|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ITEM:8** | OFTALMOSCOPIO INDIRECTO | **CANTIDAD**: 1 PIEZA |
| **CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS** | | **PARA SER LLENADO POR EL PROPONENTE** |
| El proponente debe mencionar los siguientes datos | | **Características de la propuesta**  (manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido) |
| **MARCA***:* | *(A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE)* |  |
| **MODELO** | *(A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE)* |  |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN:** | *(A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE*) |  |
| 1. **REQUISITOS BÁSICOS** | |  |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | |  |
| **COMPONENTES OFTALMOSCOPIO**   * ILUMINACIÓN POR LÁMPARA HALÓGENA O LED * CON CÁMARA DE VIDEO DIGITAL (OPCIONAL) * INTERFAZ Y SOFTWARE POR PUERTO USB (OPCIONAL) * FILTROS ROJO Y VERDE O MEJOR   **ACCESORIOS**   * FUENTE DE ALIMENTACION SIN CABLES CON BATERIA RECARGABLE, PORTÁTIL O PARED/SOBREMESA | |  |
| **ACCESORIOS OPCIONALES** | |  |
| * DOS (02) DEPRESORES ESCLERALES. * 1 LÁMPARA LED O HALÓGENA DE REPUESTO. * MALETÍN DE TRANSPORTE | |  |
| **REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA** | |  |
| * FUNCIONARA CON RED ELÉCTRICA MONOFÁSICA, 220 - 230 V, 50 HZ. | |  |
| **DOCUMENTACION TECNICA** | |  |
| * MANUAL DE USUARIO: EN CASO DE ADJUDICACION, MAXIMO HASTA EL MOMENTO DE LA **RECEPCION** DEBERA ENTREGAR EL ***MANUAL ORIGINAL EN FISICO***. | |  |
| **RECEPCION CON INSTALACION, PRUEBAS, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y CAPACITACION** | |  |
| * ***LUGAR***: EN AMBIENTES DE LA CSBP REGIONAL LA PAZ- POLICONSULTORIO CENTRAL (CALLE CAPITAN RAVELO ESQ. MONTE VIDEO), PREVIA COORDINACION. | |  |
| **GARANTÍAS** | |  |
| * GARANTÍA COMERCIAL: EL PERIODO DE ESTA GARANTÍA SERA **NO** **MENOR A UN AÑO** VIGENTE A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ITEM:10** | SILLÓN O UNIDAD DE OFTALMOLOGÍA COMPLETO CON ACCESORIOS MÁS CAJA DE LENTES) | **CANTIDAD**: 1 PIEZA |
| **CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS** | | **PARA SER LLENADO POR EL PROPONENTE** |
| El proponente debe mencionar los siguientes datos | | **Características de la propuesta**  (manifestar aceptación, especificar y/o adjuntar lo requerido) |
| **MARCA***:* | *(A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE)* |  |
| **MODELO** | *(A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE)* |  |
| **PAÍS DE FABRICACIÓN:** | *(A ESPECIFICAR POR EL PROPONENTE*) |  |
| 1. **REQUISITOS BÁSICOS** | |  |
| **CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS** | |  |
| **PRINCIPIOS DE FUNCIONAMIENTO:**   * SILLÓN ELECTRICO PARA EXAMEN DE OFTALMOLOGIA   **DESCRIPCIÓN DE COMPONENTES.**   * RECLINABLE DE RESPALDO: 150° O SUPERIOR * REPOSABRAZOS: AMBOS DEBEN SER PLEGABLES * ÁNGULO DE ROTACIÓN: 20 ° O SUPERIOR, DEBE CONTAR CON FRENO MANUAL * DEBE PODER SER INSTALADO TANTO A LA IZQUIERDA O A LA DERECHA, CON FINES DE NO MODIFICAR LA INFRAESTRUCTURA DEL CONSULTORIO. * DEBE CONTAR CON UNA MESA AMPLIA, PARA LA INSTALACIÓN DE DOS EQUIPOS. * DEBE CONTAR CON BRAZO PARA FOROPTERO, CON UNA CAPACIDAD DE 8 KG O SUPERIOR. * DEBE CONTAR CON CAJONERA PARA LENTES DE PRUEBA   **MOVIMIENTOS ELÉCTRICOS**   * SILLÓN ELECTRICO MOTORIZADO. * ALTURA MÁXIMA: 670 MM O MAYOR * ALTURA MÍNIMA: 500 MM O MENOR   **DIMENSIONES APROXIMADAS**   * CAPACIDAD DE CARGA 150KG O SUPERIOR   **CAJA DE PRUEBAS**   * MONTURA DE PRUEBAS ADULTO * LENTES CON BORDE * LENTES COMPATIBLES CON MONTURA PEDIATRICAS * ESFERAS DE AL MENOS 40 PIEZAS O MEJOR   + 0.25D A 6.00D EN PASOS DE 0.25   + O 6.50D A 10.00D EN PASOS DE 0.50   + O 11.00D A 15.00D EN PASOS DE 1.00   + O 16.00D A 20.00D EN PASOS DE 2.00 * CILINDROS DE AL MENOS 20 PIEZAS O MEJOR   + 0.25D A 6.00D EN PASOS DE 0.25   + 4.50D A 6.00D EN PASOS DE 0.50 * PRISMAS DE AL MENOS 12 PIEZAS O MEJOR   + 0,5 (2) 1,0 A 10,0 EN PASOS DE 1,0 * ACCESORIOS DE AL MENOS 14 PIEZAS O MEJOR * RF GF BL PL (2) MR (2) FL CL (2) PH (2) SS, CILINDRO TRANSVERSAL PF X 0,25 X0,50 | |  |
| **REQUERIMIENTOS DE ENERGÍA** | |  |
| * FUNCIONARA CON RED ELÉCTRICA MONOFÁSICA, 220 - 230 V, 50 HZ. | |  |
| **DOCUMENTACION TECNICA** | |  |
| * MANUAL DE USUARIO: EN CASO DE ADJUDICACION, MAXIMO HASTA EL MOMENTO DE LA **RECEPCION** DEBERA ENTREGAR EL ***MANUAL ORIGINAL EN FISICO***. | |  |
| **RECEPCION CON INSTALACION, PRUEBAS, PUESTA EN FUNCIONAMIENTO Y CAPACITACION** | |  |
| * ***LUGAR***: EN AMBIENTES DE LA CSBP REGIONAL LA PAZ- POLICONSULTORIO CENTRAL (CALLE CAPITAN RAVELO ESQ. MONTE VIDEO), PREVIA COORDINACION. | |  |
| **GARANTÍAS** | |  |
| * GARANTÍA COMERCIAL: EL PERIODO DE ESTA GARANTÍA SERA **NO** **MENOR A UN AÑO** VIGENTE A PARTIR DE LA EMISIÓN DEL ACTA DE RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD | |  |