Załącznik nr 6 do SWZ

Opis przedmiotu zamówienia dla Części VI - Lampa szczelinowa wraz z wyposażeniem – 1 szt.

1. Charakterystyka i parametry techniczne

**Oferowany typ/model/producent \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Rok produkcji \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Zamawiający dopuszcza złożenie ofert dla urządzenia o parametrach nie niższych niż wskazane poniżej zgodnie z wytycznymi zawartymi w SWZ.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametrów (wymagania minimalne)** | **Wymóg graniczny tak/nie** | **Opis parametrów oferowanych w przypadku zaoferowania urządzenia o wyższych/lepszych parametrach** |
| 1. | Rodzaj układu optycznego – podświetlenie dolne  |   |   |
| 2. | 5-cio stopniowy zmieniacz powiększeń: 5x, 8x, 12x, 20x, 32x |   |   |
| 3. | Regulacja kompensacji refrakcji badającego min. +/- 8D |   |   |
| 4. | Szerokość szczeliny od 0-14 mm (płynnie regulowana) |   |   |
| 5. | Długość szczeliny do 14 mm regulowana skokowo w min. 4 skokach (min. 0,3; 3,5; 8; 14 mm) z dodatkową, płynną regulacją w zakresie 1-6 mm |   |   |
| 6. | Odległość robocza – min. 65 mm |   |   |
| 7. | Zakres obrotu szczeliny +/- 90 stopni, płynnie w tym z 3 pozycjami stopu na +10/0/-10 stopni |   |   |
| 8. | Decentracja szczeliny min. +/- 4 stopnie horyzontalnie |   |   |
| 9. | Filtry min. 3: niebieski, zielony, absorbujący ciepło |   |   |
| 10. | Źródło światła - żarówka halogenowa min. 20W/6V |   |   |
| 11. | Podpora brody i czoła zintegrowana ze statywem lampy. |   |   |
| 12. | Szybka blokada pozycji lampy szczelinowej realizowana dźwignią umieszczoną nad manipulatorem |   |   |
| 13. | Pokrętło do regulacji płynności przesuwania lampy |   |   |
| 14. | Stolik z elektromotoryczną regulacją wysokości w zakresie min. 20 cm |   |   |
| 15. | Minimalna wysokość stolika 700 mm |  |  |
| 16. | Blat o wymiarach min. 450x650mm |  |  |

1. Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski (najbliżej miasta Warszawa): siedziba ……………………………………….. ul. ………………………………….. tel. …………………………………………… (uzupełnia Wykonawca).
2. Miejsce dostawy:
* do MWOMP w Płocku Oddział w Warszawie al. Wojska Polskiego 25.
1. Minimalny okres gwarancji – 12 miesięcy
2. Urządzenie nowe, nie powystawowe, wyprodukowane nie wcześniej niż w 2020 r. i wolne od wad.
3. Wraz z formularzem Oferty cenowej Wykonawca załącza również foldery, katalogi oraz aktualne polskie/lub obowiązujące w krajach Unii Europejskiej świadectwa/certyfikaty dopuszczenia do stosowania w placówkach ochrony zdrowia.
4. Dostawa i szkolenie pracowników obsługujących urządzenie w lokalizacji MWOMP jw.
5. Instrukcja w języku polskim dostarczona wraz z urządzeniem.
6. Informacje dodatkowe na temat zaproponowanego urządzenia:

*Wypełnia Wykonawca (jeśli dotyczy):*

1. Zakres przeglądów:
* …………………………………………………………….
* …………………………………………………………….
1. Częstotliwość wykonywania przeglądów:
* w okresie gwarancji ………………………………..…
* po okresie gwarancji ………………………………..…
1. Koszt jednego przeglądu:
* w okresie gwarancji …………………………………… zł netto, ……………………………. zł brutto
* po okresie gwarancji ………………………………….. zł netto, ……………………………. zł brutto

………………………………………

*kwalifikowany* *podpis elektroniczny,*

 *podpis zaufany, podpis osobisty*

osoby/osób uprawnionych/upoważnionych