

Zestawienie parametrów technicznych i konfiguracja aparatu do usuwania i witrektomii przedniej

A. PARAMETRY TECHNICZNE

Lp.	Parametry wymagane i warunki [jednostka]	Parametr wymagany	Parametr oferowany
Część 1. aparat do operacji zaćmy metodą fakoemulsyfikacji oraz z kompletem operacyjnym i kasetą.			
1	Nazwa i typ produktu	podać	
2	Producent	podać	
3	Numer katalogowy produktu lub grupy	podać	
4	Rok produkcji – 2008	podać	
I	Irygacja – aspiracja		
5	Pompa perystaltyczna	TAK	
6	Zakres przepływu aspiracyjnego min. 50 ml/min.	TAK	
7	Możliwość chwilowego podniesienia przepływu aspiracyjnego do 100 ml/min.	TAK	
8	Zakres regulacji podciśnienia min. 0-600 mmHg		
9	Przepływ zwrotny - reflux	TAK	
10	Kaseta pompy perystaltycznej z membraną „perystaltyczną” i kompletem drenów zamiast klasycznego drenu zaciągniętego na rolkach pompy	TAK	
11	Sensor irygacji – sygnalizacja braku płynu w butelce	TAK	
12	Zamknięty system płynowy	TAK	
II.	Fakoemulsyfikacja		
14	Głowica z min. 4 – kryształowy elementem piezoelektrycznym	TAK	

15	Głowica fako umożliwiającą oprócz pracy z tradycyjnymi ultradźwiękami (o kierunku przód tył) pracę ultradźwiękami skrętnymi (oscylacje tipa w kierunku poprzecznym do głównej osi głowicy)	TAK	
16	Pulsacyjny tryb fakoemulsyfikacji	TAK	
17	Zakres regulacji częstotliwości pulsów – min. 5-100 pulsów/s		
18	Tryb jako „burst”	TAK	
19	Możliwość ustawienia czasu trwania pojedynczego pulsu w trybie „burst”	TAK	
20	Tipy do fakoemulsyfikacji z rozwiązaniem typu „bypass” (specjalny otwór w ściance bocznej, redukujący efekt surge)	TAK	
III	Inne metody usuwania zaćmy		
21	Usuwanie zaćmy przy wykorzystaniu emulsyfikacji płynowej	TAK	
IV	Witrektomia przednia		
23	Napęd pneumatyczny noża do witrektomii	TAK	
24	Możliwość pracy noża do witrektomii przedniej z prędkością co najmniej 700 cięć/min	TAK	
V	Diatermia		
25	Diatermia zintegrowana z urządzeniem	TAK	
26	Diatermia sterowana z przełącznika nożnego	TAK	
27	Liniowy tryb pracy diatermii	TAK	
VI	Inne	TAK	
28	Dokumentacja w języku polskim	TAK	
29	Sygnalizacja parametrów pracy i stanów alarmowych	TAK	
30	Sterownik nożny z regulacją zakresu poszczególnych pozycji	TAK	
31	Możliwość włączenia wibracji sygnalizujących przejście pozycji przełącznika nożnego	TAK	
32	Bezprzewodowy pilot zdalnego sterowania	TAK	
33	Możliwość programowania i sterowania przełącznikiem nożnym sekwencji zabiegu	TAK	
34	Możliwość programowania wysokości statywu kroplówki	TAK	

35	Możliwość pracy z urządzeniem do zapisu VIDEO parametrów wykonywanego zabiegu	TAK	
36	Zintegrowana taca o regulowanej wysokości	TAK	
37	Zintegrowany statyw kroplówki i podstawa jezdna	TAK	
38	Zasilanie 220 – 240 V/50-60Hz	TAK	
39	Klasa ochronności I	TAK	
40	Złącze USB	TAK	
41	Dostępność serwisu pogwarancyjnego		
WYMAGANA KONFIGURACJA APARATU			
42	Konsola	1 szt	
43	Pilot zdalnego sterowania	1 szt	
44	Przełącznik nożny	1 szt	
45	Głowica do fakoemulsyfikacji oscylacyjnej	2 szt	
46	Pęseta diatermiczna – stalowa prosta	2 szt	
47	Przewód do diatermii silikonowy (maksymalnie 20 resterylizacji / 1 szt)	2 szt	
48	Końcówki I/A bimanualne	2 komplety	
49	Kluczyk do odkrecania tipów	2 szt	
50	Infiniti Anterior Virectomy Pak (6 szt)	1 op.	
56	Pokrowiec	1 szt	
57	Instrukcja obsługi	1 szt	
58	Sterylny komplet operacyjny wraz z kasetą do operacji zaćmy wymagany skład:	450 szt	
Jednoczęściowe okulistyczne obłożenia pacjenta z wycięciem na oko, folią zabezpieczającą workiem zbiorczym, wym. 100x120 cm		1 szt	
1	Obłożenie na stolik 140x140 cm-	1 szt	
2	Fartuch	1 szt	
3	Fartuch z ręcznikiem	1 szt	
4	nóż split do otwarcia komory	1 szt	
5	Nóż skośny do paracentezy	1 szt	
6	Tip z ABS do głowicy US	1 szt	

7	Zestaw osłonki irygacyjne do cięcia 2,75 mm i komora testowa	1 szt	
8	Kaseta wraz z drenami do aparatu Infiniti	1 szt	
9	Kaniula do hydrodysekcji 27 G – spłaszczona	1 szt	
10	Kaniula irygacyjna – 25 G	1 szt	
11	Cystotom 27 G	1 szt	
12	Strzykawka 2 ml	2 szt.	
13	Strzykawka 20 ml	1 szt	
14	Strzykawka 5 ml	2 szt	
15	Sączki -	2 szt	
16	Mikrogąbki	6 szt	
17	Osłonka gazowa na oko	1 szt	
18	plaster	3 szt	
19	Gaziki 5x5 cm	4 szt.	
20	RING	20 szt	
21	RETRAKTORY	20 szt	
22	TRYPAN – BLUE amp.	100 amp	

B. WARUNKI GWARANCJI I SERWISU ORAZ URUCHOMIENIA

WARUNKI GWARANCJI I SERWISU			
92	Okres gwarancji od daty podpisania protokołu odbioru minimum 24 [miesiące]	podać [miesiące]	
93	Czas naprawy gwarancyjnej przedłużającej okres gwarancji, max. 3 dni	TAK, podać	
94	Czas reakcji serwisu: „przyjęte zgłoszenie – podjęta naprawa” [min 3 godz]	Podać	
95	Bezpłatna obsługa serwisowa w okresie gwarancji	TAK	
96	Cena usługi serwisowej po upływie gwarancji [PLN] - za 1 roboczogodzinę - koszt dojazdu za 1 km	- podać - podać	
DANE PRODUCENTA OFEROWANEJ APARATURY			
97	Nazwa i model urządzenia		

98	Pełna nazwa firmy			
99	Dokładny adres			
100	Nr telefonu/nr faksu			
101	Adres strony http			
102	Adres e-mail			
PUNKT SERWISOWY W KRAJU				
103	Nazwa serwisu			
104	Adres			
105	Nr telefonu/nr faksu			
106	Adres e-mail			
INNE ISTOTNE INFORMACJE				
107	Certyfikat CE (podać nr i dołączyć kopię)	Tak		
108	Wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych	Tak		

Uwaga:

Do oferty należy dołączyć firmowe materiały producenta zawierające dane techniczne, w których winny być zawarte informacje potwierdzające spełnienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych i warunków granicznych. W przypadku braku potwierdzenia wymaganych parametrów Zamawiający ma prawo odrzucić ofertę.