**EZ/83/2022/ESŁ**

**Załącznik nr 2.2 do Zaproszenia**

*(Załącznik nr 1 do umowy)*

**ZESTAWIENIE WARUNKÓW I PARAMETRÓW WYMAGANYCH**

**Pakiet nr 2 – Asortyment okulistyczny**

1. Panel optotypów – 1 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **OPIS MINIMALNYCH WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH** | **PARAMETR WYMAGANY**  | **PARAMETR OFEROWANY**  |
| PANEL OPTOTYPÓW |
| 1 | Producent/Firma | Podać |  |
| 2 | Kraj | Podać |  |
| 3 | Nazwa produktu/Model/Nr katalogowy | Podać |  |
| 4 | Urządzenie fabrycznie nowe. Rok produkcji 2022. | TAK |  |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |
| 5 | Wymiary zewnętrzne max. 605 x 370 x 30 mm (szer. x wys x gł.) | Podać |  |
| 6 | Masa max. 3,5 kg | Podać |  |
| 7 | Zasilanie: Zasilacz zewnętrznyINPUT: 100 – 240V ~0,9 A 50/60 Hz.OUTPUT: 12.0V 3.0A DC | Podać |  |
| 8 | Maksymalny pobór mocy: 35W | Podać |  |
| 9 | Rozmiar ekranu: LCD 24’’ | TAK |  |
| 10 | Szybkość zmiany optotypy: 0,5 s | TAK |  |
| 11 | Odległość refrakcyjna: 2,0 do 7 m | TAK |  |
| 12 | Jasność tła: 200cd/m2 | TAK |  |
| 13 | Czas automatycznego wyłączenia panela konfigurowany: 5, 10, 15 minut | TAK |  |
| 14 | Programy użytkownika: 3 programy do piętnastu testów w każdym | TAK |  |
| 15 | Rozstaw otworów mocujących VESA: 200 / 100 mm | TAK |  |
| **ZESTAW OPTOYPÓW I TESTÓW** |
| 16 | **Tablice literowe**Zestaw dostępnych optotypów:Sloan, Snellen, CyrylicaDostępne sposoby prezentacji:Snellen, LogMar, Snellen modyfikowany, Snellen kontrastowy, DIN | TAK |  |
| 17 | **Tablice symboli**Zestaw dostępnych optotypów:Standard, Allen, Hands, HOTV, HYVA, SymbolsDostępne sposoby prezentacji:Snellen, LogMar, Snellen modyfikowany, Snellen kontrastowy, DIN | TAK |  |
| 18 | **Tablice cyfr**Zestaw dostępnych optotypów:Standard, Cyfry 1, Cyfry 2, DigitalDostępne sposoby prezentacji:Snellen, LogMar, Snellen Modified, Snellen Contrast, DIN | TAK |  |
| 19 | **Tablice E Snellena**Dostępne sposoby prezentacji:Snellen, LogMar, Snellen Modified, Snellen Contrast, DIN | TAK |  |
| 20 | **Tablice C Landolt**Dostępne sposoby prezentacji:Snellen, LogMar, Snellen Modified, Snellen Contrast, DIN | TAK |  |
| 21 | **Testy Heterophorii - ( Haase tests )**Pointer wertykalny, Pointer horyzontalny, Pointer wert/horyzTriangle 11mm Stereo test, Triangle 20mm stereo test Vertical Coincidence, Cross Test - dissociated PhoriaStereo quaintitative, D5 Stereo quaintitative D5 Cowen, Random stereo | TAK  |  |
| 22 | **Tablice EDTRS**Tablica ETDRS 1Tablica ETDRS 2Tablica ETDRS RTablica ETDRS, rewizja 2000 C1Tablica ETDRS, rewizja 2000 C2Tablica ETDRS, rewizja 2000 C3 | TAK |  |
| 23 | **Testy czarno-białe**Siatka krzyżowaSiatka krzyżowa (biały)Siatka (dzieci)Cylinder krzyżowyCylinder krzyżowy (biały)Astygmatyzm zielonyAstygmatyzm SnellenaPunkt mocowaniaAmsler | TAK |  |
| 24 | **Testy Czerwono-Zielone**SchoberWorthCzerwono – zielonyCztery kropki StereoKoincydencja pionowaKoincydencja poziomaRozbieżność fiksacji | TAK |  |
| 25 | **Testy widzenia barwnego**100 barwD15 nasyconyD15 nienasyconyTest WilczkaTest Ishihar | TAK |  |
| 26 | **Testy dla pacjentów niesłyszących**Testy ułatwiające komunikację z pacjentami niesłyszącymi oraz głuchoniemymi. | TAK |  |
| 27 | **Inne testy**FAN and BlockObrazki dla dzieciAnimacjeSIRDS - Single Image Random Dot Test | TAK |  |
| 28 | Gwarancja: 24 miesiące *(licząc od terminu określonego w §7 pkt 1 wzoru umowy)* | TAK |  |
| 29 | Karta gwarancyjna *(załączyć przy dostawie)* | TAK |  |
| 30 | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć przy dostawie)* | TAK |  |
| 31 | Certyfikaty CE i/lub deklaracja zgodności lub oświadczenie\* | TAK, podać |  |

