|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………..(nazwa i adres wykonawcy) |  | **Załącznik nr 2 i 2a do SWZ** |
| Dotyczy postępowania: Dostawa sprzętu medycznego na potrzeby Oddziału Okulistyki., znak sprawy: 4 WSzKzP.SZP.2612.116.2023  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zestawienie asortymentowo - cenowe przedmiotu zamówienia***„Cena brutto (zł)”, będąca podstawą do wyliczenia punktów za cenę – otrzymujemy ze wzoru: „Wartość jednostkowa netto[z])” razy „Ilość zakupu” – daje „Wartość jednostkowa netto –[zł]”, z której to wartości liczymy podatek vat i po dodaniu podatku vat do wartości netto otrzymujemy „Cenę brutto[(zł]”.*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pakiet | Nazwa asortymentu | Ilość [kpl.] | cena netto /kpl | suma netto [zł] | VAT | suma brutto[zł] |
| I | Autokeratorefraktometr | 1 kpl. |  |  | 8% |  |
| II | Tonometr bezkontaktowy (air puff) | 1 kpl. |  |  | 8% |  |
| III | Lampa szczelinowa | 2 kpl. |  |  | 8% |  |
| IV | Perymetr komputerowy (polomierz) | 1 kpl. |  |  | 8% |  |
| V | Laser okulistyczny YAG | 1 kpl. |  |  | 8% |  |
| **RAZEM CAŁOŚĆ** |  | **8%** |  |

**PARAMETRY TECHNICZNE****Pakiet I Autokeratorefraktometr – 1 kpl.****Wykonawca: ……………………………………………****Nazwa i typ: ……………………………………………****Producent/ Kraj : ……………………………………………****Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy, nieużywany, nierekondycjonowany, nie powystawowy / 2023r**\*Odpowiedź NIE w przypadku parametrów wymaganych powoduje odrzucenie oferty

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **PARAMETRY TECHNICZNE**  | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| **A.** | **PARAMETRY OGÓLNE**  |  |  |
| 1 | Wszystkie ruchy główne głowicy sterowane joystickiem | TAK, podać |  |
| 2 | Kolorowy, dotykowy, ekran LCD o przekątnej min. 8,5”. | TAK, podać |  |
| 3 | Funkcja pomiaru auto start i manualnie | TAK, podać |  |
| 4 | Minimalna średnica źrenicy 2 mm,  | TAK, podać |  |
| 5 | Możliwość pomiaru średnicy źrenicy, rogówki,  | TAK, podać |  |
| 6 | Zakres pomiaru refrakcji sfery od -25D do +22D lub większy, z dokładnością 0,12D i 0,25D | TAK, podać |  |
| 7 | Zakres pomiaru cylindra od -10D do +10D lub większy, z dokładnością 0,12D i 0,25D | TAK, podać |  |
| 8 | Pomiar osi cylindra od 0 do 180 stopni, co 1 stopień | TAK, podać |  |
| 9 | Możliwość przedstawienia wyniku dla soczewki oddalonej (pomiar od jej tylnej powierzchni) od szczytu rogówki (VD) w odległości 0mm, 12.00mm, 13.75mm | TAK, podać |  |
| 10 | Pojedynczy pomiar refrakcji realizowany poprzez skanowanie układu optycznego oka wiązką w kształcie okręgu, w obszarze większym niż wielkość kołowa wiązki, fizyczne uśrednienie pojedynczego wyniku w obszarze pomiarowym | TAK, podać |  |
| 11 | Rozluźnianie akomodacji badanego poprzez ruch optotypu | TAK, podać |  |
| 12 | Funkcja szybkich pomiarów, realizowana poprzez wyłączenie procedury rozluźnienia akomodacji po pierwszym pomiarze | TAK, podać |  |
| 13 | Możliwość pomiarów keratometrycznych | TAK, podać |  |
| 14 | Zakres pomiaru mocy rogówki od 67,5D do 33,75D  | TAK, podać |  |
| 15 | Zakres pomiaru mocy astygmatyzmu rogówki od -10D do +10D lub większy | TAK, podać |  |
| 16 | Pomiar osi astygmatyzmu rogówki od 0 do 180 stopni co 1 stopień | TAK, podać |  |
| 17 | Funkcja pomiaru oka z soczewką wszczepioną (IOL) | TAK, podać |  |
| 18 | Wbudowana drukarka, umożliwiająca bezpośredni wydruk dokonanych pomiarów | TAK, podać |  |
| 19 | Stolik z blatem elektrycznie regulowany góra – dół. pod dwa aparaty | TAK, podać |  |
| **B.** | **INNE** |  |  |
| 1 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta, wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |
| 2 | Czy producent zaleca wykonywanie przeglądów technicznych?Jeżeli TAK podać częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | TAK/NIE[[1]](#footnote-1) Podać jeśli zalecane |  |

