

## SPECYFIKACJA ISTOTNYCH WARUNKÓW TECHNICZNO EKSPLOATACYJNYCH.

## I. OKREŚLENIE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

## LASER OKULISTYCZNY DO FOTOKOAGULACJI SIATKÓWKI

Ilość: 1 ( jeden ) kpl.

## II. Część do wypełnienia przez przystępującego do przetargu:

1	Nazwa urządzenia	
<i>Wpisać</i>		
2	Typ urządzenia	
<i>Wpisać</i>		
3	Producent	
<i>Wpisać</i>		
4	Rok produkcji 2007 lub 2008 urządzenie fabrycznie nowe	
<i>Wpisać</i>		
5	Kraj pochodzenia	
<i>Wpisać</i>		

**6.Wymóg formalny:** Wpis od rejestru wyrobów medycznych i/lub Deklaracja zgodności z CE (załączyć kopię).

*(Zgodnie z wymogami prawa polskiego)*

1	Nr rejestru wyrobów medycznych		data ważności wpisu	
---	--------------------------------	--	---------------------	--

*Wpisać**Wpisać*

**7.Cena brutto zakupu:** obejmująca dostarczenie do użytkownika, rozładunek, montaż, uruchomienie, przeszkolenie użytkownika w zakresie użytkowania urządzenia ubezpieczenie, itp. Cena musi uwzględniać opłaty niezbędne do dostarczenia urządzenia (cło, wszystkie podatki, upusty, ewentualne rabaty itp.).

1	Cena zakupu w PLN – brutto	
---	----------------------------	--

*Wpisać*

## 8. Warunki gwarancji i serwisu wymagane przez użytkownika.

Nr ppkt.	OPIS PARAMETRÓW	WARTOŚĆ WYMAGANA	WARTOŚĆ OFEROWANA
1	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny	TAK (wpisać pełne dane kontaktowe adres i techniczne środki łączności, nr tel., faxu, e-mail. )	
2	Długość udzielanej gwarancji (bez żadnych wykluczeń i ograniczeń) <b>minimum 24</b> podać ilość miesięcy	TAK, Podać	

*Wpisać*

**9. Walory techniczno-eksploatacyjne wymagane przez użytkownika.**

Nr pkt.	OPIS PARAMETRÓW	WARTOŚĆ WYMAGANA	WARTOŚĆ OFEROWANA ( PODAĆ, OPISAĆ)	POTWIERDZE NIE SPEŁNIENIA WYMOGU
1.	Mikroprocesorowy (półprzewodnikowy) emitujący światło o długości 532 nm	TAK		
2.	Moc impulsu laserowego regulowana do mocy 1500 mV	TAK		
3.	Czas trwania impulsu: regulowany 50 – 2000 ms	TAK		
4.	Czas odstępu między impulsami: regulowany 100 – 1000 ms	TAK		
5.	Zasilanie sieciowe	TAK		
6.	Chłodzenie powietrzem	TAK		
7.	Wiązka centrująca barwy czerwonej	TAK		
8.	Wymagana współpraca z dostępną lampą szczelinową Nikon NV	TAK		
9.	Konsola lasera bez integracji z lampą szczelinową,	TAK		
10.	Filtr ochrony lekarza	TAK		
11.	Szkolenie w zakresie obsługi urządzenia. Szkolenie w siedzibie Zamawiającego – minimum - 4 osoby	TAK		
12.	Instrukcja obsługi/użytkowania w języku polskim najpóźniej w dniu dostawy	TAK		

**UWAGA !!!**

Dla uznania oferty za ważną Wykonawca winien zaoferować sprzęt spełniający wszystkie wymagane parametry graniczne.

Wykonawca jest zobowiązany pod rygorem odrzucenia oferty do załączenia materiałów potwierdzających zaoferowane parametry i konfigurację przedmiotu zamówienia ( prospekty lub broszury lub wyciągi z instrukcji lub foldery lub zdjęcia lub inne posiadane dokumenty ). Wymienione dokumenty mogą być załączone w języku angielskim **W tabelce rubryka – „Potwierdzenie spełnienia wymogu”** wpisać **nr strony oferty** na której jest potwierdzenie wymogu. Na stronie potwierdzającej spełnienie wymogu w sposób widoczny ( kolorowy zakresłacz lub obrys niebieskim długopisem) zaznaczyć fragment tekstu potwierdzający spełnienie wymogu. Obok wpisać **nr wymogu** ( pozycja z tabelki specyfikacji w której Zamawiający opisał wymóg ).

Niespełnienie któregośkolwiek z wymaganych parametrów spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczamy, że oferowany sprzęt jest kompletny i będzie po dostarczeniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.

Zamawiający nie zezwala na składanie ofert wariantowych. Zamawiający nie zezwala na składanie ofert częściowych.

Wypełniony załącznik „Specyfikacja istotnych warunków techniczno-eksploatacyjnych” należy załączyć do oferty

podpis Wykonawcy .....