|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane, tak/nie, podać, opisać** |
|  | **Laser okulistyczny siatkówkowy** |  |  |
|  | Oferowany model | Tak, podać |  |
|  | Producent | Tak, podać |  |
|  | Kraj pochodzenia | Tak, podać |  |
|  | Rok produkcji min. 2022 r. | Tak, podać |  |
|  | Laser okulistyczny zintegrowany z lampą typu Haag-Streit do laseroterapii siatkówki | Tak, podać |  |
|  | Światłowodowe źródło lasera o długości fali 577nm | Tak, podać |  |
|  | Tryb pracy lasera: podprogowy, impulsowy, ciągły | Tak, podać |  |
|  | Zakres regulacji mocy wyjściowej lasera 50-2000mW | Tak, podać |  |
|  | Średnica ogniska koagulacji w zakresie min. 50 - 400 μm, zmieniana w sposób ciągły | Tak, podać |  |
|  | Czas trwania impulsu w trybie pracy impulsowej min.: od 0,01 s do 45,0 s | Tak, podać |  |
|  | Czas trwania impulsu w trybie podprogowym min.: od 0,1ms do 1,00 ms; cykl pracy w zakresie min.: 5-100% | Tak, podać |  |
|  | Przerwa między impulsami w zakresie min.: od 0,1 s do 1 s | Tak, podać |  |
|  | Dostępne wzorce w trybie pattern: kwadrat, koło, łuk | Tak, podać |  |
|  | Kwadrat regulowany w zakresie: min. 8x8 ognisk laserowych  | Tak, podać |  |
|  | Siatka plamki żółtej z polem niepoddawanym zabiegowi o promieniu regulowanym od 100 µm - 1000µm | Tak, podać |  |
|  | Wielofunkcyjny sterownik nożny pozwalający na regulację mocy, wyzwalanie impaktu oraz uzbrojenie lasera | Tak, podać |  |
|  | Lampa szczelinowa z oświetleniem LED z min. 5 powiększeniami | Tak, podać |  |
|  | Zintegrowany komputer sterujący z kolorowym, dotykowym ekranem, pozwalający na bezpośredni wybór funkcji laserowania: zmianę energii, czas impulsu, częstotliwość powtarzania | Tak, podać |  |
|  | Bezprzewodowy mikromanipulator do regulacji parametrów wzorców siatki lasera | Tak, podać |  |
|  | Funkcja pozwalająca na wybór modelu używanej soczewki i automatycznego przeliczania wielkości ogniska na siatkówce | Tak, podać |  |
|  | Funkcja działająca w trybie multispot pozwalająca na dokończenie przerwanego wzoru laserowania | Tak, podać |  |
|  | Funkcja pozwalająca na generowanie raportów z badania i eksport na zewnętrzny nośnik danych poprzez złącze USB lub wydruk  | Tak, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane, tak/nie, podać, opisać** |
| **Gwarancja i serwis:** |
|  | Termin rozpoczęcia gwarancji - licząc od dnia oddania urządzenia do użytkowania (gwarancja bezwarunkowa) **12, lub 24 miesiące** | Tak, podać |  |
|  | Gwarancja obejmuje:- przeglądy w okresie jej trwania- wymiany/naprawy uszkodzonych części oraz podzespołów- dojazdy/przejazdy pracowników Wykonawcy- robociznę- wszystkie pozostałe koszty niezbędne do wykonania czynności serwisowych | Tak, podać |  |
|  | W okresie trwania gwarancji przeglądy zgodnie z wymaganiami producenta, min. 1 na rok, wykonywane na koszt Wykonawcy | Tak, podać |  |
|  | Instrukcja obsługi w j. polskim w formie papierowej dostarczona w dniu dostawy sprzętu | Tak, podać |  |
|  | Czas przystąpienia serwisu do naprawy w okresie gwarancyjnym w przypadku wystąpienia awarii uniemożliwiającej pracy na oferowanym urządzeniu ≤48 (godziny)  | Tak, podać |  |
|  | Aktualizacja oprogramowania w okresie gwarancji na koszt Wykonawcy (jeżeli dotyczy) | Tak, podać |  |
|  | Czas usunięcia uszkodzeń w przypadku konieczności importu części - max 14 dni roboczych | Tak, podać |  |
|  | Czas usunięcia uszkodzeń niewymagającego importu części - max 7 dni roboczych | Tak, podać |  |
|  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 2 dni robocze Wykonawca zobowiązuje się do dostarczenia urządzenia zastępczego | Tak, podać |  |
|  | Autoryzowany serwis na terenie Polski - podać nazwę, adres, telefon kontaktowy wraz z dokumentacją potwierdzającą autoryzację **(Wykonawca dostarczy dokumentację potwierdzającą autoryzację wraz z ofertą).** | Tak, podać |  |
| **Termin realizacji i płatność:** |
|  | Dostawa sprzętu max. do **4** lub **6** tygodni od daty podpisania umowy (zgodnie z kryterium zaoferowanym w załączniku nr 1 do SWZ) | Tak, podać |  |
|  | Termin płatności w ciągu 30 dni od daty podpisania protokołu odbioru oraz otrzymania prawidłowo wystawionej faktury | Tak, podać |  |
| **Szkolenia:** |
|  | Szkolenie ( 2 krotne) dla personelu podczas instalacji i montażu urządzeń :- medycznego (lekarze)- instrumentariuszkiZakres szkolenia:- obsługa urządzeń: dobór nastaw i parametrów- konserwacja i montaż oraz demontaż akcesoriów zużywalnych | Tak, podać |  |

 ………………………………………….

Kwalifikowany podpis elektroniczny/ podpis zaufany/

podpis osobisty (e-dowód) Uprawnionego

przedstawiciela Wykonawcy