**Załącznik nr 1**

**Specyfikacja techniczna**

w postępowaniu prowadzonym w trybie podstawowym zgodnie z art. 275 pkt 2 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2023 r., poz. 1605 ze zm.), zwaną dalej ustawą, pn.:

**„Zakup dwóch laserów do Poradni Okulistycznej w SPZZOZ – Szpital w Iłży”**

**Część 1: Laser do wykonywania zabiegów kapsulotomii i irydotomii oraz terapii jaskry**

***Kolumnę 4 wypełnia Wykonawca.*** Niespełnienie co najmniej jednego z postawionych poniżej wymagań co do ich wartości minimalnych spowoduje odrzucenie oferty.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Parametr wymagany** | **Odpowiedź Wykonawcy** **- TAK/NIE****parametry oferowane - należypodać zakresy lub opisać** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| 1 | Nazwa / typ / model oferowanego sprzętu | Podać |  |
| 2 | Producent | Podać |  |
| 3 | Kraj produkcji | Podać |  |
| 4 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2024  | TAK |  |
| 5 | Klasa lasera IV | TAK |  |
| 6 | Źródło laserowe Q-Switched Nd: YAG z przełączneniem Q | TAK |  |
| 7 | Długość fali 1064 nm | TAK |  |
| 8 | Regulacja energii 0,3 mJ – 10 mJ regulowana bezstopniowo | TAK |  |
| 9 | Czas trwania pulsu 4 ns | TAK |  |
| 10 | Ustawienia pulsu 1/2/3 pulsy na zabieg  | TAK |  |
| 11 | Częstotliwość powtarzania do 3Hz | TAK |  |
| 12 | Wielkość ogniska 10 mikronów w powietrzu; 8 mikronów FWHM | TAK |  |
| 13 | Przesunięcie ogniskowania (Defokalizacja) '0 to -/ +500µm | TAK |  |
| 14 | Wieża oświetleniowa 2 pozycje: niska i wysoka | TAK |  |
| 15 | Pozycja Niska: Oświetlenie pod kątem 16 stopni | TAK |  |
| 16 | Pozycja Wysoka: Oświetlenie pod kątem 7,5 stopnia | TAK |  |
| 17 | Lampa Szczelinowa typu Zeiss  | TAK |  |
| 18 | Rodzaje powiększeń 10x, 16x, 25x | TAK |  |
| 19 | Chłodzenie powietrzem | TAK |  |
| 20 | Panel kontrolny zintegrowany w lamie szczelinowej. Kolorowy, dotykowy, pokazujący min: moc, offset, pulsy | TAK |  |
| 21 | Możliwośc rozbudowy lasera o Fotokoagulator 532 nm w trybie multispot i monospot za pomocą dedykowanego adapteta | TAK  |  |
| 22 | Promień celujący, podwójna wiązka Zielona, 515 nm, regulowana intensywność | TAK |  |
| 23 | W zestawie soczewka: irydotomii, kapsulotomii | TAK |  |
| 24 | Regulowany dedykowany stolik, przystosowany dla osób na wózku inwalidzkim, stołek dla operatora i pacjenta | TAK |  |
| 25 | Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 24 godz.  | TAK |  |
| 26 | Serwis - po 48 godz. od przyjęcia urządzenia sprzęt zastępczy | Parametr punktowany TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
| 27 |  Wykonawca dostarczy, zainstaluje, uruchomi, a także przeprowadzi szkolenie dla lekarzy (w tym dodatkowe szkolenie na życzenie Zamawiającego w okresie gwarancji) z zakresu obsługi (w cenie oferty) | TAK |  |
| 28 |  Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 29 |  Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | TAK |  |
| 30 | Gwarancja min. 36 miesięcy (w tym 3 bezpłatne przeglądy) | TAK, wpisać okres gwarancji | Gwarancja ……. miesięcy |

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie po uruchomieniu gotowe do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenia są kompletne i będą po uruchomieniu gotowe do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

Oferowane urządzenia, oprócz spełniania odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantują bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewniają wymagany poziom świadczonych usług medycznych.

………………………….., dnia ........................ …..................................................

