**Załącznik nr 1A do SIWZ**

**Załącznik nr 1A-1 do SIWZ**

**(do zadania nr 1)**

**Wymagane warunki graniczne**

**Poz. 1.1 Soczewka wewnątrzgałkowa tylnokomorowa z PMMA do wszycia transskleralnego.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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° |  |

**Poz. 1.2 Soczewka przedniokomorowa z PMMA.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane warunki techniczne**  | **Potwierdzenie spełnienia****wymaganych warunków**  |
| 1 | Soczewka przedniokomorowa z PMMA. |
| 1.1 | Materiał PMMA |  |
| 1.2. | Średnica części optycznej 5,5 – 6,0mm |  |
| 1.3. | Długość całkowita soczewki 12,0 - 13,0mm |  |
| 1.4. | Zakres mocy od +5,0 do +30,0 Dsph |  |
| 1.5. | 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/*

Z**ałącznik nr 1A-2 do SIWZ**

**(do zadania nr 2)**

**Wymagane warunki graniczne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane warunki techniczne**  | **Potwierdzenie****spełnienia wymaganych****warunków**  |
|  | **Soczewka wewnątrzgałkowa tylnokomorowa zwijalna, jednoczęściowa hydrofilna asferyczna**  |
| 1. 1.1
 | Materiał – akrylat hydrofilowy  |  |
| 1. 1.2
 | Średnica części optycznej 6,0mm |  |
| 1. 1.3
 | Długość całkowita soczewki 12,0 – 13,0 mm |  |
| 1. 1.4
 | Zakres mocy soczewki od -10,0 do + 35,0Dsph |  |
| 1. 1.5
 | Angulacja 0° |  |
| 1. 1.6
 | Ostra krawędź na 360°na tylnej części soczewki zmniejszająca grubość soczewki |  |
| 1. 1.7
 | Filtr UV |  |
| 1. 1.8
 | 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 warunki graniczne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane warunki techniczne**  | **Potwierdzenie****spełnienia wymaganych****warunków**  |
|  |  **Soczewka wewnątrzgałkowa tylnokomorowa zwijalna akrylowa jednoczęściowa hydrofilna sferyczna** |
| 1. 1.1
 | Materiał – akrylat hydrofilowy  |  |
|  | Średnica części optycznej 5,75- 6,0 mm |  |
|  | Długość całkowita soczewki 11,5 – 13,0 mm |  |
|  | Zakres mocy soczewki od -10,0 do + 35,0 Dsph |  |
|  | Angulacja 0° |  |
|  | Ostra krawędź na 360° po obu stronach krawędzi części optycznej i haptycznej |  |
|  | Filtr UV |  |
|  | 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-4 do SIWZ**

**(do zadania nr 4)**

**Wymagane warunki graniczne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane warunki techniczne**  | **Potwierdzenie spełnienia****warunków technicznych** |
| 1. |  **Soczewka wewnątrzgałkowa tylnokomorowa akrylowa zwijalna trzyczęściowa**  |
| 1.1 | Materiał – akrylat |  |
| 1.2 | Hapteny z PMMA |  |
| 1.3 | Średnica części optycznej 5,75- 6,5mm |  |
| 1.4 | Długość całkowita soczewki 11,5 – 12,5mm |  |
| 1.5 | Zakres mocy soczewki od -5,0 do + 30,0Dsph |  |
| 1.6 | Anulacja 0-5° |  |
| 1.7 | Ostra krawędź na 360° po obu stronach krawędzi części optycznej i haptycznej |  |
| 1.8 | Filtr UV |  |
| 1.9 | 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.**

*\* 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-5 do SIWZ**

**(do zadania nr 5)**

**Wymagane warunki graniczne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane warunki techniczne**  | **Potwierdzenie****spełnienia wymaganych****warunków**  |
|  | **Haczyki - retraktorty rozszerzające źrenicę** |
| 1 | Polypropylenowe haczyki rozszerzające źrenicę w   kolorze niebieskim,z płaskimi silikonowymi stoperami komplecie. |  |

**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-6 do SIWZ**

**(do zadania nr 6)**

**Wymagane warunki graniczne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane warunki techniczne**  | **Potwierdzenie****spełnienia wymaganych****warunków**  |
|  | **Wymagane parametry techniczne pierścienia napinającego torebkę soczewki**  |
| 1. 1
 | Pierścienie napinające torebkę soczewki z PMMA z dodatkową pętlą fiksującą do twardówki wielkości 11mm (typu 1L Cionni) wraz z injectorem implantacyjnym dla każdego pierścienia |  |
|  | Pierścienie napinające torebkę soczewki z PMMA (typ 13A) wielkości 11 mm wraz z injectorem implantacyjnym dla każdego pierścienia |  |

