Załącznik nr 2 do SWZ

|  |
| --- |
| TONOMETR BEZDOTYKOWY Z PACHYMETREM– 1szt. |
| Lp. | **CECHY APARATU** |  | *Poniżej należy* ***wypełnić*** *tabelę opisując lub potwierdzając wszystkie dane i parametry wymagane przez Zamawiającego* |
| 1. | Urządzenie typ, model  | Podać |  |
| 2. | Producent/Firma | Podać |  |
| 3. | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4. | Rok produkcji-fabrycznie nowe | TAK |  |
| 5. | Oznakowanie CE | TAK |  |
| **I** | **PODSTAWOWE PARAMETRY** | **xxxxxx** |  |
| 6 | Tonometr powietrzny - bezdotykowy. | TAK |  |
| 7 | Pachymetr optyczny - bezdotykowy. | TAK |  |
| 8 | Kalkulacja ciśnienia IOP względem grubości centralnej rogówki. | TAK |  |
| 9 | Urządzenie z automatycznie naprowadzaną głowicą na oko pacjenta. Automatyczna zmiana badanego oka. | TAK |  |
| 10 | Tryb pomiaru manualnego. | TAK |  |
| 11 | Sterowanie urządzenia za pomocą kolorowego ekranu dotykowego LCD. Wielkość ekranu min. 8”. | TAK |  |
| 12 | Odchylany i obrotowy pulpit sterowania urządzeniem | TAK |  |
| 13 | Obraz badanego oka na monitorze tonometru. | TAK |  |
| 14 | Dwa zakresy pomiarowe 0-30 mmHg i 0-60 mmHg. | TAK |  |
| 15 | Funkcja uzyskania średniej z minimum 3 pomiarów. | TAK |  |
| 16 | Ergonomiczna konstrukcja tonometru, zapewniająca wygodną pozycję pacjenta patrzącego podczas pomiaru lekko w dół. Pochylenie głowicy pomiarowej od 3° do 7° od poziomu. | TAK |  |
| 17 | Wbudowana drukarka, umożliwiająca wydruk dokonanych pomiarów. | TAK |  |
| 18 | Stolik elektryczny z regulowaną wysokością z możliwością badania pacjentów na wózkach inwalidzkich. | TAK |  |
| **II** | **WYMAGANIA OGÓLNE** | xxxxxxx |  |
| 19 | Aktualne certyfikaty i/lub deklaracje potwierdzające spełnienie odpowiednich dla wyrobu medycznego norm lub dyrektyw, uwzględniając w szczególności wymagania UE, deklaracja zgodności.Wpis do rejestru Wyrobów Medycznych. Podać numer. | TAK |  |
| 20 | Instrukcja obsługi, użytkowania oraz konserwacji i dezynfekcji w języku polskim przy dostawie (w formie wydrukowanej i elektronicznej). Skrócona instrukcja przy aparacie, po 1 egz.  | TAK |  |
| 21 | Dokumentacja/specyfikacja techniczna sprzętu w wersji elektronicznej i wydrukowanej w języku polskim | TAK |  |
| 22 | Instruktaż, szkolenie z zakresu obsługi personelu medycznego w ramach zakupu sprzętu w siedzibie zamawiającego, po bezwzględnym uzgodnieniu terminu szkolenia z kupującym wraz z wydaniem zaświadczenia, certyfikatu o przebytym szkoleniu | TAK |  |
| 23 | Instruktaż personelu technicznego w zakresie bieżącej konserwacji oraz podstawowych napraw wraz z wydaniem zaświadczenia, certyfikatu o przebytym szkoleniu dla dwóch osób | TAK |  |
| 24 | Okres pełnej gwarancji i obsługi serwisowej na oferowane urządzenia min. 24 miesiące *(niewłaściwe wykreślić lub usunąć)* kryterium oceniane | TAK | **24 m-ce - 0 pkt****36 m-cy 10 pkt****48 m-cy – 20 pkt** |
| 25 | Karta gwarancyjna wystawiona na zaoferowany okres gwarancji, wymagana przy dostarczeniu urządzeń | TAK |  |
| 26 | W okresie gwarancji min. 1 nieodpłatny przegląd w roku, zgodnie z zaleceniami producenta | TAK**opisać** |  |
| 27 | Czas naprawy urządzenia w okresie gwarancyjnym max 5 dni roboczych lub urządzenie zastępcze | TAK |  |
| 28 | Paszport techniczny przy dostawie | TAK |  |
| 29 | Termin dostawy, od podpisania umowy, max 30 dni wraz z protokolarnym przekazaniem, instalacją i uruchomieniem *(niewłaściwe wykreślić lub usunąć)* kryterium oceniane | TAK | **30 dni – 0 pkt****20 dni – 10 pkt****10 dni – 20 pkt** |
| 30 | Zabezpieczenie autoryzowanego serwisu w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym na okres minimum 10 lat | TAK |  |

UWAGA

Wypełniając powyższe tabele można je przepisać na komputerze i odpowiednio dostosować wielkość wierszy i kolumn do potrzeb wykonawcy, zachowując treść poszczególnych wierszy i ich kolejność zapisaną przez zamawiającego. Zmiana treści lub jej brak a także zmiana kolejności wierszy lub kolumn oraz ich brak spowoduje odrzucenie oferty.

Pytania dotyczące powyższych parametrów i wymagań muszą odnosić się precyzyjnie do poszczególnych punktów.

Niespełnienie choćby jednego z wymogów technicznych dotyczących aparatu stawianych przez zamawiającego w powyższej tabeli spowoduje odrzucenie oferty.

***Dokument należy podpisać podpisem elektronicznym: kwalifikowanym, zaufanym lub osobistym.***