**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 szt  II Piętro x2 szt  III 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.*