**Załącznik nr 1A-1 do SIWZ**

**(do zadania nr 1)**

**Wymagane parametry techniczne dla soczewek wewnątrzgałkowych tylnokomorowych i przedniokomorowych z PMMA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane warunki techniczne**  | **Potwierdzenie****spełnienia wymaganych****warunków**  |
| **1** | **Soczewka wewnątrzgałkowa tylnokomorowa z PMMA do wszycia transskleralnego** |
| 1.1 | Materiał PMMA |  |
| 1.2 | Średnica części optycznej 6,0 – 7,0mm |  |
| 1.3 | Długość całkowita soczewki 12,0 - 13,5mm |  |
| 1.4 | Zakres mocy od +10,0 do +30,0 Dsph |  |
| 1.5 | Angulacja 0 - 10° |  |
| **2** | **Soczewka przedniokomorowa z PMMA** |
| 2.1 | Materiał PMMA |  |
| 2.2 | Średnica części optycznej 5,5 – 6,0mm |  |
| 2.3 | Długość całkowita soczewki 12,0 - 13,0mm |  |
| 2.4 | Zakres mocy od +5,0 do +30,0 Dsph |  |
| 2.5 | Ukątowanie części haptycznych 0,5 – 0,8mm |  |

**Uwaga! Zamawiający wymaga od Wykonawcy wypełnienia powyższej tabeli, udzielając odpowiedzi TAK lub NIE. Wpisanie „NIE” spowoduje odrzucenie oferty.**

…................................ ….......................................................................................

*/ miejscowość ,data / /pieczęć i podpis osoby / osób wskazanych w dokumencie,*

 *uprawnionej / uprawnionych do występowania w obrocie*

 *prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania oświadczeń*

 *woli w jego imieniu/*

**Załącznik nr 1A-2 do SIWZ**

**(do zadania nr 2)**

**Wymagane parametry techniczne dla soczewek wewnątrzgałkowych tylnokomorowych zwijalnych, jednoczęściowych hydrofilnych asferycznych i sferycznych**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane warunki techniczne**  | **Potwierdzenie****spełnienia wymaganych****warunków**  |
| **1** | **Soczewka wewnątrzgałkowa tylnokomorowa zwijalna, jednoczęściowa hydrofilna asferyczna z powłoką hydrofobową** |
| 1.1 | Materiał – akrylat hydrofilny z powłoką hydrofobową |  |
| 1.2 | Średnica części optycznej 6,0mm |  |
| 1.3 | Długość całkowita soczewki 12,0 – 12,5mm |  |
| 1.4 | Zakres mocy soczewki od -10,0 do + 35,0 |  |
| 1.5 | Angulacja 0° |  |
| 1.6 | Ostra krawędź na 360°na tylnej części soczewki zmniejszająca grubość soczewki |  |
| 1.7 | Dodatek asferyczny -0,165 mkm do -0,27 kmk |  |
| **2** | **Soczewka wewnątrzgałkowa tylnokomorowa zwijalna akrylowa jednoczęściowa hydrofilna sferyczna** |
| 2.1 | Materiał – akrylat hydrofilowy  |  |
| 2.2 | Średnica części optycznej 5,75- 6,0mm |  |
| 2.3 | Długość całkowita soczewki 11,5 – 12,5mm |  |
| 2.4 | Zakres mocy soczewki od -10,0 do + 35,0Dsph |  |
| 2.5 | Angulacja 0° |  |
| 2.6 | Ostra krawędź na 360° po obu stronach krawędzi części optycznej i haptycznej |  |
| 2.7 | W komplecie z każdą soczewką fabrycznie pakowany w 1 opakowaniu injektor i kartridż jednorazowego użytku do implantacji przez cięcie do 2,8 mm |  |

**Uwaga! Zamawiający wymaga od Wykonawcy wypełnienia powyższej tabeli, udzielając odpowiedzi TAK lub NIE. Wpisanie „NIE” spowoduje odrzucenie oferty.**

…................................ ….......................................................................................

