**ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Aparat do fakoemulsyfikacji i witrektomii przedniej**

**wraz z niezbędnymi narzędziami do zabiegów**

posiadający na swoim wyposażeniu głowice fako umożliwiające niezależną pracę z tradycyjnymi ultradźwiękami (o kierunku przód tył) i pracę z ultradźwiękami skrętnymi (oscylacje tipa w kierunku poprzecznym do głównej osi głowicy) z 4 kryształowym elementem piezoelektrycznym, z możliwością obsługi elektrycznych głowic do implantacji oraz systemem aktywnej kontroli ciśnienia wewnątrzgałkowego podczas zabiegu wraz z niezbędnym oprzyrządowaniem zapewniającym sprawne funkcjonowanie aparatu, oraz 8 zestawów wielorazowych narzędzi do implantacji (injector wraz z pęsetą) i 1 zestawu wielorazowych narzędzi do markowania oka w trakcie zabiegu oraz wielorazowy injector.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **opis** | **podać** |
| 1 | Wykonawca/Producent |  |
| 2 | Nazwa-model/typ  |  |
| 3 | Kraj pochodzenia |  |
| 4 | Rok produkcji  |  |
| 5 | Wartość brutto aparatu *(przedmiotu użyczenia)* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne wymagane aparatu** | **Potwierdzenie spełnienia warunku/opis** |
| 1 | Konsola - 1szt. |  |
| 2 | Przełącznik nożny - 1 szt. |  |
| 3 | Pilot zdalnego sterowania - 1 szt. |  |
| 4 | Pokrowiec ochronny - 1 szt. |  |
| 5 | Końcówki do irygacji /Aspiracji Bimanualne - 5 kpl. |  |
| 6 | Pęseta do diatermii - 4 szt. |  |
| 7 | Przewód do diatermii - 4szt.  |  |
| 8 | Nośnik pamięci USB - 1szt. |  |
| 9 | Głowice ultradźwiękowe - 4szt.  |  |
| 10 | Kluczyk metalowy do odkręcania tipów - 3szt. |  |
| 11 | Instrukcja obsługi |  |

**Zestawy wielorazowych narzędzi do implantacji (injector wraz z pęsetą) \***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **opis** | **podać** |
| 1 | Wykonawca/Producent |  |
| 2 | Nazwa-model/typ  |  |
| 3 | Kraj pochodzenia |  |
| 4 | Rok produkcji  |  |
| 5 | Wartość brutto |  |

\*Z wyszczególnieniem każdej pozycji wchodzącej w skład zestawu.

**Zestaw wielorazowych narzędzi do markowania oka w trakcie zabiegu \***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **opis** | **podać** |
| 1 | Wykonawca/Producent |  |
| 2 | Nazwa-model/typ  |  |
| 3 | Kraj pochodzenia |  |
| 4 | Rok produkcji  |  |
| 5 | Wartość brutto |  |

\*Z wyszczególnieniem każdej pozycji wchodzącej w skład zestawu.

**Wielorazowy injector**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **opis** | **podać** |
| 1 | Wykonawca/Producent |  |
| 2 | Nazwa-model/typ  |  |
| 3 | Kraj pochodzenia |  |
| 4 | Rok produkcji  |  |
| 5 | Wartość brutto |  |