**Treść oświadczenia wykonawcy:** 1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania postępowania do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

 ………............................................................................... podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencieuprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo**Pakiet II Tonometr bezkontaktowy (air puff) – 1 kpl.****Wykonawca: ……………………………………………****Nazwa i typ: ……………………………………………****Producent/ Kraj : ……………………………………………****Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy, nieużywany, nierekondycjonowany, nie powystawowy / 2023r**\*Odpowiedź NIE w przypadku parametrów wymaganych powoduje odrzucenie oferty

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **PARAMETRY TECHNICZNE**  | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| **A.** | **PARAMETRY OGÓLNE**  |  |  |
| 1 | Pomiar obuoczny realizowany w pełni automatycznie poprzez wskazanie na monitorze LCD źrenicy oka. | TAK, podać |  |
| 2 | Automatyczny przejazd z oka prawego na oko lewe. | TAK, podać |  |
| 3 | Automatyczna kompensacja IOP o grubość rogówki. | TAK, podać |  |
| 4 | Możliwość indywidualnej edycji w formule IOP parametru A i B. | TAK, podać |  |
| 5 | Funkcja automatycznego naprowadzania głowicy w trzech osiach (3D). | TAK, podać |  |
| 6 | Elektrycznie regulowana wysokość podbródka, sterowanie za pomocą dotykowego ekranu LCD.Dopuszczono zgodnie z odpowiedziami z dnia 11.10.2023Elektrycznie regulowana wysokość podbródka, sterowana za pomocą przycisku na konsoli | TAK, podać |  |
| 7 | Zakres pomiaru grubości rogówki 0.4 do 0.75 mm (krok 0.001 mm) | TAK, podać |  |
| 8 | Funkcja pomiaru auto start i manualnie. | TAK, podać |  |
| 9 | Funkcja automatycznego dopełnienia badania | TAK, podać |  |
| 10 | Automatyczny wydruk i automatyczne odcięcie papieru. | TAK, podać |  |
| 11 | Kolorowy, dotykowy, obrotowy w zakresie O-180 stopni, o zmiennym, regulowanym dowolnie kącie nachylenia ekran LCD o przekątnej min. 5,7” ~~8,5”.~~zmiana zgodnie z odpowiedziami z dnia 11.10.2023 | TAK, podać |  |
| 12 | Dwa zakresy pomiarowe ciśnienia wewnątrzgałkowego 0-30 mmHg i 0-60 mmHg z krokiem pomiarowym 1 mmHg. | TAK, podać |  |
| 13 | Możliwość uzyskania średniej z minimum 3 pomiarów. | TAK, podać |  |
| 14 | Odległość robocza min. 8 mm. zmiana zgodnie z odpowiedziami z dnia 11.10.2023 | TAK, podać |  |
| 15 | Automatyczne rozpoznawanie prawego lub lewego oka. | TAK, podać |  |
| 16 | Mechaniczna blokada zabezpieczająca przed dotknięciem oka. Sygnał dźwiękowy alarmujący zbyt małą odległość głowicy od oka badanegoDopuszczono zgodnie z odpowiedziami z dnia 11.10.2023Funkcja zabezpieczająca przed dotknięciem oka z graficznymi znacznikami. | TAK, podać |  |
| 17 | System graficznych znaczników ułatwiających pomiar manualny. | TAK, podać |  |
| 18 | Możliwość podłączenia z urządzeniami peryferyjnymi poprzez złącze LAN (Export), USB (Import), | TAK, podać |  |
| 19 | Stolik z blatem elektrycznie regulowany góra – dół. pod dwa aparaty | TAK, podać |  |
| **B.** | **INNE** |  |  |
| 1 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta, wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |
| 2 | Czy producent zaleca wykonywanie przeglądów technicznych?Jeżeli TAK podać częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | TAK/NIE[[2]](#footnote-2) Podać jeśli zalecane |  |