1. Soczewka diagnostyczna bez kołnierza - 1 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **OPIS MINIMALNYCH WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH** | **PARAMETR WYMAGANY**  | **PARAMETR OFEROWANY**  |
| SOCZEWKA DIAGNOSTYCZNA |
| 1 | Producent/Firma | Podać |  |
| 2 | Kraj | Podać |  |
| 3 | Nazwa produktu/Model/Nr katalogowy | Podać |  |
| 4 | Urządzenie fabrycznie nowe. Rok produkcji 2022. | TAK |  |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |
| 5 | Podstawowe zastosowanie – standardowa soczewka Gonio do gonioskopii statycznej i dynamicznej | Podać |  |
| 6 | Konstrukcja szklana zapewnia wyjątkową czystość i trwałość w porównaniu z soczewkami akrylowymi | Podać |  |
| 7 | Kąt luster : 4 x 64° | TAK  |  |
| 8 | Powiększenie obrazu: 1,0x | TAK |  |
| 9 | Plamka lasera: 1,0x | TAK |  |
| 10 | Powierzchnia kontaktu: 8,4 mm | TAK |  |
| 11 | Gwarancja: 24 miesiące *(licząc od terminu określonego w §7 pkt 1 wzoru umowy)* | TAK |  |
| 12 | Karta gwarancyjna *(załączyć przy dostawie)* | TAK |  |
| 13 | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć przy dostawie)* | TAK |  |
| 14 | Certyfikaty CE i/lub deklaracja zgodności lub oświadczenie\* | TAK, podać |  |

1. Soczewka diagnostyczna – 1 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **OPIS MINIMALNYCH WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH** | **PARAMETR WYMAGANY**  | **PARAMETR OFEROWANY**  |
| SOCZEWKA DIAGNOSTYCZNA |
| 1 | Producent/Firma | Podać |  |
| 2 | Kraj | Podać |  |
| 3 | Nazwa produktu/Model/Nr katalogowy | Podać |  |
| 4 | Urządzenie fabrycznie nowe. Rok produkcji 2022. | TAK |  |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |
| 5 | Podstawowe zastosowanie – oglądanie siatkówki centralnej w dużym powiększeniu i w najwyższej rozdzielczości – seria DIGITAL | Podać |  |
| 6 | Doskonała do diagnozy jaskry w najwcześniejszych stadiach | Podać |  |
| 7 | Unikalne szkło typu Low dispersion (słabo rozpraszające) redukuje aberrację chromatyczną umożliwiając perfekcyjny przegląd siatkówki | TAK  |  |
| 8 | Duże powiększenie zapewnia topograficzny obraz warstwy komórek nerwowych | TAK |  |
| 9 | Znakomita stereoskopowość widzenia umożliwia wykrycie obrzęku dysku optycznego i plamkowego płynu surowiczego | TAK |  |
| 10 | Kąt luster : 57°/70° | TAK |  |
| 11 | Powiększenie obraz : 1,3x | TAK |  |
| 12 | Plamka lasera: 0,77x | TAK |  |
| 13 | Powierzchnia kontaktu: 13 mm | TAK |  |
| 14 | Gwarancja: 24 miesiące *(licząc od terminu określonego w §7 pkt 1 wzoru umowy)* | TAK |  |
| 15 | Karta gwarancyjna *(załączyć przy dostawie)* | TAK |  |
| 16 | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć przy dostawie)* | TAK |  |
| 17 | Certyfikaty CE i/lub deklaracja zgodności lub oświadczenie\* | TAK, podać |  |

1. Tablice do badania zaburzeń barw – 1 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **OPIS MINIMALNYCH WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH** | **PARAMETR WYMAGANY**  | **PARAMETR OFEROWANY**  |
| TABLICE DO BADANIA ZABURZEŃ BARW |
| 1 | Producent/Firma | Podać |  |
| 2 | Kraj | Podać |  |
| 3 | Nazwa produktu/Model/Nr katalogowy | Podać |  |
| 4 | Urządzenie fabrycznie nowe. Rok produkcji 2022. | TAK |  |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |
| 5 | Tablica używana do badania rozpoznawalności koloru czerwono – zielonego a także żółto – niebieskiego | TAK |  |
| 6 | Ilość kart z testami: 14 | TAK |  |
| 7 | Gwarancja: 24 miesiące *(licząc od terminu określonego w §7 pkt 1 wzoru umowy)* | TAK |  |
| 8 | Karta gwarancyjna *(załączyć przy dostawie)* | TAK |  |
| 9 | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć przy dostawie)* | TAK |  |
| 10 | Certyfikaty CE i/lub deklaracja zgodności lub oświadczenie\* | TAK, podać |  |

