……………………………… ZAŁĄCZNIK NR 2.3 do SIWZ

*(pieczęć Wykonawcy)*

**Część 3. Dostawa perymetra automatycznego do komputerowego badania wzroku– 1 szt.**

**Pełna nazwa urządzenia, model (podać): ……………………………………………………**

**Producent (podać): ……………………………………………………………………………**

**Kraj pochodzenia (podać): …………………………………………………………………...**

**Rok produkcji (podać): …………………………………(*wymagany co najmniej 2016 r.)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane \*** |
| 1. | Promień czaszy pomiarowej | Min. 30 cm |  |
| 2. | Zakres pomiarowy | Min. +/- 50 stopni |  |
| 3. | Czas trwania bodźca | zmienny, zakresie co najmniej od 100ms do 500 ms |  |
| 4. | Fiksator | odchylony o min 30 stopni |  |
| 5. | Badane pole widzenia | Min 160 stopni |  |
| 6. | Oświetlenie czaszy | diodowe |  |
| 7. | Bodźce | rozmiar Goldman I,II,III,IV,V |  |
| 8. | Kontrola fiksacji | Cyfrowe śledzenie oka |  |
| 9. | Podbródek | regulacja elektryczna |  |
| 10. | Strategie | 2 Zone, 3 Zone, Quantify Defect, Screening, Neurological, Fast Threshold, Threshold, Fastscan, Binocular, Fast Threshold Blue on Yellow, Thershold Blue on Yellow, Centrum 22 stopni, centrum 30 stopni, Driving, Full, Glaucoma, Macula, Wide, Peripheral |  |
| 11. | Testy standardowe | Możliwość określenia izopter |  |
| 12. | Testy kinetyczne | Tak |  |
| 13. | Instrukcja obsługi w języku polskim | Tak |  |
| 14. | Stolik pod aparat | Tak |  |
| 15. | Możliwość integracji z posiadanym przez Zamawiającego programem medycznym mMedica | Podać, czy istnieje taka możliwość, opisać |  |
| 16 | Certyfikat CE + paszport techniczny | Tak |  |

**Uwaga: Kolumnę 4 tabeli bezwzględnie należy wypełnić.**

Wykonawca zobowiązany jest wypełnić Załącznik w sposób umożliwiający ocenę spełnienia przez oferowany sprzęt warunków postawionych przez Zamawiającego w SIWZ.   
W szczególności Wykonawca winien podać w kolumnie nr 4 (Opis parametrów oferowanych) konkretne wartości/opis parametrów technicznych i funkcjonalnych oferowanego sprzętu oraz podać w nagłówku do powyższej tabeli pełne dane dotyczące oferowanego sprzętu, takie jak nazwa urządzenia, model, nazwa producenta, rok produkcji.

**Wykonawca oświadcza, że oferujemy realizację przedmiotu zamówienia, zgodnie   
z wymogami specyfikacji istotnych warunków zamówienia:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj oferowanego sprzętu medycznego** | **Ilość szt.** | **Cena jednostkowa netto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** | **%VAT** |
| **1.** | **Perymetr automatyczny do komputerowego badania wzroku** | **1** |  |  |  |  |

**Sposób obliczenia:**

Wartość netto: cena jednostkowa netto x ilość

Wartość brutto: wartość netto danej pozycji asortymentowej powiększona o właściwą dla przedmiotu zamówienia stawkę podatku VAT

Wykonawca oświadcza, że zaoferowany sprzęt jest fabrycznie nowy, nieużywany, wolny od wad, kompletny, wyposażony w elementy techniczne, potrzebne do montażu i uruchomienia, gotowy do pracy bez jakichkolwiek dodatkowych zakupów.

**………………………………………………**

*(czytelny podpis osoby/osób uprawnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy)*