**Treść oświadczenia wykonawcy:** 1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania postępowania do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

 ………............................................................................... podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencieuprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo**Pakiet III Lampa szczelinowa - 2 kpl.****Wykonawca: ……………………………………………****Nazwa i typ: ……………………………………………****Producent/ Kraj : ……………………………………………****Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy, nieużywany, nierekondycjonowany, nie powystawowy / 2023r**\*Odpowiedź NIE w przypadku parametrów wymaganych powoduje odrzucenie oferty

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **PARAMETRY TECHNICZNE**  | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| **A.** | **PARAMETRY OGÓLNE**  |  |  |
| 1 |  Oświetlenie położone poniżej części optycznej (typ „Zeiss”).  | TAK, podać |  |
| 2 | Trzy powiększenia optyczne (10x, 16x, 25x,). | TAK, podać |  |
| 3 | Długość szczeliny: 1 – 14 mm, | TAK, podać |  |
| 4 | Szerokość szczeliny 0 – 14 mm (regulowana płynnie) | TAK, podać |  |
| 5 | Średnica oświetlanego pola: 14; 10; 5; 1; 0,2 mm | TAK, podać |  |
| 6 | Obrót szczeliny:+/-90deg | TAK, podać |  |
| 7 | Filtry: błękit kobaltowy, zielony, „amber” - kontrastujący siatkówkę i absorbujący ciepło. | TAK, podać |  |
| 8 | Rotacja szczeliny: 00 – 1800 regulowana płynnie | TAK, podać |  |
| 9 | Płynna regulacja natężenia światła potencjometrem umieszczonym w bezpośrednim sąsiedztwie joysticka, tak by obsługa joysticka oraz potencjometru mogła być wykonywana jedną ręką | TAK, podać |  |
| 10 | Ramię nośne mikroskopu posiadające kanał do prowadzenia przewodów umożliwiających poprowadzenie przewodów przystawki rejestratora obrazu wewnątrz korpusu ramienia nośnego mikroskopu, tak by przewody nie przeszkadzały podczas pracy przy urządzeniu | TAK, podać |  |
| 11 | Odległość od oka pacjenta / powierzchni pryzmy: 90 mm | TAK, podać |  |
| 12 | Oświetlenie halogenowe 6V, 20W. | TAK, podać |  |
| 13 | Ruch podstawowy sterowany za pomocą joystica: przesunięcie w bok 100mm, w głąb 90 mmm, w pionie 30mm | TAK, podać |  |
| 14 | Zakres regulacji rozstawu źrenic badającego: 55 -78mm. | TAK, podać |  |
| **B.** | **INNE** |  |  |
| 1 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta, wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |
| 2 | Czy producent zaleca wykonywanie przeglądów technicznych?Jeżeli TAK podać częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | TAK/NIE[[3]](#footnote-3) Podać jeśli zalecane |  |

**Treść oświadczenia wykonawcy:** 1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania postępowania do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

 ………............................................................................... podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencieuprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo**Pakiet IV Perymetr komputerowy (polomierz)- 1 kpl.****.****Wykonawca: ……………………………………………****Nazwa i typ: ……………………………………………****Producent/ Kraj : ……………………………………………****Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy, nieużywany, nierekondycjonowany, nie powystawowy / 2023r**\*Odpowiedź NIE w przypadku parametrów wymaganych powoduje odrzucenie oferty

