**Oznaczenie sprawy AdG.26.14.2025**

**Załącznik nr 1**

…………………………….

(miejsce i data)

**Formularz ofertowy**

**Na: „Zakup z dostawą sprzętu i aparatury medycznej do Poradni Okulistycznej Powiatowego Centrum Usług Medycznych w Kielcach”**

**Część Pierwsza –Perymetr okulistyczny do badania pola widzenia**

**Dane dotyczące Oferenta:**

Nazwa i siedziba: ………………………………………………………………………………….

Numer telefonu, e-mail : ………………………………………………………………………………………….

NIP…………………………………………………………, REGON………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa elementu** | **Opis szczegółowy – minimalne parametry wymagane (mogą być lepsze)** | **UWAGI**  **Spełnia wymagania?(TAK/NIE)**  **-wpisać TAK jeśli zgodne z opisem lub lepsze**  **-wpisać tak jeśli lepsze i podać jakie,**  **-Wpisać NIE jeśli nie spełnia i podać wartość lub opisać** |
| 1 | **Typ czaszy** | asferyczna, odpowiadająca standardowi Goldmanna lub równoważna ,  promień 30 cm |  |
| 2 | **Stolik pod perymetr** | Czasza z oprogramowaniem na stoliku elektrycznym, blat o wymiarach 630 × 440 mm , umożliwiający stabilne użytkowanie perymetru. |  |
| 3 | **Zakres pola** | góra - 60° (70° z przesunięciem fiksacji) dół - 70° lewa do prawej - 180° |  |
| 4 | **Technika perymetryczna** | statyczna |  |
| 5 | **Rozmiar bodźca** | Goldmann od I do V |  |
| 6 | **Kolory bodźca** | biały, zielony, niebieski, czerwony |  |
| 7 | **Jasność bodźca** | 10000 asb |  |
| 8 | **Tło** | białe 3,18 cd/m2 (10 asb) białe 10 cd/m2 (31,4 asb) żółte 100 cd/m2 (314 asb) |  |
| 9 | **Kontrola fiksacji** | śledzenie źrenicy kontrola mrugnięć monitorowanie plamki metodą Heijl/Krakau rejestracja obrazu podglądu oka EyeSee™ (lub równoważny system) |  |
| 10 | **Regulacja wysokości podbródka** | elektryczna: góra-dół |  |
| 11 | **Czas oczekiwania na odpowiedź** | regulowany w zakresie od 0,1 s do 9,9 s lub adaptacyjny |  |
| 12 | **Pola testowe** | pola radialne pola ortogonalne G0-2, 5-2, 10-2, 24-2, 24-2C, 30-2, 30-2C, Sup 44/64, Gandolfo G1, G0-2, N1, N2, 07, 60-4, FF81, FF120, FF246, BSV, B1, Nasal Step |  |
| 13 | **Strategie badania** | przesiewowa (Kwantyfikacja defektu, 3-strefy, 2-strefy) progowa, szybka progowa, zaawansowana, dynamiczna ZETA™, ZETA™ Fast oraz ZETA™ Faster (lub równoważne) specjalne (BSV, Flicker) jednooczny test Estermana obuoczny test Estermana kinetyczna (ręczna, automatyczna, mieszana) |  |
| 14 | **Analiza** | analiza pojedynczego pola porównanie wyników progresja defektu (DPA™ - Defect Progression Analysis lub równoważna) narzędzia statystyczne |  |
| 15 | **Komunikacja** | DICOM Storage SCU DICOM MWL SCU GDT, TXT, CMDL łączność sieciowa interfejs REVO Structure & Function  (lub równoważne) |  |
| 16 | **Złącze komunikacyjne** | USB 2.0 |  |
| 17 | **Wymiary (wys. x szer. x gł.) / waga** | 606 x 532 x 438 / 17 kg |  |
| 18 | **Zasilanie** | 100-120 V AC 50-60 Hz lub 220-240 V AC 50-60 Hz |  |
| 19 | **Zużycie energii** | 100 W |  |
| 20 | **Gwarancja** | Minimum 24 miesiące gwarancji na urządzenie i oprogramowanie |  |
| 21 | **Wymagania jakościowe** | Urządzenie nowe, nieużywane, wolne od wad, dopuszczone do obrotu na terenie UE, z oznakowaniem CE i dokumentacją w języku polskim. Licencja na oprogramowanie |  |
| 22 | **Termin wystawienia faktury i dostawy** | Gwarantowany termin dostawy do dnia 15.12.2025r, zapisany w Umowie na dostawę.  odbiór urządzenia potwierdzony protokołem odbioru |  |
| 23 | **Serwis** | Gwarantowany autoryzowany serwis na terenie Polski w ramach gwarancji i po okresie gwarancji. |  |
| 24 | **Szkolenie** | Wymagane przeprowadzenie szkolenia z obsługi i podstawowej konserwacji urządzenia w miejscu instalacji, zakończonego protokołem potwierdzającym przeszkolenie personelu. |  |

**………………………………………..**

(podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta)