**Załącznik Nr 2/3a**

do SWZ Nr W.Sz.Z: TZ-280-23**/24**

 **ZMODYFIKOWANA SPECYFIKACJA TECHNICZNA Z DNIA ………..**

**Zestawienie parametrów techniczno-użytkowych przedmiotu zamówienia – Zadanie Nr 3**

1. Pełna nazwa urządzenia: **Laser okulistyczny- 1 szt.**

2. Nazwa i typ/model (podać): …………………………………

 3. Producent (podać):…..………………………..……………..

 4. Rok produkcji: **2023**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Przedmiot zamówienia | Parametry wymagane | Parametry oferowaneTak/Niepodać/opisać | Parametry oceniane - punktacja |
| **Parametry ogólne** |
|  | Wymiary zewnętrzne ±72x72x54cm (wys.x szer.x gł.) (±3 cm) | TAK/PODAĆ |  |  |
|  | Masa do 32 kg. | TAK/PODAĆ |  | 32 – 0 pkt<32 -10 pkt |
|  | Zasilanie ±100-240VAC, ±50-60 Hz | TAK |  |  |
|  | Zastosowanie:Selektywna trabekuloplastyka laserowa | TAK |  |  |
| Charakterystyka lasera  |
|  | Długośc fali – 532 nmZasilacz lasera- jako podstawa lampy szczelinowej | TAK |  |  |
|  | Zakres emitowanej energii 0,2 – 2,6 mJ na jeden impuls, z płynną regulacją co 0,1 mJ, z pokrętłem na bocznej stornie lampy szczelinowej  | TAK |  |  |
|  | Czas trwania impulsu max. 3,0 ns  | TAK/PODAĆ |  |  |
|  | Wielkość ogniska plamki 400 μm | TAK  |  |  |
|  | Kąt padania wiązki max.3 stopnie | TAK/PODAĆ  |  |  |
|  |  Laser celowniczy 635nm, moc regulowana w sposób ciągły pokrętłem z boku lampy | TAK  |  |  |
|  | Chłodzenie powietrzem | TAK |  |  |
| Laser celowniczy |
|  | Typ lasera: diodowy, czerwona dioda pokrywająca się z wielkością ogniska z płynną regulacją natężenia światła)  | TAK  |  |  |
|  | Laser celowniczy 635 nm z płynną regulacją | TAK  |  |  |
| Laserowa lampa szczelinowa |
|  | Typ z oświetleniem koaksacyjnym – współogniskowo z optyką biomikroskopu | TAK /PODAĆ |  |  |
|  |  Min.5 powiększeń: 5x, 8x, 14x, 25x, 38x | TAK/PODAĆ |  | 5- 0 pktNajwiększa ilość – 10pktPozostałe – proporcjonalnie mniej |
|  | Źródło światła LED ±2,85V ± 10W | TAK  |  |  |
|  | Przycisk typu BOOST na zasilaczu do chwilowego maksymalnego oświetlenia, bez używania pokrętła natężenia światła lampy | TAK  |  |  |
| WYPOSAŻENIE |
|  | Specjalizowany stolik elektryczny pod kombajn laserowy - na jednej kolumnie podnoszonej elektrycznie z obniżonym blatem w centrum do umieszczenia zasilania lasera, po bokach blat licujący się w poziomie z zasilaczem lasera | TAK  |  |  |
|  | Okulary ochronne 1 szt. | TAK  |  |  |
|  | Mozliwość rozbudowy o laser siatkówkowy poprzez attachment i konsolę | TAK/NIE |  | TAK-10 pktNIE- 0 pkt |
| **Inne** |
|  | Przeglądy techniczne w okresie trwania gwarancji na koszt własny Wykonawcy | TAK |  |  |
|  | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie:- trwania gwarancji,- po gwarancji. | TAKpodać |  |  |
|  | Instrukcja w języku polskim | TAK |  |  |
|  | Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem pracowników Zamawiającego w cenie oferty. | TAK |  |  |
|  | Czas reakcji przystąpienia do usunięcia awarii od chwili jej zgłoszenia max. 72 godz. w dni robocze. | TAK |  |  |
|  | Okres gwarancji– min. 24 miesiące  | TAKpodać |  |  |
|  | Urządzenie zastępcze w przypadku naprawy trwającej powyżej 7 dni – o parametrach nie gorszych niż oferowany bez naliczania z tego tytułu dodatkowych opłat. | TAK |  |  |
|  | Wykonawca zapewni dostępność części zamiennych i akcesoriów przez okres min. 5 lat. | TAK |  |  |
|  | Sposób dezynfekcji | Opisać |  |  |
|  | Numer kontaktowy z serwisem Wykonawcy | Podać |  |  |

Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia wszystkie powyższe wymagania Zamawiającego i jest fabrycznie nowy.

UWAGI:

1. Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków ( z wyjątkiem pkt. 22 i 29 stanowiących zalecenia) spowoduje odrzucenie oferty.

2. Oświadczam, że oferowany wyrób spełnia wymagania techniczne zawarte w SWZ, jest kompletny i będzie gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów.