**COZL/DZP/BB/3413/Z-162/2021**

***Załącznik nr 3 - Opis przedmiotu zamówienia***

| ***L.p.*** | **Parametr** | **Parametr graniczny** | **Parametry oferowane** **/podać zakres lub opisać/** /  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. ***Mobilny autorefraktometr pediatryczny – 1 szt.***
 |
| 1. ***WYMAGANIA OGÓLNE***
 |
|  | Oferowany model / producent / kraj pochodzenia /  | Podać |  |
|  | Urządzenia fabrycznie nowe z 2021 roku  | Tak Podać |  |
|  | Możliwość wykonania badania obuocznego z odległości 1 metra bez konieczności porażenia akomodacji | TAK |  |
|  | Wyposażony w drukarkę etykiet na podczerwień | TAK |  |
|  | Możliwość wydruku pomiaru z zewnętrznej drukarki | TAK |  |
|  | Baza danych pacjentów | TAK |  |
|  | Ekran dotykowy min. 5,5’’ | TAK |  |
|  | Waga max. 1,5 kg. | TAK |  |
|  | Technologia pomiaru to obuoczna retinoskopia światłem podczerwonym z podświetleniem 54 diod LED | TAK |  |
|  | Zakres pomiarowy (-) 7,00 – (+) 5,00 dpt w krokach co 0,25 dpt  | TAK |  |
|  | Możliwość badania przy wąskiej źrenicy | TAK |  |
| 1. ***INNE***
 |
|  | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 miesiące) | TAK |  |
|  | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu przeprowadzone w miejscu instalacji aparatu. | TAK |  |
|  | W komplecie Instrukcje Obsługi w języku polskim | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw oraz przeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zalece-niami producenta, potwierdzane wpisem do paszportu urządzenia. | TAK |  |

\*wypełnia Wykonawca

Oferta nie spełniająca parametrów granicznych podlega odrzuceniu bez dalszego rozpatrywania.

Oświadczamy, że:

• oferowany przez nas sprzęt jest nowy, nie był przedmiotem ekspozycji, wystaw itp.;

• oferowane przez nas urządzenie jest gotowe do pracy, zawiera wszystkie niezbędne akcesoria, bez dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi)

• zobowiązujemy się do dostarczenia, montażu i uruchomienia sprzętu w miejscu jego przeznaczenia

• zobowiązujemy się do przeszkolenia personelu w obsłudze urządzenia

• przeglądy techniczne wymagane przez producenta w okresie gwarancji na koszt wykonawcy

• ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji

• inne (jeśli dotyczy): ........................................................................................................................

……………………………………………………

Data i podpis Wykonawcy