaoferowany sprzęt jest fabrycznie nowy, nieużywany, wolny od wad, kompletny, wyposażony w elementy techniczne, potrzebne do montażu i uruchomienia, gotowy do pracy bez jakichkolwiek dodatkowych zakupów.

**………………………………………………**

 *(czytelny podpis osoby/osób uprawnionych*

 *do reprezentowania Wykonawcy)*