DZP.381.17.EAT.2022

Załącznik nr 2

**ZMIENIONY**

**WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNO-UŻYTKOWE**

**OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

LASER OKULISTYCZNY YAG

Producent: ........................................... Nazwa i typ: ..........................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis parametru, funkcji | Parametry wymagane | Parametry oferowane |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
|  | Okulistyczny laser z głowicą Nd:YAG typu Q-Switched | TAK |  |
|  | Wykonywanie za pomocą oferowanego lasera zabiegów kapsulotomii, irydotomii oraz laserowej witreolizy | TAK |  |
|  | Długość fali: **1064nm** | TAK |  |
|  | Regulacja energii w zakresie nie mniejszym niż0.3 – 10mJ regulowana bezstopniowo | TAK, podać |  |
|  | Możliwość wykorzystania 1,2 lub 3 impulsów w serii | TAK |  |
|  | Czas trwania pulsu: 4ns | TAK |  |
|  | Maksymalna częstotliwość powtarzania: 4Hz | TAK, podać |  |
|  | Wielkość ogniska: nie mniejsza niż 8µm | TAK, podać |  |
|  | Wiązka celująca zielona (długość fali: 515nm) | TAK |  |
|  | Regulacja offsetu (przesunięcia) do ±500µm | TAK, podać |  |
|  | Fiksator zewnętrzny LED | TAK |  |
|  | Lampa szczelinowa zintegrowana z laserem | TAK |  |
|  | Oświetlenie koaksjalne | TAK |  |
|  | Soczewka obiektywu: 1,25x | TAK |  |
|  | Soczewka okularu: 12,5x z regulacją ±5D | TAK |  |
|  | Regulacja dystansu między źrenicami w zakresie nie mniejszym niż 55mm – 88mm | TAK, podać |  |
|  | Regulacja szczeliny w zakresie nie mniejszym niż0 - 12mm | TAK, podać |  |
|  | Rotacja szczeliny w zakresie ±90° | TAK |  |
|  | Filtry: niebieski, zielony | TAK |  |
|  | Panel sterowania na stoliku z możliwością ustawienia na lewej lub prawej stronie | TAK |  |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji **nie wcześniej niż 2021r.** | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim (drukowana) oraz instrukcja obsługi w języku polskim i angielskim (elektroniczna) | TAK |  |

**\***Uwaga *Wykonawca wypełnia czytelnie 4 kolumnę*

Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia wszystkie wymienione w powyższej tabeli wymagania

Obsługa serwisowa gwarancyjna będzie prowadzona przez autoryzowany serwis techniczny z siedzibą (nazwa, adres, tel.,fax, e-mail): .................................................................................

....................................................................................................................................................

*..........................................................................*

*podpis osoby uprawnionej/osób uprawnionych*

 *do reprezentowania Wykonawcy*