Załącznik nr 7 do SWZ

Opis przedmiotu zamówienia dla Części VII - Tonometr bezdotykowy z pachymetrem 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)** | **Potwierdzenie spełnienia Tak/Nie** | **Opis parametrów oferowanych w przypadku zaoferowania urządzenia o wyższych parametrach** |
|  | Tonometr bezdotykowy  |
| 1. | Zakres pomiaru ciśnienia śródgałkowego 1-60 mmHG |  |  |
| 2. | Ustawienie zakresu pomiaru: APC40, APC60, 40, 60 (mmHG, APC-automatyczna kontrola podmuchu) |  |  |
| 3. | Kontrola wartości pomiarowych Tryb AI – automatyczne wykrywanie najlepszej wartości i automatyczne dopełnianie badania (Auto Complete) |  |  |
| 4. | Odległość robocza - 11 mm (dyszy od szczytu rogówki) |  |  |
| 5. | Źródło fiksacji - wewnętrzne źródło światła |  |  |
| 6. | Elektrycznie podnoszony regulacja ustawienia podbródka |  |  |
|  | Pachymetr bezdotykowy |
| 7. | Pomiar przy pomocy kamery Scheimpfluga |  |  |
| 8. | Zakres pomiaru - 150-1300 µm |  |  |
| 9. | Źródło światła - Niebieska dioda LED |  |  |
| 10. | Przekrój poprzeczny rogówki i podgląd kąta przesączania |  |  |
| 11. | Kompensacja IOP względem grubości rogówki |  |  |
| 12. | Naprowadzanie/pomiar:- Automatyczne, półautomatyczne lub manualne naprowadzanie w osi X,Y,Z- Automatyczny lub manualny pomiar |  |  |
| 13. | Monitor min. 5,7 cala, odchylany, kolorowy LCD |  |  |
| 14. | Drukarka - termiczna z gilotyną |  |  |
| 15. | Stolik jednostanowiskowy pod urządzenie podnoszony elektrycznie |  |  |
| 16. | Zasilanie urządzenia – 100-240 V ±10%, 50/60 Hz |  |  |
| 17. | Standardowe wyposażenie: 3 x rolka papieru termoczułego do drukarki, przewód zasilający, pokrowiec, papier do podbródka w ilości op. - 1000 szt. wraz z pinami mocującymi |  |  |
| 18. | Porty interfejsu: min. RS-232C, LAN, USB |  |  |

1. Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski (najbliżej miasta Radom): siedziba ……………………………………….. ul. ………………………………….. tel. …………………………………………… (uzupełnia Wykonawca).
2. Miejsce dostawy:
* do MWOMP w Płocku Oddział w Radomiu, ul. Rodziny Winczewskich 5.
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