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **PARAMETRY TECHNICZNE**  | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| **A.** | **PARAMETRY OGÓLNE**  |  |  |
| 1 | Perymetr statyczny projekcyjny (projekcja bodźca na czaszę perymetru) | TAK, podać |  |
| 2 | Czasza aparatu asferyczna o promieniu 30 cm zgodna ze standardem Goldmanna | TAK, podać |  |
| 3 | Fala bodźca w świetle widzialnym | TAK, podać |  |
| 4 | Czas trwania bodźca 200 ms | TAK, podać |  |
| 5 | Intensywność bodźca od 0,8 asb do 10000 asb | TAK, podać |  |
| 6 | Oświetlenie tła 31 asb | TAK, podać |  |
| 7 | Maksymalny obszar pomiaru +/-900 | TAK, podać |  |
| 8 | Wbudowany system czujników natężenia światła wewnątrz czaszy automatycznie regulujących natężenie światła tła w zależności od zaciemnienia pomieszczenia w których znajduje się aparat | TAK, podać |  |
| 9 | Wykonywanie testów progowych i przesiewowych w zakresie:- pole centralne- pole peryferyjne- pełne pole  | TAK, podać |  |
| 10 | Kolory znaczka: Biały, czerwony na białym, niebieski na białym | TAK, podać |  |
| 11 | Strategie mieszane testów:- badanie przesiewowe z uwzględnieniem bodźca względnego i bezwzględnego- badanie przesiewowe z pomiarem progowym w miejscu niedowidzenia |  |  |
| 12 | Algorytm skracający badanie bez straty informacji.  | TAK, podać |  |
| 13 | Wielkość bodźca regulowana w zakresie I-V wg. Goldmanna | TAK, podać |  |
| 14 | Podgląd video umożliwiający ciągłą kontrolę fiksacji pacjenta | TAK, podać |  |
| 15 | Kontrola fiksacji wg. metody Heijl-Krakau | TAK, podać |  |
| 16 | Automatyczny pomiar szerokości źrenicy | TAK, podać |  |
| 17 | Możliwość wykonania testu progowego dołka plamki | TAK, podać |  |
| 18 | Elektromotoryczne sterowanie podporą brody i czoła pacjenta | TAK, podać |  |
| 19 | Możliwość śledzenia ruchów głowy i gałki ocznej oraz automatyczna elektromotoryczna korekta pozycji podpory brody i czoła | TAK, podać |  |
| 20 | Kontrola błędów fałszywie negatywnych i fałszywie pozytywnych | TAK, podać |  |
| 21 | Możliwość śledzenia progresji zmian w czasie za pomocą Visual Field Index | TAK, podać |  |
| 22 | Urządzenie powinno być wyposażone w czaszę, komputer przetwarzający i archiwizujący dane oraz monitor zintegrowane w jednej obudowie |  |  |
| 23 | Sterowanie aparatem oraz wyświetlanie wyników poprzez wbudowany ekran dotykowy  | TAK, podać |  |
| 24 | Wbudowana statystyczna baza danych do porównań z normą wiekową | TAK, podać |  |
| 25 | Analiza statystyczna wyników badania (porównanie z normą wiekową, porównanie badań między sobą, oceny istotności odchylenia standardowego PSD, korygowane średnie odchylenie standardowe CPSD, oraz analiza w przypadku nieprzeziernych ośrodków optycznych oka, mapy prawdopodobieństwa dla jaskry) | TAK, podać |  |
| 26 | Uchwyt na soczewki korekcyjne z możliwością ruchu także w osi czaszy. | TAK, podać |  |
| 27 | Stolik o napędzie elektromotorycznym | TAK, podać |  |
| 28 | Drukarka laserowa umożliwiająca wydruk wyników testów  | TAK, podać |  |
| **B.** | **INNE** |  |  |
| 1 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta, wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |
| 2 | Czy producent zaleca wykonywanie przeglądów technicznych?Jeżeli TAK podać częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | TAK/NIE[[4]](#footnote-4) Podać jeśli zalecane |  |

