Załącznik nr 2.1 – Kosztorys ofertowy - Część 1– Pętla indukcyjna stanowiskowa 2 szt.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Asortyment** | **Ilość** | **cena jedn. netto\*** | **vat\*** | **Cena jedn. brutto\*** | **Wartość brutto\*** | **Producent**  **NUMER KATALOGOWY\*** |
| 1 | Pętla indukcyjna stanowiskowa | 2 szt. |  |  |  |  |  |
| Razem | | | | | |  | –––––––––––––– |

\*wypełnia Wykonawca

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** \* |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, rok produkcji: min. 2024 | TAK, podać |  |
|  | Cyfrowy wzmacniacz | TAK |  |
|  | Minimalna powierzchnia działania 15 m2 | TAK, podać |  |
|  | Zasilanie: 220 – 240 V | TAK, podać |  |
|  | Pasmo przenoszenia: 100 – 5000 Hz | TAK |  |
|  | Wymiary maksymalne (dł. x głęb. x wys.: 110x60x30) | TAK, podać |  |
|  | Waga do 100 g | TAK, podać |  |
|  | Moc na wyjściu systemu pętli indukcyjnej: max 20 W | TAK, podać |  |
|  | Pętla okienkowa | TAK |  |
|  | Mikrofon stołowy na szyjce | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | Okres gwarancji – minimum 24 miesiące, licząc od dnia przekazania przedmiotu zamówienia Zamawiającemu | TAK, podać |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas przedmiot umowy jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• zobowiązujemy się do dostarczenia i montażu przedmiotu umowy w miejscu jego przeznaczenia

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

(podpis kwalifikowany, zaufany lub osobisty)

Załącznik nr 2.2 – Kosztorys ofertowy - Część 2– Pętla indukcyjna przenośna 2 szt.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Asortyment** | **Ilość** | **cena jedn. netto\*** | **vat\*** | **Cena jedn. brutto\*** | **Wartość brutto\*** | **Producent**  **NUMER KATALOGOWY\*** |
| 1 | Pętla indukcyjna przenośna | 2 szt. |  |  |  |  |  |
| Razem | | | | | |  | –––––––––––––– |

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** \* |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, rok produkcji: min. 2024 | TAK, podać |  |
|  | Cyfrowy wzmacniacz | TAK |  |
|  | Zasilanie bateryjne/sieciowe | TAK |  |
|  | Wskaźnik ładowania | TAK |  |
|  | Wskaźniki włączenia/wyłączenia | TAK |  |
|  | Gniazdo 3,5 mm do mikrofonu zewnętrznego | TAK |  |
|  | Regulacja czułości mikrofonu zewnętrznego | TAK |  |
|  | Automatyczny wyłącznik po min 2 min | TAK |  |
|  | Wewnętrzny akumulator 12V DC min. 1200mAh | TAK, podać |  |
|  | Zewnętrzna ładowarka | TAK |  |
|  | Czas ładowania 3 -6 godz. | TAK, podać |  |
|  | Czas pracy po naładowaniu ok. 5 - 8 godzin | TAK, podać |  |
|  | WEJŚCIA min:  1 x wewnętrzny mikrofon; czułość: 50-70dB  1 x liniowe dla zewnętrznego mikrofonu.  1 x Gniazdo 3.5mm stereo jack  1 x Gniazdo zasilania DC dla mikrofonu pojemnościowego. | TAK, podać |  |
|  | Moc na wyjściu systemu pętli indukcyjnej: max 12W | TAK, podać |  |
|  | Wymiary maksymalne: szerokość 220mm, wysokość 200mm, głębokość 90mm | TAK, podać |  |
|  | Ciężar: max 800 g razem z akumulatorami | TAK, podać |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | Okres gwarancji – minimum 24 miesiące, licząc od dnia przekazania przedmiotu zamówienia Zamawiającemu | TAK, podać |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas przedmiot umowy jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• zobowiązujemy się do dostarczenia i montażu przedmiotu umowy w miejscu jego przeznaczenia

