

## FORMULARZ OFERTY

### Dostawa stanowiska EEG Biofeedback oraz systemu do treningu uwagi słuchowej

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Wykonawca</b>         |  |
| <b>Adres</b>             |  |
| <b>NIP / REGON</b>       |  |
| <b>Osoba do kontaktu</b> |  |
| <b>E-mail / telefon</b>  |  |

### 1. ZAKRES SKŁADANEJ OFERTY

- ☐ Część 1 - stanowisko EEG Biofeedback.
- ☐ Część 2 - system do treningu uwagi słuchowej.

### 2. CENA - CZĘŚĆ 1

| L p.                                 | Element ceny                                                               | Netto (zł) | VAT | Brutto (zł) | Producent / model / uwagi |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------|-----|-------------|---------------------------|
| 1                                    | Aparat EEG Biofeedback, oprogramowanie, licencje i akcesoria startowe      |            |     |             |                           |
| 2                                    | Dedykowany komputer oraz urządzenia peryferyjne - bez monitora             |            |     |             |                           |
| 3                                    | Monitor pacjenta min. 23,8 cala - odrębna pozycja                          |            | 0%  |             |                           |
| 4                                    | Moduł stymulacyjny „Film” lub równoważny                                   |            |     |             |                           |
| 5                                    | Biurko/stolik terapeuty, fotel terapeuty i fotel pacjenta                  |            |     |             |                           |
| 6                                    | Dostawa, montaż, instalacja, konfiguracja, uruchomienie, test i instruktaż |            |     |             |                           |
| <b>ŁĄCZNA CENA CZĘŚCI 1</b>          |                                                                            |            |     |             |                           |
| <b>Producent i model aparatu</b>     |                                                                            |            |     |             |                           |
| <b>Nazwa i wersja oprogramowania</b> |                                                                            |            |     |             |                           |
| <b>Zakres i okres licencji</b>       |                                                                            |            |     |             |                           |
| Realizacja do 31.08.2026 r.          |                                                                            | TAK / NIE  |     |             |                           |
| <b>Okres gwarancji (miesiące)</b>    |                                                                            |            |     |             |                           |

### 3. TABELA ZGODNOŚCI - CZĘŚĆ 1

| Lp | Wymaganie                                                                        | Parametr oferowany / TAK-NIE | Dokument / strona |
|----|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
| 1  | 4 kanały EEG + SpO2 + HR; aparat określany jako 5-kanałowy                       |                              |                   |
| 2  | Oprogramowanie w języku polskim i wymagane funkcje; moduł QEEG nie jest wymagany |                              |                   |
| 3  | Moduł „Film” lub równoważny                                                      |                              |                   |

| Lp. | Wymaganie                                          | Parametr oferowany / TAK-NIE | Dokument / strona |
|-----|----------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
| 4   | Elektrody, czepki M/L, żel min. 450 ml i akcesoria |                              |                   |
| 5   | Komputer: RAM min. 16 GB, SSD min. 512 GB          |                              |                   |
| 6   | Monitor min. 23,8 cala, Full HD                    |                              |                   |
| 7   | Wyposażenie gabinetu zgodne z OPZ                  |                              |                   |
| 8   | Instruktaż min. 4 godziny dla min. 2 osób          |                              |                   |
| 9   | Gwarancja min. 24 miesiące                         |                              |                   |

#### 4. CENA - CZĘŚĆ 2

**Uwaga: część 2 obejmuje zestaw terapeutyczny. Audiometr i odrębny moduł diagnostyczny nie są przedmiotem zamówienia i nie należy ich ujmować w cenie oferty.**