**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-7 do SIWZ**

**(do zadania nr 7)**

**Wymagane warunki graniczne**

 **Wymagane wyposażenie jałowego, jednorazowego zapakowanego zestawu materiałów i akcesoriów do operacji zaćmy do zadania nr 7.1 kompatybilny z aparatem Infiniti Wersja I**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane wyposażenie Custom-Pac** | **Potwierdzenie spełnienia warunków** |
|  1. | Jałowy, jednorazowy zapakowany zestaw materiałów i akcesoriów do operacji zaćmy / Custom-Pac/ w składzie: kompatybilny z aparatem Infiniti |  |
| - 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 zagięty  |  |
| - komplet osłonek na końcówkę fako+komora testowa– szt. 1 |  |
| - nóż Slit-Clear śr. 2,6m szt. 1 |  |
| - nóż Clear Cut TM Sideport 1,2mm - szt. 1 |  |
| - kaniule do polewania 27G - szt. 3 |  |
| - 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 ) |  |
| - 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 |  |

**Wymagane wyposażenie jałowego, jednorazowego zapakowanego zestawu materiałów i akcesoriów do operacji zaćmy do zadania nr 7.2 kompatybilny z aparatem Constelation Wersja II**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane wyposażenie Custom-Pac** | **Potwierdzenie spełnienia warunków** |
| 2. | - obłożenie na stolik 140cm x 140cm - szt. 1 |  |
| - obłożenie pacjenta 102cm x 122cm - szt. 1 |  |
| - obłożenie fotela - podłokietniki - szt. 2 |  |
| - kaseta Constelation- szt. 1 |  |
| - tip do głowicy zagięty – - szt. 1 |  |
| - komplet osłonek na końcówkę fako+komora testowa - szt. 1 |  |
| - nóż Slit-Clear śr. 2,6m szt. 1 |  |
| - nóż Clear Cut TM Sideport 1,2mm - szt. 1 |  |
| - kaniule do polewania 27G - szt. 3 |  |
| - 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 x 6,5 ) - 1 szt. |  |
| - plastikowa tacka na narzędzia). - 1 szt |  |
|  | - igła do kapsuloreksjii- 1 szt |  |
|  | - sączek długość 20 cm szt.1 |  |
|  | - kieliszek plastikowy - szt. 1 |  |
|  | - plastikowa osłonka na oko - szt. 1 |  |

**Wymagane wyposażenie jałowego, jednorazowego zapakowanego zestawu materiałów i akcesoriów do operacji zaćmy do zadania nr 7.3**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu dostawy** | **Potwierdzenie spełnienia warunków** |
| 3. | Kompatybilny z aparatem INFINITI |  |

**Uwaga! Zamawiający wymaga od Wykonawcy wypełnienia powyższych tabel, 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-8 do SIWZ**

**(do zadania nr 8)**

**Wymagane warunki graniczne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane warunki graniczne**  | **Potwierdzenie****spełnienia wymaganych****warunków**  |
| **1** | **Wymagane parametry techniczne pasków fluorescencyjnych** |
| Sterylne paski nasączone solą sodową fluoresceiny |  |

**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-9 do SIWZ**

**(do zadania nr 9)**

**Wymagane warunki graniczne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane warunki techniczne**  | **Potwierdzenie****spełnienia wymaganych****warunków**  |
|  | **Wymagane parametry techniczne noży operacyjnych** |
| 1. 1
 | Noże operacyjne do wejścia bocznego 1,2 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-10 do SIWZ**

**(do zadania nr 10)**

**Wymagane warunki graniczne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane warunki techniczne**  | **Potwierdzenie****spełnienia wymaganych****warunków**  |
|  | **Wymagane parametry techniczne do trepanów i punche rogówkowych próżniowych** |
| 1. 1
 | Jednorazowy trepan próżniowy do rogówki biorcy 6,0 do 9,0 mm |  |
| 1. 1.2
 | Jednorazowy punch próżniowy dla dawcy dostępny w rozmiarach: 6,0 do 9,5 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-11 do SIWZ**

**(do zadania nr 11)**

**Wymagane warunki graniczne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane warunki techniczne**  | **Potwierdzenie****spełnienia wymaganych****warunków**  |
|  | **Implant jaskrowy drenujący** |
| 1. 1.1
 | Wykonany z silikonu |  |
|  | Grubość 0,9-1,0 mm |  |
|  | Szerokość 13-14 mm |  |
|  | Długość 16-20 mm |  |
|  | Powierzchnia 90-200mm2 |  |

**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/*