*Podpisy przedstawicieli Wykonawcy*

*upoważnionych do jego reprezentowania*

**Część 2: Laser do fotokoagulacji siatkówki**

***Kolumnę 4 wypełnia Wykonawca.*** Niespełnienie co najmniej jednego z postawionych poniżej wymagań co do ich wartości minimalnych spowoduje odrzucenie oferty.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **OPIS PARAMETRÓW WYMAGANYCH** | **Parametr wymagany** | **Odpowiedź Wykonawcy****- TAK/NIE****parametry oferowane - należypodać zakresy lub opisać** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| 1 | Nazwa / typ / model oferowanego sprzętu | Podać |  |
| 2 | Producent | Podać |  |
| 3 | Kraj produkcji | Podać |  |
| 4 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2024 | TAK |  |
| 5 | Laser okulistyczny zintegrowany z lampą typu Haag-Streit lub Zeiss do laseroterapii siatkówki  | TAK, podać |  |
| 6 | Światłowodowe źródło lasera o długości fali 577 nm | TAK |  |
| 7 | Tryb pracy lasera: podprogowy, impulsowy, ciągły | TAK |  |
| 8 | Zakres regulacji mocy wyjściowej lasera 50-2000mW | TAK |  |
| 9 | Średnica ogniska koagulacji w zakresie min. 50 - 400 μm, zmieniana w sposób ciągły | TAK |  |
| 10 | Czas trwania impulsu w trybie pracy impulsowej min.: od 0,01 s do 45,0 s | TAK |  |
| 11 | Czas trwania impulsu w trybie podprogowym min.: od 0,1ms do 1,00 ms; cykl pracy w zakresie min.: 5-100% | TAK |  |
| 12 | Przerwa między impulsami w zakresie min.: od 0,1 s do 1 s | TAK |  |
| 13 | Dostępne wzorce w trybie pattern: kwadrat, koło, łuk | TAK |  |
| 14 | Kwadrat regulowany w zakresie: min. 8x8 ognisk laserowych  | TAK |  |
| 15 | Siatka plamki żółtej z polem niepoddawanym zabiegowi o promieniu regulowanym od 100 µm - 1000µm | TAK |  |
| 16 | Wielofunkcyjny sterownik nożny pozwalający na regulację mocy, wyzwalanie impaktu oraz uzbrojenie lasera | TAK |  |
| 17 | Lampa szczelinowa z oświetleniem LED z min. 5 powiększeniami | TAK |  |
| 18 | Zintegrowany komputer sterujący z kolorowym, dotykowym ekranem, pozwalający na bezpośredni wybór funkcji laserowania: zmianę energii, czas impulsu, częstotliwość powtarzania | TAK |  |
| 19 | Bezprzewodowy mikromanipulator do regulacji parametrów wzorców siatki lasera | TAK |  |
| 20 | Soczewki: Bliżej centrum oka, do obwodu oka, trójlustro | TAK |  |
| 21 | Funkcja pozwalająca na wybór modelu używanej soczewki i automatycznego przeliczania wielkości ogniska na siatkówce | TAK |  |
| 22 | Funkcja działająca w trybie multispot pozwalająca na dokończenie przerwanego wzoru laserowania | TAK |  |
| 23 | Funkcja pozwalająca na generowanie raportów z badania i eksport na zewnętrzny nośnik danych poprzez złącze USB lub wydruk  | TAK |  |
| 24 | Port USB do transferu raportów | TAK |  |
| 25 | Gwarancja min. 36 miesięcy na urządzenie (w tym 3 bezpłatne przeglądy) | TAK, wpisać okres gwarancji | Gwarancja ……. miesięcy |
| 26 | Gwarancja min. 5 lat na źródło lasera | TAK, wpisać | Gwarancja ……. lat |
| 27 | Regulowany dedykowany stolik, przystosowany dla osób na wózku inwalidzkim, stołek dla operatora i pacjenta | TAK |  |
| 28 | Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 24 godz.  | TAK |  |
| 29 | Serwis - po 48 godz. od przyjęcia urządzenia sprzęt zastępczy | Parametr punktowany TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt.  |  |
| 30 |  Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK |  |
| 31 |  Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | TAK |  |
| 32 |  Wykonawca dostarczy, zainstaluje, uruchomi, a także przeprowadzi szkolenie dla lekarzy (w tym dodatkowe szkolenie na życzenie Zamawiającego w okresie gwarancji) z zakresu obsługi (w cenie oferty)  | TAK |  |

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie po uruchomieniu gotowe do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

…………………………….., dnia ........................ …..................................................

*Podpisy przedstawicieli Wykonawcy*

*upoważnionych do jego reprezentowania*