**Dotyczy:** postępowania o udzielenie zamówienia publicznego o wartości szacunkowej nie przekraczającej kwoty 130 000,00 zł, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt. 1 tj. bez stosowania przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 roku Prawo zamówień publicznych **na zakup lasera do leczenia jaskry.**

**Uwaga:**

Wymogiem jest, aby wartości podane w kolumnie „Parametr oferowany” były zgodne ze stanem faktycznym oraz danymi zawartymi w oficjalnym dokumencie przedstawiającym dane techniczne (np. katalog).

Zamawiający ma prawo wystąpić do wykonawców o udzielenie dalszych wyjaśnień niezbędnych dla weryfikacji udzielonych odpowiedzi.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Nazwa – Model/typ/numer katalogowy | Podać |  |
| 2. | Producent | Podać |  |
| 3. | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 4. | Rok produkcji 2021 | Podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***A. PARAMETRY TECHNICZNE I FUNKCJONALNE*** | | | |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Warunek** | **Parametr oferowany**  **Podać / opisać** |
| 1. | Aparat fabrycznie nowy Aparat fabrycznie nowy | TAK |  |
| 2. | Napięcie zasilania 100 – 230 V prądu przemiennego 50/60 Hz, pobór prądu <0,8A | TAK |  |
| 3. | Laser do leczenia jaskry wyposażony w technologię dzielenia fali ciągłej na mikro pulsy | TAK |  |
| 4. | Długość fali lasera 810nm | TAK |  |
| 5. | Moc impulsów regulowana co najmniej w zakresie 50 – 3000mW | TAK |  |
| 6. | Laser kompatybilny z sondą do leczenia wiązką przerywaną /pulsacyjną o wartości 31,3% wiązki ciągłej | TAK |  |
| 7. | Laser kompatybilny z sondą wyposażoną w iluminację/podświetlenie | TAK |  |
| 8. | Czas trwania ekspozycji co najmniej Puls CW: 10 – 9000 ms w krokach 606 i ciągły puls do 60 sekund | TAK |  |
| 9. | Wiązka pulsacyjna 0,05 – 1,0 ms | TAK |  |
| 10. | Interwał 1,0 – 10,0 ms | TAK |  |
| 11. | Cykl pracy wiązką przerywaną – płynna regulacja w zakresie od 0,05% - 50% oraz wstępnie ustawione 5%, 10% i 15% cykli roboczych | TAK |  |
| 12. | Automatyczne rozpoznawanie sondy podłączonej do lasera przez co rozumie się , że urządzenie po rozpoznaniu sondy samoczynnie dostosuje ustawienia dla sondy z falą ciągłą lub pulsacyjną | TAK |  |
| 13. | Interfejs głosowy pozwalający na kontrolowanie czasu zabiegu bez odrywania wzroku chirurga od pola operacyjnego. | TAK |  |
| 14. | Chłodzenie aparatu powietrzem. | TAK |  |
| ***B. WYPOSAŻENIE DODATKOWE*** | | | |
| 1. | Sonda jednorazowa i sterylna do lasera jaskrowego:  - do leczenia wiązką przerywaną/pulsacyjną o wartości 31,3% wiązki ciągłej o długości fali 810 nm.  - światłowód obudowany umożliwiający płynny ruch po gałce ocznej  - oznaczenie orientacyjne względem rąbka rogówki na końcówce sondy  - kanał dla żelu wiskoelastycznego  - końcówka profilowana do budowy gałki ocznej | TAK, podać typ |  |
| 2. | Sonda jednorazowa i sterylna do lasera jaskrowego z podświetleniem:  - do leczenia wiązką ciągłą  - długość fali 810 nm  - wyposażona w podświetlenie, iluminację służącą do lokalizacji ciała rzęskowego  - końcówka profilowana do budowy gałki ocznej | TAK, podać typ |  |
| ***C. GWARANCJA –SERWIS GWARANCYJNY – SERWIS POGWARANCYJNY*** | | | |
| 1. | Okres gwarancji min.24 miesiące | TAK, podać |  |
| 2. | Wykonawca będzie bez odrębnej płatności sprawował autoryzowany serwis gwarancyjny w okresie trwania gwarancji | TAK |  |
| 3. | Bezpłatny przegląd serwisowy w okresie gwarancji zalecany przez producenta min. jeden raz w ciągu 12 miesięcy, ostatni przegląd max. miesiąc przed upływem terminu gwarancji. | TAK |  |
| 4. | Czas reakcji serwisu na przyjęcie zgłoszenia o uszkodzeniu | ≤ 48 godz. |  |
| 5. | Aparat zastępczy w tej samej klasie i o tych samych lub wyższych parametrach na czas naprawy gwarancyjnej w przypadku nie dokonania naprawy w terminie 3 dni | TAK |  |
| 6. | W razie potrzeby wykonania naprawy w serwisie transport sprzętu odbywa się na koszt Wykonawcy | TAK |  |
| 7. | Wykonawca zabezpieczy autoryzowany serwis pogwarancyjny na terenie Polski przez okres min. 8 lat: nazwa serwisu, adres, nr telefonu | TAK, podać |  |
| ***D. SZKOLENIE*** | | | |
| 1. | Przeszkolenie personelu medycznego z zakresu obsługi i konserwacji w miejscu użytkowania lasera | TAK |  |
| 2. | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | TAK |  |

**Data: ……………………… *Podpis osoby upoważnionej: …………………..…………………………………***