**Treść oświadczenia wykonawcy:** 1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania postępowania do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

 ………............................................................................... podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencieuprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo**Pakiet V Laser okulistyczny YAG – 1 kpl..****Wykonawca: ……………………………………………****Nazwa i typ: ……………………………………………****Producent/ Kraj : ……………………………………………****Rok produkcji : sprzęt fabrycznie nowy, nieużywany, nierekondycjonowany, nie powystawowy / 2023r**\*Odpowiedź NIE w przypadku parametrów wymaganych powoduje odrzucenie oferty

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **PARAMETRY TECHNICZNE**  | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| **A.** | **PARAMETRY OGÓLNE**  |  |  |
| I | MODUŁ YAG: |  |  |
| 1 | Klasa lasera Klasa IIIb (3B) | TAK, podać |  |
| 2 | Źródło laserowe Q-Switched Nd:YAG | TAK, podać |  |
| 3 | Długość fali 1064 nm | TAK, podać |  |
| 4 | Regulacja energii 0,3 mJ – 10 mJ regulowana bezstopniowo | TAK, podać |  |
| 5 | Maksymalna energia 30 mJ w potrójnym pulsie | TAK, podać |  |
| 6 | Czas trwania pulsu 4 ns | TAK, podać |  |
| 7 | Sposób emisji pulsu 1/2/3 pulsy na strzał | TAK, podać |  |
| 8 | Tryb powtarzania 4 Hz w pojedynczym pulsie | TAK, podać |  |
| 9 | Wielkośc ogniska 8 mikronów FWHM | TAK, podać |  |
| 10 | Przesunięcie ogniskowania (Defokalizacja) 0µm/100µm/200µm/300µm/400µm/500µm/1000µm/2000µm dla trybu Posterior; 0µm/100µm/200µm/300µm/400µm/500µm dla trybu Anterior. | TAK, podać |  |
| 11 | Rozbieżność wiązki 16 stopni | TAK, podać |  |
| 12 | Laserowy filtr bezpieczeństwa OD ≥ 5 @ 1064 nm | TAK, podać |  |
| 13 | Promień celujący Podwójna wiązka celownicza - kolor zielony, 515 nm, regulowana intensywność | TAK, podać |  |
| II | MODUŁ SLT |  |  |
| 14 | Klasa lasera Klasa IIIb (3B) | TAK, podać |  |
| 15 | Źródło laserowe Q-Switched zdwojonej częstotliwości Nd:YAG | TAK, podać |  |
| 16 | Długość fali 532 nm | TAK, podać |  |
| 17 | Regulacja energii 0,3 mJ – 2,6 mJ regulowana bezstopniowo | TAK, podać |  |
| 18 | Czas trwania pulsu 3 ns | TAK, podać |  |
| 19 | Maksymalna częstotliwość powtarzania 4 Hz | TAK, podać |  |
| 20 | Wielkość ogniska 400 mikronów | TAK, podać |  |
| 21 | Rozbieżność wiązki < 3 stopnie | TAK, podać |  |
| 22 | Laserowy filtr bezpieczeństwa OD ≥ 5.5 @ 532 nm | TAK, podać |  |
| 23 | Promień celujący Pojedyncza wiązka celownicza - kolor czerwony, 635 nm, regulowana intensywność | TAK, podać |  |
| III | LAMPA SZCZELINOWA |  |  |
| 24 | Typ mikroskopu Stereoskopowy zbieżny mikroskop Galileusza ze współosiową optyką | TAK, podać |  |
| 25 | Soczewka obiektywu 1,25x | TAK, podać |  |
| 26 | Soczewka okularu 12,5 x z regulacją dioptrii ± 5D | TAK, podać |  |
| 27 | Poziomy powiększenia Poziomy powiększenia 10x, 17x, 29x zoptymalizowane w celu lepszej wizualizacji odcinka przedniego | TAK, podać |  |
| 28 | Regulacja dystansu między źrenicami 55 mm – 88mm | TAK, podać |  |
| 29 | Dystans roboczy 55mm | TAK, podać |  |
| 30 | Regulacja szczeliny 0 – 12 mm | TAK, podać |  |
| 31 | Rotacja szczeliny +/- 90 stopni | TAK, podać |  |