| L p.                                                | Element ceny                                                          | Netto (zł)                                                | VAT | Brutto (zł) | Producent / model / uwagi |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----|-------------|---------------------------|
| 1                                                   | Moduł dźwiękowy typu „elektroniczne ucho” lub równoważny              |                                                           |     |             |                           |
| 2                                                   | Oprogramowanie, biblioteka programów i bezterminowa licencja          |                                                           |     |             |                           |
| 3                                                   | 4 słuchawki powietrzno-kostne, mikrofon, opaski i pozostałe akcesoria |                                                           |     |             |                           |
| 4                                                   | Dedykowany laptop z systemem operacyjnym                              |                                                           |     |             |                           |
| 5                                                   | Dostawa, instalacja, konfiguracja, uruchomienie, test i instruktaż    |                                                           |     |             |                           |
| <b>ŁĄCZNA CENA CZĘŚCI 2</b>                         |                                                                       |                                                           |     |             |                           |
| <b>Producent, nazwa i wersja systemu</b>            |                                                                       |                                                           |     |             |                           |
| <b>Zakres i okres licencji</b>                      |                                                                       |                                                           |     |             |                           |
| <b>Liczba kont terapeutów / uczestników</b>         |                                                                       |                                                           |     |             |                           |
| <b>Liczba równoczesnych uczestników</b>             |                                                                       |                                                           |     |             |                           |
| <b>Liczba grup i ścieżek/programów</b>              |                                                                       |                                                           |     |             |                           |
| Realizacja do 31.08.2026 r.                         |                                                                       | TAK / NIE                                                 |     |             |                           |
| <b>Okres gwarancji (miesiące)</b>                   |                                                                       |                                                           |     |             |                           |
| <b>Wymagane szkolenie metodyczne/certyfikacyjne</b> |                                                                       | TAK / NIE; jeśli TAK - poziom, czas i koszt informacyjny: |     |             |                           |

#### 5. TABELA ZGODNOŚCI - CZĘŚĆ 2

| Lp. | Wymaganie                                                                      | Parametr oferowany / TAK-NIE | Dokument / strona |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
| 1   | Moduł dźwiękowy: filtrowanie, lateralizacja, przewodnictwo powietrzne i kostne |                              |                   |
| 2   | Jakość dźwięku min. 24 bit / 48 kHz                                            |                              |                   |



| Lp | Wymaganie                                                                                                                             | Parametr oferowany / TAK-NIE | Dokument / strona |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
| 3  | Oprogramowanie w języku polskim i nieograniczone programy własne                                                                      |                              |                   |
| 4  | Min. 12 grup i min. 390 gotowych ścieżek lub równoważnych konfiguracji                                                                |                              |                   |
| 5  | Zakres: autyzm, Asperger, afazja, ADHD, ADD, dysleksja, dyskalkulia, szkoła/przedszkole                                               |                              |                   |
| 6  | Niezależna terapia 4 osób równocześnie                                                                                                |                              |                   |
| 7  | Bezterminowa licencja; brak limitu kont terapeutów i uczestników                                                                      |                              |                   |
| 8  | 4 słuchawki powietrzno-kostne, mikrofon, opaski i akcesoria                                                                           |                              |                   |
| 9  | Laptop: RAM min. 16 GB, SSD min. 512 GB                                                                                               |                              |                   |
| 10 | Instruktaż techniczny min. 4 godziny dla min. 2 osób; stacjonarnie albo zdalnie na żywo                                               |                              |                   |
| 11 | Gwarancja min. 24 miesiące i bezpłatne wsparcie w okresie gwarancji                                                                   |                              |                   |
| 12 | Moduł dźwiękowy posiada status wyrobu medycznego; załączono dokument potwierdzający zgodne z prawem wprowadzenie do obrotu i używania |                              |                   |

## 6. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE CENY I OFERTY

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z zapytaniem ofertowym, OPZ i projektem umowy, nie wnosimy do nich zastrzeżeń, a podana cena obejmuje wszystkie koszty wymagane do należytego wykonania oferowanej części. Zastosowane stawki VAT są zgodne z przepisami obowiązującymi na dzień złożenia oferty; dla wyodrębnionego monitora w części 1 przyjęto stawkę 0%. W odniesieniu do każdej innej stawki obniżonej wskazaliśmy podstawę jej zastosowania i załączyliśmy dokument potwierdzający status produktu. Oferowane produkty są zgodne z informacjami podanymi w formularzu i załączonych dokumentach. Oferta pozostaje ważna przez 30 dni od upływu terminu składania ofert.

|                    |                          |
|--------------------|--------------------------|
|                    |                          |
| Miejscowość i data | Podpis osoby uprawnionej |



Fundusze Europejskie  
dla Małopolski



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



MAŁOPOLSKA