

ZALĄCZNIK NR 2 do SIWZ nr SPZOZ/PN/88/2011 - Formularz przedmiotu zamówienia, cenowy

NAZWA

ROK PRODUKCJI.....ROK WPROWADZENIA DO PRODUKCJI.....

KRAJ PRODUKCJI.....WYKONAWCA/PRODUCENT.....

*Parametry techniczno – funkcjonalne
audiometru diagnostycznego*

Lp.	PARAMETR / WARUNEK	Warunki wymagane, konieczne do spełnienia	Parametry oferowanego urządzenia PODAĆ / OPISAC
<i>Dane ogólne i parametry eksploatacyjne</i>			
1.	Typ oferowanego audiometru	TAK	
2.	Rodzaj wykonywanych badań:	TAK	
a)	– próba Folwera		
b)	– próba Stengera		
c)	– próba Langenbecka		
d)	– audiometria automatyczna		
3.	Istotne parametry techniczne	TAK	
a)	Zakres częstotliwości dla przewodnictwa powietrznego i kostnego – powietrzne 125÷8 000Hz – kostne: 250÷8 000Hz	TAK	
b)	Zakres intensywności dla przewodnictwa powietrznego i kostnego - powietrzne do 120 dB max - kostne do 80dB max	TAK	

Lp.	PARAMETR / WARUNEK	Warunki wymagane, konieczne do spełnienia	Parametry oferowanego urządzenia PODAĆ / OPISAĆ
c)	Rodzaje szumów maskujących - szum biały - szum wąskopasmowy - ton pulsacyjny	TAK	
d)	Rodzaje tonów - ton czysty - ton modulowany - ton ciągły	TAK	
4.	Wyposażenie (w oferowanej cenie) :	TAK	
a)	Słuchawki pacjenta nauszne TDH39	TAK	
b)	Przetwornik kostny B71	TAK	
c)	Słuchawki wewnętrzne	TAK	
d)	Słuchawka maskująca CIR22	TAK	
e)	Instrukcje obsługi w języku polskim	TAK	
f)	Oprogramowanie komputerowe do obsługi audiometru, wymagane środowisko Windows XP	TAK	
g)	Materiały eksploatacyjne na rok pracy audiometru	TAK	
5.	Szkolenie personelu: - medycznego - technicznego	TAK	
6.	Możliwość wykonania badań:		
a)	progę słyszenia dla przewodzenia powietrznego, kostnego, przez słuchawki	TAK	
b)	nadprogowych: próba Folwera, próba Stengera, próba Langenbecka, test SISI, automatyczny test Bekesy	TAK	
7	Rejestracja wyników badania w pamięci wewnętrznej i wydruk za pomocą drukarki dołączonej bezpośrednio oraz poprzez komputer	TAK	
8	Komunikacja z pacjentem za pomocą wbudowanego mikrofonu i głośnika lub słuchawki	TAK	
9	Możliwość monitorowania prezentowanych sygnałów do pacjenta za pomocą wbudowanego głośnika i słuchawki	TAK	
10	Możliwość współpracy z komputerem (transfer danych)	TAK	

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

....., DNIA

.....
(podpis osoby – osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
wraz z pieczętąką imienną)