**Załącznik nr 4 do SWZ**

**Aparat do fakoemulsyfikcji zaćmy – opis wymagań technicznych**

**Aparat do usuwania zaćmy metodą fakoemulsyfikacji i witrektomii przedniej, będący przedmiotem użyczenia:**

Producent : …………………………………………….………………

Nazwa handlowa : ……………………………………….……………

Model : ………………………………………………..………………

Stan: nowy lub używany – należy podać: ………….……………

Rok produkcji : **nie starszy niż 2015 -należy podać): …………**

**Wartość brutto – należy podać: ……………………………………**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr** | **Parametr  wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1 | Urządzenie nie starsze niż 2015 | Podadź rok |  |
| 2 | Głowica z 4-kryształowym elementem piezoelektrycznym | Tak |  |
| 3 | Głowica umożliwiająca oprócz pracy z tradycyjnymi ultradzwiękami (o kierunku przód tył) pracy z ultradźwiękami skrętnymi (oscylacje tipa w kierunku poprzecznym do głównej osi głowicy). Ruch oscylacyjny niezależny od ruchów wzdłużnych z możliwością całkowitego  wyłączenia ruchów wzdlużnych przy zachowaniu ruchów poprzecznych. | Tak |  |
| 4 | Podciśnienie przy Irygacji / aspiracji minimum do 650 mHg | Tak |  |
| 5 | Praca z kontrolą liniową mocy w trybie fako ciągłego, pulsacyjnego, burst | Tak |  |
| 6 | W trybie burst możliwość jednoczasowej kontroli: mocy ultradźwieków i przerw pomiędzy  wiązkami energii ultradzwiękowej | Tak |  |
| 7 | Diatermia zintegrowana z aparatem | Tak |  |
| 8 | Refluks | Tak |  |
| 9 | Sterownik nożny z regulacją zakresu poszczególnych pozycji – programowany z konsoli | Tak |  |
| 10 | Zintegrowana taca o regulowanej wysokości | Tak | — |
| 11 | Podciśnienie przy fakoemulsyfikacji do min. 650 mmHg | Tak |  |
| 12 | Sygnalizacja parametrów pracy i stanów alarmowych (czytelne komunikaty) | Tak |  |
| 13 | Komunikacja głosowa z użytkownikiem w języku polskim | Tak |  |
| 14 | Komunikaty na ekranie urządzenia w języku polskim  Zasilanie 220-240 v / 50 – 60 Hz | Tak  Tak |  |
| 15 |
| 16 | Klasa ochronności I | Tak |  |
| 17 | Instrukcja obslugi w języku polskim | Tak |  |
| 18 | Napęd pneumatyczny noża do witrektomii | Tak |  |
| 19 | Możliwość pracy noża pneumatycznego   z prędkością co najmniej 4000 cięć/min. | Tak |  |
| 20 | Pompa perystaltyczna | Tak |  |
| 21 | Złącze USB | Tak |  |
| 22 | Możliwość współpracy z urządzeniami do zapisu video parametrów wykonywanego zabiegu | Tak |  |
| 23 | Możliwość współpracy z głowicą do implantacji soczewek (automatyczny system do wszczepiania sztucznej soczewki sterowany z przełącznika nożnego) | Tak |  |
| 24 | Programowanie wartości roboczych dla nieograniczonej liczby operatorów | Tak |  |

**Urządzenia dodatkowo wymagane w celu konfiguracji aparatu do fakoemulsyfikacji zaćmy**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Urządzenie** | **Liczb szt.** | **Wymagane** | **Oferowane Tak** | **Oferowane**  **Nie** |
| Konsola | 1 szt | Tak |  |  |
| Przełącznik nożny | 1 szt | Tak |  |  |
| Instrukcja obsługi | 1 szt | Tak |  |  |
| Pilot zdalnego sterowania | 1 szt | Tak |  |  |
| Pokrowiec | 1 szt | Tak |  |  |
| Pamięć USB | 1 szt | Tak |  |  |
| Głowica OZIL do fakoemulsyfikacji | 3 szt. | Tak |  |  |
| Kluczyk do tipów | 1 szt. | Tak |  |  |
| Irygacja/Aspiracja | 3 szt | Tak |  |  |

**Wymagania dodatkowe – okres gwarancji**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Warunek | Wymagane | Oferowane  Tak/Nie |
| Gwarancja na cały okres obowiązywania umowy | TAK |  |
| Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| Szkolenie personelu w miejscu instalacji | TAK |  |
| Łatwa dostępność materiałów eksploatacyjnych | TAK |  |
| Aparat musi posiadać znak CE. | TAK |  |
| Koszt związany z dostawą, ewentualną odprawą celną, transportem, instalacją, szkoleniem pracowników w zakresie obsługi aparatów i w razie potrzeby lekarzy  ponosi Wykonawca. | TAK |  |

**Uwaga:**

1. Parametry opisane w Zestawieniu Parametrów Technicznych są bezwzględnie wymagane.
2. Nie spełnienie przez oferowany sprzęt jakiegokolwiek z parametrów wymaganych spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej z treścią SWZ.
3. Oświadczamy, że oferowany powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest zgodny z wymogami SWZ, kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

………………………………… Data i podpis Wykonawcy