|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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
 |  |