|  |  |
| --- | --- |
|  (pieczęć Wykonawcy) | Załącznik nr 3a do SWZ  |
| Strona nr |  | stron. |
| z ogólnej liczby |  |

 **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**I. Dzierżawa zestawu sprzętu do zabiegów zaćmy, w którego skład wchodzi:**

|  |
| --- |
| **MIKROSKOP** |
| **L.p.** | **Opis wymaganych parametrów** | **Parametry****wymagane** | **Potwierdzenie spełnienia warunku:****„TAK”****lub PODAĆ** |
| **A** | **B** | **C** | **D\*** |
|  | **Nazwa aparatu:** | Podać |  |
|  | **Typ/model:** | Podać |  |
|  | **Rok produkcji: aparat wyprodukowany nie wcześniej niż w 2017 roku**  | Podać |  |
|  | **Producent/kraj:** | Podać |  |
|  | Ogniskowa soczewki głównej 175 mm lub 200mm. Soczewka mikroskopu zainstalowana powyżej źródła światła | TAK |  |
|  | Źródło światła halogenowe, zainstalowane bezpośrednio w głowicy mikroskopu, bez konieczności użycia światłowodu, soczewka obiektywu w mikroskopie ustawiona powyżej źródła światła | TAK |  |
|  | Okular główny z regulacją  kąta nachylenia w zakresie min. 0-215 stopni | TAK |  |
|  | Okulary w binokularze o powiększeniu 10 x | TAK |  |
|  | Powiększenie sterowane elektrycznie  min. 4x | TAK |  |
|  | Oświetlenie koaksjalne o minimalnej powierzchni 1750mm2 | TAK |  |
|  | Przełącznik wielofunkcyjny bezprzewodowy, min. 16 funkcyjny, wodoszczelny | TAK |  |
|  | Możliwość ustawienia głowicy w zakresie od -30 do +90 stopni | TAK |  |
|  | Ekran sterujący na wysokości oczu operatora | TAK |  |
|  | Możliwość zaprogramowania parametrów dla min. 5 użytkowników | TAK |  |
|  | Zasięg ramienia min. 1220 mm | TAK |  |
|  | Zwarta podstawa  jezdna o średnicy max. 810 mm | TAK |  |
|  | zestaw osłon na pokrętła do sterylizacji w autoklawie ;8 kompletów | TAK |  |
|  | Klasa ochronności 1, Typ B | TAK |  |
|  | Źródło zasilania: 110-240V; 50-60 Hz | TAK |  |

|  |
| --- |
| **BIOMETR OKULISTYCZNY** |
| **L.p.** | **Opis wymaganych parametrów** | **Parametry****wymagane** | **Potwierdzenie spełnienia warunku:****„TAK”****lub PODAĆ** |
| **A** | **B** | **C** | **D\*** |
|  | **Nazwa aparatu:** | Podać |  |
|  | **Typ/model:** | Podać |  |
|  | **Producent/kraj:** | Podać |  |
|  | **Rok produkcji:**  | Podać |  |
|  | Montowany na stoliku z elektryczną regulacją wysokości, z oparciem na głowę pacjenta. | TAK |  |
|  | Bezkontaktowy, automatyczny pomiar w osi widzenia następujących wielkości gałki ocznej.•Zakres długości fali wiązki pomiarowej: 1050-1080 nm.•Długość gałki ocznej AL w zakresie 14 – 38 mm.•Obrazowanie przestrzenne gałki ocznej w 2D-skan B•Głębokość komory przedniej (ACD) 0.7 – 8.0 mm•Keratometria (K) w zakresie promienia 5.5 – 10 mm.•Odległości White-to-White w zakresie 7 - 15 mm•Zdięcie referencyjne oka z pomiarem WTW.•Szerokości źrenicy CD w zakresie 2 – 13 mm.•Central Corneal Thickness (CCT) w zakresie 200-1200 µm•Lens Thickness (LT) w zakresie 0.5-10 mm•Astigmatism: zakres 0-180º, SD 5º•Aqueous Depth (AD)•ERV Mode(Enhanced Retina Visualisation) – możliwość zwiększenia dla pomiaru długości gałki ocznej do 100x(przy zaćmach dojrzałych) | TAK |  |
|  | Wszystkie pomiary wykonywane bezkontaktowo, automatycznie w jednym teście w technologii SS OCT z czasem jednego pomiaru pon. 1 sek. | TAK |  |
|  | Metody kalkulacji soczewek:- Barrett Toric Calculator- Barrett Universal II- Barrett True K- Holladay II- Holladay I- Holladay R- Haigis- SRK-T- Hoffer Q | TAK |  |
|  | Optymalizacja stałej A | TAK |  |
|  | Optymalizacja SIA | TAK |  |