*/ miejscowość ,data / /pieczęć i podpis osoby / osób wskazanych w dokumencie,*

 *uprawnionej / uprawnionych do występowania w obrocie*

 *prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania oświadczeń*

 *woli w jego imieniu/*

**Załącznik nr 1A-3 do SIWZ**

**(do zadania nr 3)**

**Wymagane parametry techniczne dla narzędzi rozszerzających źrenicę**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane warunki techniczne**  | **Potwierdzenie****spełnienia wymaganych****warunków**  |
| **1** |  **Pierścień rozszerzający źrenicę typu Malugin wraz z injektorem jednorazowego użytku do wszczepiania i usuwania pierścienia** |
| 1.1 | Ring o wielkości 6,25 mm z polipropylenu o kształcie kwadratu z pętlami w kątach, do założenia na tęczówkę,w komplecie z injektorem jednorazowego użytku do wszczepiania i usuwania ringu z jednego portu operacyjnego |  |
| **2** | **Haczyki - retraktorty rozszerzające źrenicę** |
| 2.1 | Polypropelynowe haczyki rozszerzające źrenicę w   kolorze niebieskim,z płaskimi silikonowymi stoperami komplecie po 5 sztuk  |  |

**Uwaga! Zamawiający wymaga od Wykonawcy wypełnienia powyższej tabeli, udzielając odpowiedzi TAK lub NIE. Wpisanie „NIE” spowoduje odrzucenie oferty.**

…................................ ….......................................................................................

*/ miejscowość ,data / /pieczęć i podpis osoby / osób wskazanych w dokumencie,*

 *uprawnionej / uprawnionych do występowania w obrocie*

 *prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania oświadczeń*

 *woli w jego imieniu/*

**Załącznik nr 1A-4 do SIWZ**

**(do zadania nr 4)**

**Wymagane wyposażenie jałowego, jednorazowego zapakowanego zestawu materiałów**

**i akcesoriów do operacji zaćmy**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane wyposażenie Custom-Pac** | **Potwierdzenie****spełnienia wymaganych****warunków**  |
| **1** | **Jałowy, jednorazowy zapakowany zestaw materiałów i akcesoriów do operacji zaćmy /Custom-Pac lub równoważny\*/ w składzie:** |
| - obłożenie na stolik 140cm x 140cm - szt. 1 |  |
| - obłożenie pacjenta 102cm x 122cm - szt. 1 |  |
| - obłożenie fotela - podłokietniki - szt. 2 |  |
| - kaseta Infiniti - szt. 1 |  |
| - tip do głowicy – szt. 1 zagięty |  |
| - komplet osłonek na końcówkę fako+komora testowa – 1 komplet |  |
| - nóż Stil-Clear śr. 2,6m szt. 1 |  |
| - nóż Clear Cut TM Sideport 1,2mm - szt. 1 |  |
| - kaniule do polewania 27G - szt. 2 |  |
| - kaniula płaska do hydrodyssekcji - szt. 1 |  |
| - mikrogąbki - szt. 1 |  |
| - igła - szt. 1 |  |
| - strzykawka 2ml - szt. 2 |  |
| - fartuchy - szt. 2 ( 1 x L, 1 x XL ) |  |
| - gaziki 5mm x 5mm - szt. 5 |  |
| - ocznik - szt. 1 |  |
| - pęseta jednorazowa plastikowa – szt. 1 |  |
| - płyn BSS - szt. 1 |  |
| - plaster mocujący osłonkę - szt. 1 |  |
| - rękawiczki 1 szt. ( 1 x 6,5 ) |  |
| - igła do kapsuloreksjii - szt.1 |  |
| - sączek długość 20 cm - szt.1 |  |
| - kieliszek plastikowy - szt. 1 |  |
| - plastikowa osłonka na oko – 1 szt. |  |
| **2** | **Jałowy, jednorazowy zestaw materiałów i akcesoriów do operacji zaćmy kompatybilny z dzierżawionym aparatem Constelation, w składzie:** |
| - obłożenie na stolik 140cm x 140cm - szt. 1 |  |
|  | - obłożenie pacjenta 102cm x 122cm - szt. 1 |  |
| - obłożenie fotela - podłokietniki - szt. 2 |  |
| - kaseta kompatybilna z aparatem Constelation - szt. 1 |  |
| - tip do głowicy – szt. 1 zagięty |  |
| - komplet osłonek na końcówkę fako+komora testowa szt.1 |  |
| - nóż Stil-Clear śr. 2,6m szt. 1 |  |
| - nóż Clear Cut TM Sideport 1,2mm - szt. 1 |  |
| - kaniule do polewania 27G - szt. 2 |  |
| - kaniula płaska do hydrodysekcji - szt. 1 |  |
| - mikrogąbki - szt. 1 |  |
| - igła - szt. 1 |  |
| - strzykawka 2ml - szt. 2 |  |
| - fartuchy - szt. 2 ( 1 x L, 1 x XL ) |  |
| - gaziki 5mm x 5mm - szt. 5 |  |
| - ocznik - szt. 1 |  |
| - pęseta jednorazowa plastikowa – szt. 1 |  |
| - płyn BSS - szt. 1 |  |
| - plaster mocujący osłonkę - szt. 1 |  |
| - rękawiczki ( 1 x 6,5 ) szt.1 |  |
| - plastikowa tacka na narzędzia szt.1 |  |
| - igła do kapsuloreksjii szt.1 |  |
| - sączek długość 20 cm szt.1 |  |
| - kieliszek plastikowy szt. 1 |  |
| - plastikowa osłonka na oko szt.1 |  |

