**Załącznik nr 1B-1 do SIWZ**

**(zadanie nr 1)**

**Parametry podlegające ocenie jakości**

**Zadanie nr 1. System implantu zakotwiczonego na przewodnictwo kostne wraz z procesorem dźwięku**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR/WARUNEK** | **OFEROWANY PARAMETR** | **PUNKTACJA****MAKSYMALNA** | **PUNKTACJA** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1. | Powierzchnia wspornika pokryta hydroksyapatytem |  | 10 | 0-10pkt brak 0 pkt, spełnienie warunku 10pkt |
| 2. | Procesor posiadający minimum 2 programy użytkowe możliwe do łatwej zmiany przez pacjenta |  | 5 | 0-5 pkt jeden program 0 pkt, dwa programy 5 pkt |
| 3. | Sygnalizacja akustyczna lub wizualna sposobu pracy procesora |  | 5 | 0-5pkt jeden sposób sygnalizacji 0 pkt, dwa sposoby 5 pkt |
| 4. | Możliwość wymiany sposobu mocowania procesora dźwięku z mocowania na wsporniku na mocowanie zaczepem magnetycznym |  | 10 | 0-10 pkt brak możliwości 0 pkt, spełnienie warunku 10 pkt |
| 5. | Możliwość zastosowania modułu przejściowego na implant lub wspornik umożliwiającego podłączenie procesora do już założonego implantu. |  | 5 | 0-5 pkt brak możliwości 0 pkt, spełnienie warunku 5 pkt |

....................................……..…… ..………………………………………………..……………………………

 *(miejscowość, data)* pieczęć i podpis lub kwalifikowany podpis elektroniczny osoby /osób wskazanych dokumencie, uprawnionej / uprawnionych do występowania w obrocie prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania oświadczeń woli w jego imieniu/

 **Załącznik nr 1B-2 do SIWZ**

**(zadanie nr 2)**

**Parametry podlegające ocenie jakości**

**Zadanie nr 2. Procesor dźwięku do założenia na już wszczepiony implant typ BAHA firmy Cochlear**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR/WARUNEK** | **OFEROWANY PARAMETR** | **PUNKTACJA****MAKSYMALNA** | **PUNKTACJA** |
| 1 | Wzmocnienie procesora min.55 dB |  | 10 | Wzmocnienie 55 dB 0 pktwzmocnienie więcej niż 55dB 10 pkt |
| 2. | Procesor posiadający programy użytkowe możliwe do łatwej zmiany przez pacjenta |  | 10 | Jeden program 0 pkt, dwa programy 10 pkt |
| 3. | Sygnalizacja akustyczna i/lub wizualna sposobu pracy procesora |  | 10 | Jeden sposób sygnalizacji 0 pkt, dwa sposoby 10 pkt |
| 4. | Możliwość założenia procesora na już założony implant bez konieczności jego modyfikacji przez zmianę wspornika |  | 10 | 0 pkt konieczność modyfikacji wspornika.10 pkt brak konieczności modyfikacji wspornika |

 ....................................……..…… ..………………………………………………..……………………………

 *(miejscowość, data)* pieczęć i podpis lub kwalifikowany podpis elektroniczny osoby /osób wskazanych dokumencie, uprawnionej / uprawnionych do występowania w obrocie prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania oświadczeń woli w jego imieniu/