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

(podpis kwalifikowany, zaufany lub osobisty)

Załącznik nr 2.3 – Kosztorys ofertowy - Część 3 – Interkomy dla osób niedosłyszących -2 szt.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Asortyment** | **Ilość** | **cena jedn. netto\*** | **vat\*** | **Cena jedn. brutto\*** | **Wartość brutto\*** | **Producent**  **NUMER KATALOGOWY\*** |
| 1 | Interkomy dla osób niedosłyszących | 2 szt. |  |  |  |  |  |
| Razem | | | | | |  | –––––––––––––– |

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** \* |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, rok produkcji: min. 2024 | TAK, podać |  |
|  | Regulacja głośności rozmowy | TAK |  |
|  | Przewodowe podłączenie interkomu | TAK |  |
|  | Zasilanie 12V DC (zasilacz w zestawie) | TAK |  |
|  | Regulacja głośności stacji nadrzędnej i podrzędnej | TAK |  |
|  | Moc wyjściowa min 1W | TAK, podać |  |
|  | Maksymalne wymiary stacji nadrzędnej mm: szer. 170 x gł. 100 x wys. 70 | TAK, podać |  |
|  | Maksymalne wymiary stacji podrzędnej mm: średnica 70 x gł. 25 | TAK, podać |  |
|  | Mikrofon o długości maksymalnej: 450 mm | TAK, podać |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | Okres gwarancji – minimum 24 miesiące, licząc od dnia przekazania przedmiotu zamówienia Zamawiającemu | TAK, podać |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas przedmiot umowy jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• zobowiązujemy się do dostarczenia i montażu przedmiotu umowy w miejscu jego przeznaczenia

• inne (jeśli dotyczy): ..............................................................................................................

(podpis kwalifikowany, zaufany lub osobisty)

Załącznik nr 2.4 – Kosztorys ofertowy - Część 4– Tablety – 3 szt.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Asortyment** | **Ilość** | **cena jedn. netto\*** | **vat\*** | **Cena jedn. brutto\*** | **Wartość brutto\*** | **Producent**  **NUMER KATALOGOWY\*** |
| 1 | Tablety | 3 szt. |  |  |  |  |  |
| Razem | | | | | |  | –––––––––––––– |

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane**  **/podać zakres lub opisać/** \* |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy, rok produkcji: min. 2024 | TAK, podać |  |
|  | Procesor min 8 rdzeni | TAK, podać |  |
|  | Pamięć RAM min 8 GB | TAK, podać |  |
|  | Pamięć wbudowana min 128 GB | TAK, podać |  |
|  | Ekran dotykowy, pojemnościowy | TAK, |  |
|  | Przekątna ekranu 11" ±5% | TAK, podać |  |
|  | Minimalna rozdzielczość ekranu 1920 x 1200 | TAK, podać |  |
|  | Wbudowany modem 5G  Wi-Fi 5 (802.11 a/b/g/n/ac)  Moduł Bluetooth  Łączność 5G  GPS | TAK |  |
|  | Zasilacz w zestawie | TAK |  |
|  | Funkcja szybkiego ładowania | TAK |  |
|  | USB Type-C  Czytnik kart pamięci  Wyjście słuchawkowe | TAK |  |
|  | Bateria min 7000 mAh | TAK, podać |  |
|  | System operacyjny | TAK |  |
|  | Aparat | TAK |  |
|  | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | Okres gwarancji – minimum 24 miesiące, licząc od dnia przekazania przedmiotu zamówienia Zamawiającemu | TAK, podać |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta niespełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas przedmiot umowy jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• zobowiązujemy się do dostarczenia i montażu przedmiotu umowy w miejscu jego przeznaczenia

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

(podpis kwalifikowany, zaufany lub osobisty)