| 32 | Podświetlone pole widzenia 0,5mm/5mm/8 mm/12mm lub 0,5mm/ 3mm/8mm/12mm | TAK, podać |  |
| 33 | Kąt oświetlenia 180 stopni w płaszczyźnie horyzontalnej | TAK, podać |  |
| 34 | System składanego lustra podczas emisji wiązki terapeutycznej  | TAK, podać |  |
| 35 | Współosiowa optyka z promieniem wiązki terapeutycznej | TAK, podać |  |
| 36 | Filtry niebieski-zielony, fioletowy-niebieski, czerwony | TAK, podać |  |
| 37 | Oświetlacz LED | TAK, podać |  |
| 38 | Joystic przystosowany do wyzwalania wiązki laserowej oraz płynnego sterowania mocą lasera | TAK, podać |  |
| 39 | Interfejs użytkownika - wyświetlacz 10.1" w postaci dotykowego ekranu umożliwiający zmianę parametrów pracy lasera | TAK, podać |  |
| 40 | Wyświetlacz wskazujący aktualną moc w okularze lampy szczelinowej oraz tryb pracy lasera. | TAK, podać |  |
| 41 | Możliwy zdalny dostęp serwisu do urządzenia przez Internet | TAK, podać |  |
| IV | Dodatki: |  |  |
| 42 | Dedykowany stolik do lasera | TAK, podać |  |
| 43 | Soczewka kontaktowa do Vitreolizy; powiększenie obrazu: 1.16x; powiększenie ogniska lasera 0.86x | TAK, podać |  |
| 44 | Soczewka kontaktowa do kapsulotomii; powiększenie obrazu: 1.8x; powiększenie ogniska lasera 0.56x | TAK, podać |  |
| 45 | Soczewka kontaktowa do irydotomii; powiększenie obrazu: 1.5x; powiększenie ogniska lasera 0.67x | TAK, podać |  |
| 46 | Soczewka kontaktowa do SLT; powiększenie obrazu: 1x; powiększenie ogniska lasera 1x | TAK, podać |  |
| **B.** | **INNE** |  |  |
| 1 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim, w formie papierowej i elektronicznej, skrócona wersja instrukcji obsługi i BHP w formie zalaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), paszport techniczny, karta gwarancyjna, wykaz punktów serwisowych, kopie dokumentów wraz z tłumaczeniem w przypadku oryginału w języku obcym: Certyfikat CE (jeżeli dotyczy) oraz Deklaracja Zgodności – wystawiona przez producenta, wykazu czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji | TAK z dostawą |  |
| 2 | Czy producent zaleca wykonywanie przeglądów technicznych?Jeżeli TAK podać częstotliwość wykonania przeglądów technicznych zalecanych przez producenta | TAK/NIE[[5]](#footnote-5) Podać jeśli zalecane |  |

**Treść oświadczenia wykonawcy:** 1. Oświadczamy, że przedstawione powyżej dane są prawdziwe oraz zobowiązujemy się w przypadku wygrania postępowania do dostarczenia sprzętu spełniającego wyspecyfikowane parametry.
2. Oświadczamy, że oferowany, powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do eksploatacji, bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

 ………............................................................................... podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencieuprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo |

1. Odpowiedź NIE - nie powoduje odrzucenia oferty [↑](#footnote-ref-1)
2. Odpowiedź NIE - nie powoduje odrzucenia oferty [↑](#footnote-ref-2)
3. Odpowiedź NIE - nie powoduje odrzucenia oferty [↑](#footnote-ref-3)
4. Odpowiedź NIE - nie powoduje odrzucenia oferty [↑](#footnote-ref-4)
5. Odpowiedź NIE - nie powoduje odrzucenia oferty [↑](#footnote-ref-5)