Załącznik nr 2

***ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH***

***Dostawa wielofunkcyjnego zintegrowanego urządzenia do automatycznego pomiaru refrakcji, keratometrii, tonometrii i pachymetrii (auto – refrakto – kerato – tonometru z pachymetrią)
 do WSPL SP ZOZ w Koszalinie***

**Nazwa oferowanego urządzenia: *Auto – refrakto – kerato – tonometru
 z pachymetrią***.

**Model / typ oferowanego urządzenia:** ………………………………….…….…………

**Producent/firma:** ……………….…………………..………...………………….............…

**Rok produkcji:** **2021**………………………………….……………………………….........

**Kraj pochodzenia:** ……………………………….………………………….………..……..

**Okres gwarancji:** …………………………………………………..………………...………

**Jednostka miary: 1 KOMPLET** ...................................................................................

| ***Lp.*** | ***WYMAGANE WARUNKI I PATAMETRY PARAMETRY – OPIS*** | ***Warunki wymagane i wartości parametrów*** | ***WARTOŚĆ OFEROWANA******(potwierdzić spełnienie warunku, podać wartości liczbowe wymaganego parametru, opisać, podać zakresy, itp.)*** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wymogi ogólne :** |
| 1. | Okres gwarancji – minimum 24 miesiące licząc od dnia podpisania protokołu zdawczo - odbiorczego | **Okres nie krótszy niż 24 miesiące** (wymagane) |  |
| 2. | Możliwość przedłużenia gwarancji | **TAK** |  |
| 3. | Okres dostępności części zamiennych minimum 10 lat. | **TAK****wymagane** |  |
| 4. | Dostawa: w cenie | **TAK****wymagane**  |  |
| 5. | Montaż i uruchomienie (w tym wykonanie badania bezpieczeństwa elektrycznego – przekazanie: protokołu z pomiaru, świadectwa wzorcowania urządzania pomiarowego, poświadczone za zgodność z oryginałem, świadectwo kwalifikacji osoby wykonującej pomiar na stanowisku D i E w zakresie kontrolno - pomiarowym): w cenie | **TAK****wymagane**(przy montażu) |  |
| 6. | Urządzenie nowe, nie stanowiące przedmiotu wystawkowego, nigdy nie używane i nigdy nie naprawiane. | **TAK****wymagane** |  |
| 7. | Szkolenia personelu: w cenie | **TAK****wymagane** |  |
| 8. | Świadectwo zgodności CE | **TAK** **(załączyć)**  |  |
| 9. | Inne certyfikaty i świadectwa wymagane przepisami prawa | **TAK****(załączyć)**  |  |
| 10. | Spełnienie wymogów obowiązującego prawa w tym ustawy o wyrobach medycznych | **TAK** |  |
| 11. | Wykaz dostawców części zamiennych wymaganych do prawidłowego i bezpiecznego działania urządzenia (zgodnie z art. 90 ust. 3 Ustawy o wyrobach medycznych) | **TAK** **(przy dostawie)** |  |
| 12. | Wykaz podmiotów upoważnionych do wykonywania czynności serwisowych (zgodnie z art. 90 ust. 4 Ustawy o wyrobach medycznych) | **TAK** **(załączyć)** |  |
| **Parametry techniczne :** |
| **Refrakcja** |
| 1. | Strefa – zakres: -30 D do +25 D lub szerszy | **TAK wymagane**(podać opis) |  |
| 2. | Krok pomiaru strefy do wyboru co najmniej: 0,01 D; 0,12 D; 0,25 D | **TAK wymagane**(podać opis) |  |
| 3. | Cylinder – zakres: 0 – 12 D lub szerszy | **TAK wymagane**(podać opis) |  |
| 4. | Oś – zakres: 00 – 1800 | **TAK wymagane**(podać opis) |  |
| 5. | Rozstaw źrenic – zakres: 30 – 85 mm lub szerszy | **TAK wymagane**(podać opis) |  |