**Uwaga! Zamawiający wymaga od Wykonawcy wypełnienia powyższej tabeli, udzielając odpowiedzi TAK lub NIE. Wpisanie „NIE” spowoduje odrzucenie oferty.**

*\* Jeżeli w opisie przedmiotu zamówienia znajdują się jakiekolwiek znaki towarowe, patent czy pochodzenie – należy przyjąć, że Zamawiający podał taki opis ze wskazaniem na typ i dopuszcza składanie ofert równoważnych o parametrach techniczno/eksploatacyjno/użytkowych/jakościowych nie gorszych niż te, podane w opisie przedmiotu zamówienia. Podstawa prawna: art. 29 ust. 3 Ustawy Prawo Zamówień Publicznych*

…................................ ….......................................................................................

/ miejscowość ,data / /pieczęć i podpis osoby / osób wskazanych w dokumencie,

 uprawnionej / uprawnionych do występowania w obrocie

 prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania oświadczeń

 woli w jego imieniu/

**Załącznik nr 1A-8 do SIWZ**

**(do zadania nr 8)**

**Wymagane parametry dla Implantów jaskrowych drenujących**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane warunki** | **Potwierdzenie****spełnienia wymaganych****warunków**  |
| **1** | **Implant jaskrowy drenujący** |
| Wykonany z silikonu |  |
| Grubość 0,9-1,0 mm |  |
| Szerokość 13-14 mm |  |
| Długość 16-20 mm |  |
| Powierzchnia 90-200mm2 |  |
| Długość rurki 25 mm |  |
| Średnica zewnętrzna rurki 0,635 |  |
| Sterylnie zapakowany |  |

**Uwaga! Zamawiający wymaga od Wykonawcy wypełnienia powyższej tabeli, udzielając odpowiedzi TAK lub NIE. Wpisanie „NIE” spowoduje odrzucenie oferty.**

…................................ ….......................................................................................

*/ miejscowość ,data / /pieczęć i podpis osoby / osób wskazanych w dokumencie,*

 *uprawnionej / uprawnionych do występowania w obrocie*

 *prawnym, reprezentowania Wykonawcy i składania oświadczeń*

 *woli w jego imieniu/*