|  |
| --- |
| **SYSTEM DO FAKOEMULSYFIKACJI** |
| **L.p.** | **Opis wymaganych parametrów** | **Parametry****wymagane** | **Potwierdzenie spełnienia warunku:****„TAK”****lub PODAĆ** |
| **A** | **B** | **C** | **D\*** |
| 1. | **Nazwa aparatu:** | Podać |  |
| 2. | **Typ/model:** | Podać |  |
| 3. | **Producent/kraj:** | Podać |  |
| 4. | **Rok produkcji:**  | Podać |  |
| 5. | Pompa perystaltyczna | TAK |  |
| 6. | Zakres przepływu aspiracyjnego 0-60 ml/min | TAK |  |
| 7. | System stabilizacji komory przedniej, automatycznie kompensujący wahania ciśnienia wewnątrzgałkowego w czasie zabiegu, pracujący w zakresie 20-110 mmHg | TAK |  |
| 8. | Zakres regulacji podciśnienia w trybie I/A min 0-700 mmHg | TAK |  |
| 9. | Przepływ zwrotny – reflux | TAK |  |
| 10. | Kaseta popmy perystaltycznej z membraną „perystaltyczna” zamiast klasycznego drenu naciągniętego na rolkach pompy. Kaseta zintegrowana z kompletem drenów | TAK |  |
| 11. | Zamknięty system płynowy | TAK |  |
| 12. | Głowica z min. 4-kryształowym elementem pizoelektrycznym | TAK |  |
| 13. | Głowica do fakoemulsyfikacji z możliwością ultradźwiękowej pracy oscylacyjnej. Oscylacje poprzeczne w stosunku do osi głowicy regulowane w sposób całkowicie niezależny od ruchu wzdłużnego , tj. ultradźwięków generowanych w osi głowicy (możliwość zastosowania tylko oscylacji poprzecznych) | TAK |  |
| 14. | Pulsacyjny tryb fakoemulsyfikacji | TAK |  |
| 15. | Zakres regulacji częstotliwości pulsów min 1-240 pulsów/sek | TAK |  |
| 16. | Tryb fako „burst” | TAK |  |
| 17. | Możliwość ustawienia czasu trwania pojedynczego pulsu w trybie „burst” | TAK |  |
| 18. | Tipy do fakoemulsyfikacji o podwójnym zagięciu (do góry, a następnie do dołu), których końcówka nie schodzi poniżej osi wzdłużnej tipa, średnica tipa poniżej 0,9 mm z rozwiązaniem typu ,,bypass”( specjalny otwór w ściance bocznej) | TAK |  |
| 19. | Napęd pneumatyczny noża do witrektomii | TAK |  |
| 20. | Możliwość pracy noża do witrektomii przedniej do min 3900 cięć/min | TAK |  |
| 21. | Diatermia zintegrowana z urządzeniem | TAK |  |
| 22. | Diatermia sterowana z przełącznika nożnego | TAK |  |
| 23. | Liniowy tryb pracy diatermii | TAK |  |
| 24. | Sygnalizacja parametrów pracy i stanów alarmowych | TAK |  |
| 25. | Sterownik niżny z regulacją zakresu poszczególnych pozycji | TAK |  |
| 26. | Bezprzewodowy pilot zdalnego sterowania | TAK |  |
| 27. | Możliwość programowania i sterowania przełącznikiem nożnym sekwencji zabiegu | TAK |  |
| 28. | Możliwość programowania wysokości statywu kroplówki w zakresie 13-110 cm | TAK |  |
| 29. | Możliwość pracy z urządzeniem do zapisu VIDEO parametrów wykonywanego zabiegu | TAK |  |
| 30. | Zintegrowana taca o regulowanej wysokości | TAK |  |
| 31. | Zintegrowany statyw kroplówki i podstawa jezdna | TAK |  |
| 32. | Zasilanie 220-240V/50-60Hz | TAK |  |
| 33. | Klasa ochronności I | TAK |  |
| 34. | Wyposażenie:- głowica do fakoemulsyfikacji – 7 szt.- głowica do fakoemulsyfikacji z czujnikiem ciśnienia – 1 szt.- końcówki bimanualne - 8 kompletów,- karta pamięci – 1 szt.,- penseta diatermiczna – 1 szt.,- przewód do diatermii – 2 szt.,Kluczyk do odkręcania tipa – 1 szt. | TAK |  |
| 35. | Instrukcja w języku polskim | TAK |  |
| 36. | Paszport techniczny urządzenia | TAK |  |
| 37. | Montaż, uruchomienie i szkolenie | TAK |  |
| 38. | Oryginalne materiały techniczne producenta potwierdzające parametry wpisane do tabeli | TAK |  |
| 39. | Gwarancja techniczna przez cały czas trwania umowy – obejmująca bezpłatne naprawy, wymiany podzespołów, okresowe przeglądy serwisowe wraz z materiałami do nich użytymi – wykonywane bezpłatnie | TAK |  |
| 40. | Przystąpienie serwisu do naprawy od chwili zgłoszenia max 48 godziny (dni robocze) | TAK |  |
| 41. | Nr kontaktu serwisowego | Podać |  |
| 42. | Możliwość zgłaszania awarii faxem przez 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu oraz przez kontakt telefoniczny w godzinach roboczych przez 5 dni w tygodniu | TAK |  |
| 43. | Aparat zastępczy przy naprawach trwających dłużej niż 48 godzin | TAK |  |

*\* Zamawiający w OPZ przedstawił minimalne wymagane parametr urządzeń/ aparatury/sprzętu. W kolumnie „D” należy wpisać parametry lub potwierdzić zapisem „TAK” spełnienie wymagań wskazanych przez Zamawiającego w OPZ.*

|  |
| --- |
| **WYPOSAŻENIE WIELORAZOWE DO FAKOEMULSYFIKACJI** |
| **L.p.** | Opis | Ilość sztuk | Rok produkcji | Producent/ kraj |
| 1. | Głowica do fakoemulsyfikacji z czujnikiem ciśnienia | 1 |  |  |
| 2. | Głowica do fakoemulsyfikacji | 7 |  |  |
| 3. | Zestaw do I/A bimanualnej | 8 |  |  |
| 4. | Klucz do igły wielorazowy | 1 |  |  |
| 5. | Pęseta diatermiczna | 1 |  |  |
| 6. | Kabel do diatermii | 2 |  |  |

Upełnomocniony Przedstawiciel Wykonawcy

........................................................................

 (podpis i pieczęć)

Data:..............................................................