1. Oftalmoskop bezpośredni – 1 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **OPIS MINIMALNYCH WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH** | **PARAMETR WYMAGANY**  | **PARAMETR OFEROWANY**  |
| OFTALMOSKOP BEZPOŚREDNI |
| 1 | Producent / Firma: | Podać |  |
| 2 | Kraj | Podać |  |
| 3 | Nazwa produktu/Model/Nr katalogowy | Podać |  |
| 4 | Urządzenie fabrycznie nowe. Rok produkcji 2022 | TAK |  |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |
| 5 | Zakres regulacji od +29D do -30D (co 1D w pełnym zakresie pracy wziernika) | TAK |  |
| 6 | Oświetlenie halogenowe (możliwe dokupienie żarówki LED)  | TAK |  |
| 7 | Sześć przesłon zapewniających pełne możliwości diagnostyczne:WIDE ANGLE (duży otwór) INTERMEDIATE (średni otwór)MACULAR (mały otwór)SLIT (szczelina)GLAUCOMA (jaskrowa)FIXATION CROSS (fiksacyjna) | TAK |  |
| 8 | Filtry : RED FREE i CLEAR łączone z każdą przesłoną, co zapewnia 12 wiązek diagnostycznych | TAK |  |
| 9 | Zestaw zawiera ładowarkę i akumulator | TAK |  |
| 10 | Gwarancja: 24 miesiące *(licząc od terminu określonego w §7 pkt 1 wzoru umowy)* | TAK |  |
| 11 | Karta gwarancyjna *(załączyć przy dostawie)* | TAK |  |
| 12 | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć przy dostawie)* | TAK |  |
| 13 | Certyfikaty CE i/lub deklaracja zgodności lub oświadczenie\* | TAK, podać |  |

1. Taboret okulistyczny dla pacjenta – 1 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **OPIS MINIMALNYCH WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** |
| TABORET OKULISTYCZNY |
| 1 | Producent/Firma | Podać |  |
| 2 | Kraj | Podać |  |
| 3 | Nazwa produktu/Model/Nr katalogowy | Podać |  |
| 4 | Urządzenie fabrycznie nowe. Rok produkcji 2022. | TAK |  |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |
| 5 | Siedzisko okrągłe w kolorze czarnym | TAK |  |
| 6 | Pneumatyczna regulacja wysokości taboretu  | TAK  |  |
| 7 | Chromowana podstawa, wyposażona w 5 stałych nóżek | TAK |  |
| 8 | Średnica podstawy 50cm | TAK |  |
| 9 | Wyższe siedzisko: min. 520mm – 780mm lub niższe siedzisko: min. 440mm – 640mm | TAK |  |
| 10 | Gwarancja: 24 miesiące *(licząc od terminu określonego w §7 pkt 1 wzoru umowy)* | TAK |  |
| 11 | Karta gwarancyjna *(załączyć przy dostawie)* | TAK |  |
| 12 | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć przy dostawie)* | TAK |  |
| 13 | Certyfikaty CE i/lub deklaracja zgodności lub oświadczenie\* | TAK, podać |  |

1. Taboret okulistyczny dla lekarza – 1 szt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **OPIS MINIMALNYCH WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** |
| TABORET OKULISTYCZNY |
| 1 | Producent/Firma | Podać |  |
| 2 | Kraj | Podać |  |
| 3 | Nazwa produktu/Model/Nr katalogowy | Podać |  |
| 4 | Urządzenie fabrycznie nowe. Rok produkcji 2022. | TAK |  |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |
| 5 | Siedzisko z pół-oparciem | Podać |  |
| 6 | Pneumatyczna regulacja wysokości taboretu  | TAK  |  |
| 7 | Chromowana podstawa jezdna z 5-cioma kółkami | TAK |  |
| 8 | Kolor siedziska czarny | TAK |  |
| 9 | Średnica podstawy 50cm | TAK |  |
| 10 | Szerokość siedziska 34cm | TAK |  |
| 11 | Wyższe siedzisko: min. 540mm – 800mm lub niższe siedzisko: min. 460mm – 660mm | TAK |  |
| 12 | Gwarancja: 24 miesiące *(licząc od terminu określonego w §7 pkt 1 wzoru umowy)* | TAK |  |
| 13 | Karta gwarancyjna *(załączyć przy dostawie)* | TAK |  |
| 14 | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć przy dostawie)* | TAK |  |
| 15 | Certyfikaty CE i/lub deklaracja zgodności lub oświadczenie\* | TAK, podać |  |

Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju prowadzi …………………...…..………………….......

*(uzupełnić)*

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie nawet jednego z w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane, urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.

.................................

Wykonawca

*\* Wykonawca zobowiązany jest wskazać w tabeli nr certyfikatu i okres ważności oraz podmiot na rzecz którego został wystawiony, w przypadku deklaracji datę wystawienia oraz nazwę wystawcy (firma, siedziba) lub w przypadku, gdy dla danego produktu nie ma zastosowania ustawa o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r. (Dz. U. z 2021 r., poz. 1565), stosowne oświadczenie.*