| 6. | Minimalna średnica źrenic: 2,0 mm lub mniejsza | **TAK wymagane**(podać opis) |  |
| 7. | Możliwość pomiaru refrakcji przy zaawansowanej zaćmie i wszczepionych soczewkach IOL | **TAK wymagane** |  |
| 8. | Pomiar wartości refrakcji metodą obrazowania szerokiej strefy źrenicznej  (**Large Pupil Zone Imaging Method**) – zakres 1-6 mm lub szerszym | **TAK wymagane**(podać opis) |  |
| 9. | Badanie wykonywanie przy zastosowaniu technologii **SLD (Super Luminescent Diode)**. | **TAK wymagane** |  |
| **Keratometria** |
| 1. | Promień krzywizny rogówki – zakres: 5,0-13,00 mm lub szerszy | **TAK wymagane**(podać opis) |  |
| 2. | Moc refrakcyjna rogówki – zakres: 26 D – 67 D lub szerszy | **TAK wymagane**(podać opis) |  |
| 3. | Oś – zakres: 00 – 1800 | **TAK wymagane** |  |
| 4. | Astygmatyzm rogówki – zakres: 0D – 12 D | **TAK wymagane**(podać opis) |  |
| **Tonometria** |
| 1. | Ciśnienie wewnątrzgałkowe – zakres pomiaru: 1-60 mmHg lub szerszy | **TAK wymagane**(podać opis) |  |
| 2. | Ustawienie zakresów pomiarowych:1-40 mmHg, 1–60 mmHg | **TAK wymagane**(podać opis) |  |
| 3. | Funkcja automatycznej kontroli siły podmuchu (APC) | **TAK wymagane** |  |
| **Pachymetria** |
| 1. | Grubość rogówki – zakres: 300 – 800 µm lub szerszy | **TAK wymagane**(podać opis) |  |
| 2. | Automatyczne obliczenia ciśnienia uwzględniające grubość rogówki | **TAK wymagane** |  |
| 3. | Pomiar bezkontaktową metodą optyczną | **TAK wymagane** |  |
| **Pozostałe** |
| 1. | Drukarka termiczna do wydruku wyników | **TAK wymagane**(podać opis) |  |
| 2. | Kolorowy, uchylny, dotykowy monitor LCD o wielkości co najmniej 7 cali | **TAK wymagane**(podać opis) |  |
| 3. | Automatyczny pomiar wielkości źrenicy i rogówki | **TAK wymagane** |  |
| 4. | Funkcja retroiluminacji do oceny przezierności soczewki | **TAK wymagane** |  |
| 5. | Możliwość wyboru pracy: a) autonaprowadzanie głowicy pomiarowej w osiach X-Y-Z oraz funkcja autostartub) tryb manualny przy użyciu dżojstika  | **TAK wymagane** |  |
| 6. | Komunikacja: RS-232C; LAN; WLAN; USB | **TAK wymagane** |  |
| 7. | Zasilanie 230 V 50 Hz | **TAK wymagane** |  |
| 8. | Wymiary urządzenia | Podać opis |  |
| **Wymagania dodatkowe** |
| 1. | Instrukcja obsługi w języku polskim 3 szt. (w tym 1 egz. w wersji elektronicznej) | **TAK** (załączyć wersję elektroniczną) |  |
| 2. | Prospekt producenta lub inne dokumenty potwierdzające parametry techniczne urządzenia | **TAK** (załączyć) |  |
| 3. | Formularz rekomendowanych okresowych czynności konserwacyjnych (przeglądy, wymiany, itp.) | **TAK** (załączyć) |  |

**UWAGA:**

Zamawiający wymaga, aby Wykonawcy wpisywali w rubrykę „wartość oferowana” w niniejszym załączniku właściwości techniczne oferowanych urządzeń. Zamawiający nie ocenia parametrów technicznych punktami, traktuje je jako bezwzględnie wymagane.

Podanie w niniejszym załączniku chociażby jednej pozycji „nie” spowoduje odrzucenie oferty, jako niezgodnej z opisem zamówienia. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne, nowe i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

……………………………………

*(data, pieczęć i podpis osób/y*

*upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*