**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia** **– Załącznik nr 3**

**COZL/DZP/MJ/3413/Z-157/2022 Autorefraktometr z keratometrem.**

| ***L.p.*** | **Parametry graniczne**  | **Warunek bezwzględnie konieczny** | **Oferowane urządzenie spełnia** **TAK/NIE opisać \*** |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** | Urządzenie posiadające funkcje: autorefraktometru oraz keratometru | Podać |  |
| **2** | Urządzenie z naprowadzaną głowicą na oko pacjenta za pomocą joysticka. Automatyczna detekcja badanego oka | TAK |  |
| **3** | Sterowanie urządzenia za pomocą kolorowego ekranu dotykowego LCD. Wielkość ekranu 8.5” | TAK |  |
| **4** | Tryby wykonywania pomiaru: automatyczny oraz ręczny | TAK |  |
| **5** | Wbudowana drukarka, umożliwiająca bezpośredni wydruk dokonanych pomiarów | TAK |  |
| **6** | Minimalna średnica źrenicy 2,0mm | TAK |  |
| **7** | Zakres pomiaru refrakcji sfery od -25D do +22D z dokładnością 0,12D i 0,25D |  |  |
| **8** | Zakres pomiaru cylindra od -10D do 10D z dokładnością 0,12D i 0,25D | TAK |  |
| **9** | Pomiar osi cylindra od 0 – 180 stopni co 1 i 5 stopni | TAK |  |
| **10** | Możliwość przedstawienia wyniku dla soczewki oddalonej (pomiar od jej tylnej powierzchni) od szczytu rogówki (VD) w odległości 0,00 mm, 12,00 mm, 13,75 mm | TAK |  |
| **11** | Rozluźnianie akomodacji badanego poprzez zamglenie optotypu | TAK |  |
| **12** | Funkcja pomiaru oka z soczewką wszczepioną (IOL) | TAK |  |
| **13** | Pojedynczy pomiar refrakcji realizowany poprzez skanowanie układu optycznego oka wiązka w kształcie okręgu, w obszarze większym niż wielkość kołowa wiązki, fizyczne uśrednienie pojedynczego wyniku w obszarze pomiarowym | TAK |  |
| **14** | Zakres pomiaru krzywizny rogówki: od 5 mm do 10 mm z krokiem 0,01 mm | TAK |  |
| **15** | Zakres pomiaru mocy rogówki od 67,5D do 33,75D | TAK |  |
| **16** | Zakres pomiaru mocy astygmatyzmu rogówki od -10D do +10D | TAK |  |
| **17** | Pomiar osi astygmatyzmu rogówki od 0 do 180 stopni co 1 i 5 stopni | TAK |  |
| **18** | Zakres pomiaru rozstawu źrenic PD: od 20mm do 85mm z krokiem 0,5mm | TAK |  |
| **19** | Wbudowane porty komunikacji urządzenia: USB, RS-232C, LAN RJ-45 | TAK |  |
| **20** | Gwarancja co najmniej 24 miesiące. | TAK |  |
| **21** | Deklaracje zgodności, Certyfikaty CE oraz inne dokumenty potwierdzające, że oferowane urządzenie medyczne jest dopuszczone do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r. (Dz. U. 2022 r., poz. 974 t.j.) W przypadku, gdy urządzenie nie jest urządzeniem medycznym inne dokumenty wymagane prawem dla danego typu urządzeń. | TAK |  |
| **22** | Oferowane urządzenia wraz z osprzętem muszą być kompletne i gotowe do użycia,bez konieczności dodatkowych zakupów przez Zamawiającego | TAK |  |
| **23** | Autoryzowany Serwis Producenta (nazwa i adres). | TAK, podać |  |
| **24** | Bezpłatne szkolenie personelu w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia przeprowadzone w miejscu instalacji urządzenia | TAK |  |
| **25** | W komplecie instrukcja obsługi w języku polskim i angielskim, w wersji papierowej i elektronicznej. | TAK |  |
| **26** | W okresie gwarancji wykonywanie bez dodatkowych opłat niezbędnych napraw orazprzeglądów technicznych zgodnie z wymaganiami/zaleceniami producenta, potwierdzane raportem serwisowym lub kartą pracy | TAK |  |
| **27** | Koszty dojazdu serwisu do i z miejsca użytkowania lub przewóz uszkodzonego sprzętu medycznego do i po naprawie w okresie trwania gwarancji obciążają Wykonawcę | TAK |  |
| **28** | Wsparcie serwisowe oraz dostępność części zamiennych co najmniej przez 7 lat po zakupie urządzenia. | TAK |  |

UWAGI:

1. Wskazane parametry jako „TAK” są warunkami granicznymi, których niespełnienie skutkuje odrzuceniem oferty.

2. Brak potwierdzenia jakiegoś parametru skutkuje odrzuceniem oferty.

3. Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszystkich dostępnych źródeł (zapytanie bezpośrednio u producenta sprzętu).

4. Oferowane urządzenia wraz z osprzętem muszą być kompletne i gotowe do użycia, bez konieczności dodatkowych zakupów przez Zamawiającego.

\*wypełnia wykonawca

…………………………………………………….

Podpis Wykonawcy