**Załącznik nr 15 do SWZ**

 **Załącznik nr 1 do umowy LI.262.3.14.2023**

**FORMULARZ CENOWO –TECHNICZNY - zadanie nr 14**

 A. Oferuję dostawę przedmiotu zamówienia za cenę:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Przedmiot zamówienia | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena****jednostkowa***netto* | **Wartość***netto**6=4x5* | **Stawka VAT***%* | **Cena****jednostkowa***brutto**8=9/4* | **Wartość***brutto**9=6+7* |
|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| **I** | **Laser okulistyczny** | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **Razem cena oferty** |  | **-** | **-** |  |

**B. Oświadczam, że okres gwarancji na przedmiot zamówienia wynosi……………..miesięcy.**

Oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z niżej wskazanymi parametrami:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Laser okulistyczny– 1 szt.**
 | Typ ………………………....Model …………………...….Producent…………………..Kraj pochodzenia ………….. |
|  | Rok produkcji | 2023 |
|  | Certyfikat CE |
|  | Laser okulistyczny do laseroterapii oczu. Typ lasera: Nd:YAG z przełącznikiem podwójnej częstotliwości Q-switch Nd: YAG ( YAG/SLT) |
|  | **MODUŁ YAG:** |
|  | Klasa lasera min. IIIb (3B) |
|  | Źródło laserowe Q-Switched Nd:YAG |
|  | Długość fali 1064 nm |
|  | Regulacja energii 0,3 mJ – 10 mJ regulowana bezstopniowo |
|  | Maksymalna energia 30 mJ w potrójnym pulsie |
|  | Czas trwania pulsu 4 ns |
|  | Sposób emisji pulsu 1/2/3 pulsy na strzał |
|  | Tryb powtarzania:min. 3 Hz w pojedynczym pulsie. min. 1.8 Hz w podwójnym impulsie; |
|  | Wielkość ogniska 8 mikronów FWHM |
|  | Przesunięcie ogniskowania (Defokalizacja) 0µm /100µm/200µm/300µm/400µm/500µm dla trybu Anterior i Posterior regulowane płynnie |
|  | Rozbieżność wiązki 16 stopni  |
|  | Laserowy filtr bezpieczeństwa całkowita filtracja OD 5+@ 1064 nm |
|  | **MODUŁ SLT** |
|  | Klasa lasera min. IIIb (3B) |
|  | Źródło laserowe Q-Switched zdwojonej częstotliwości Nd:YAG |
|  | Długość fali 532 nm |
|  | Regulacja energii 0,3 mJ – 2,6 mJ regulowana bezstopniowo, krok 0.1 mJ  |
|  | Czas trwania pulsu 3 ns |
|  | Maksymalna częstotliwość powtarzania 3 Hz |
|  | Wielkość ogniska 400 mikronów |
|  | Rozbieżność wiązki < 3 stopnie |
|  | Laserowy filtr bezpieczeństwa- całkowita filtracja OD 5.5+@ 532 nm |
|  | **Lampa szczelinowa** |
|  | Typ mikroskopu: stereoskopowy zbieżny mikroskop Galileusza ze współosiową optyką |  |
|  | Soczewka obiektywu 1,25x |
|  | Soczewka okularu 12,5 x z regulacją dioptrii ± 5D  |
|  | Poziomy powiększenia 10x, 16x, 25x  |
|  | Regulacja dystansu między źrenicami 55 mm – 88mm |
|  | Dystans roboczy 55mm  |
|  | Regulacja szczeliny 0 – 12 mm  |
|  | Podświetlone pole widzenia +/- 90 stopni  |
|  | Podświetlone pole widzenia 0,5mm/5mm/8 mm/12mm lub 0,5mm/ 3mm/8mm/12mm |
|  | Kąt oświetlenia 180 stopni w płaszczyźnie horyzontalnej |
|  | Fiksator zewnętrzny LED kolor zielony |
|  | **Wyposażenie** |
|  | Panel sterowania - wyposażony w ekran LCD, możliwość umieszczenia i przytwierdzenia panelu po prawej lub lewej stronie blatu stolika. - zintegrowany stolik z elektrycznie regulowaną wysokością,- podłokietniki - 3 szt.,- okulary ochronne 1 szt.,- tabliczka na drzwi 1 szt. |
|  | Soczewka kontaktowa do kapsulotomii; powiększenie obrazu: 1.8x; powiększenie ogniska lasera 0.56x |
|  | Soczewka kontaktowa do irydotomii; powiększenie obrazu: 1.5x; powiększenie ogniska lasera 0.67x |
|  | Soczewka kontaktowa do SLT; powiększenie obrazu: 1x; powiększenie ogniska lasera 1x |
|  | **Informacje dodatkowe** |
|  | Oferowany sprzęt medyczny musi być kompletny, kompatybilny z akcesoriami, fabrycznie nowy, po instalacji gotowy do użycia zgodnie z jego przeznaczeniem |
|  | Zamawiający wymaga instalacji i uruchomienia sprzętu |
|  | **Okres gwarancji min. 24 miesiące** |
|  | Wykonanie przeglądów serwisowych – wg zaleceń producenta - w trakcie trwania gwarancji (w tym jeden w ostatnim miesiącu gwarancji)  |
|  | Wraz z dostarczonym sprzętem Wykonawca przekaże Instrukcję obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej, paszport techniczny, kartę gwarancyjną oraz wykaz podmiotów upoważnionych przez producenta lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów  |
|  | Szkolenie w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu w miejscu instalacji |
|  | Częstość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. | Częstotliwość przeglądów …. |

C. Oświadczam, że dostarczony Zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie
właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

D. Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt B
i C posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

|  |  |
| --- | --- |
|  | ……………………………………………… *Imię i nazwisko osoby uprawionej do reprezentowania Wykonawcy* |
|  |  |