|  |
| --- |
| **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |
| **Dostawa, instalacja i uruchomienie aparatury do wspomagania operacji zaćmy****Część 1** **Biometr optyczny** |

Uwagi i objaśnienia:

* Parametry określone jako „tak” są parametrami granicznymi. Udzielenie odpowiedzi „nie” lub innej nie stanowiącej jednoznacznego potwierdzenia spełniania warunku będzie skutkowało odrzuceniem oferty.
* Parametry o określonych warunkach liczbowych ( „=>” lub „<=” ) są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
* Wartość podana przy w/w oznaczeniach oznacza wartość wymaganą.
* Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.
* Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji: 2020), nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów. Żaden aparat ani jego część składowa, wyposażenie, nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika.
* Gdziekolwiek w Opisie przedmiotu zamówienia przywołane są normy, lub nazwy własne lub znaki towarowe lub patenty lub pochodzenie, źródło lub szczególny proces, który charakteryzuje produkty dostarczane przez konkretnego Wykonawcę, Zamawiający dopuszcza rozwiązania równoważne.
* W przypadku punktacji proporcjonalnej ocena jest przeprowadzana w sposób następujący: oferta zawierająca najkorzystniejszą wartość otrzymuje maksymalną liczę punktów, wszystkie pozostałe proporcjonalnie mniej w stosunku do najkorzystniejszej wartości.

Nazwa i typ: ...............................................................................

Producent / kraj produkcji: .........................................................

Rok produkcji: ….......................................................................

|  |
| --- |
| **Część 1** |
| **Przedmiot** | **Cena brutto** |
| **Biometr optyczny** | **.......................................... zł** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRU** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMERT OFEROWANY** | **OCENA PKT** |
| **Konstrukcja** |
|  | Biometr optyczny – urządzenie do pomiarów biometrycznych metodą bezkontaktową  | tak |  | - - - |
|  | Automatyczny pomiar długości gałki, krzywizny rogówki, głębokości przedniej komory, grubości rogówki, grubości soczewki oraz pomiar WTW (White to white) w jednym badaniu | tak |  | - - - |
|  | Obrazowanie wzdłużne gałki ocznej tj. skan obrazujący rogówkę, przednią komorę, soczewkę oraz siatkówkę (projekcja-B) za pomocą wbudowanego (zintegrowanego) źródła OCT o długości fali min. 1055 nm | tak, podać |  | - - - |
|  | Telecentryczny pomiar przedniej krzywizny rogówki oparty na min. 18 punktach pomiarowych | tak, podać |  | - - - |
|  | Pomiar tylnej krzywizny rogówki | tak |  | - - - |
|  | Pomiar w osi widzenia dzięki wbudowanemu fiksatorowi wewnętrznemu | tak |  | - - - |
|  | Dodatkowa kontrola fiksacji pacjenta, dzięki wizualizacji wycinka (skanu OCT) siatkówki w miejscu odbicia fali pomiarowej | tak |  | - - - |
|  | Zmotoryzowana podpora brody pacjenta | tak |  | - - - |
|  | Wybór trybu pomiaru: automatyczny lub manualny | tak |  | - - - |
|  | Pomiar długości gałki ocznej w min. zakresie 14 – 34 mm | tak, podać |  | wymagany zakres 0 pkt, największy 3 pkt, inne proporcjonalnie mniej od największego |
|  | Pomiar głębokości komory przedniej w min. zakresie 1,5 – 6,5 mm | tak, podać |  | - - - |
|  | Pomiar krzywizny rogówki w min. zakresie 5 – 10 mm | tak, podać |  | - - - |
|  | Pomiar grubości soczewki w min. zakresie 1mm – 10 mm (dla oka fakijnego) | tak, podać |  | - - - |
|  | Pomiar centralnej grubości rogówki w min. zakresie 0,2 – 1,2 mm | tak, podać |  | - - - |
|  | Pomiary WTW („white to white”) w min. zakresie 8 – 16 mm | tak, podać |  | - - - |
|  | Pomiar średnicy źrenicy | tak |  | - - - |
|  | Pomiar tylnej powierzchni rogówki | tak |  | - - - |
|  | Pomiar kąta Kappa i analiza Chang-Waring Chord (kąt Alpha z kątem Kappa) | tak |  | - - - |
|  | Kalkulacja soczewki IOL do wszczepu  | tak |  | - - - |
|  | System automatycznej kontroli poprawności przeprowadzenia pomiaru | tak |  | - - - |
|  | Indywidualna wbudowana baza stałych soczewek zoptymalizowanych dla oferowanego modelu aparatu. Min. 200 typów soczewek. Możliwość wprowadzania soczewek z tworzeniem podtypów soczewki z określonymi zakresami cylindrów. | tak, podać |  | - - - |
|  | Baza danych pacjentów i archiwizacja wyników pomiarów | tak |  | - - - |
|  | Automatyczne rozpoznawanie oka prawego i lewego | tak |  | - - - |
|  | Drukarka do wydruku wyników pomiarów i kalkulacji | tak |  | - - - |
|  | Jednostka pomiarowa, komputer przetwarzający zintegrowane w jednym urządzeniu | tak |  | - - - |
|  | Możliwość tworzenia indywidulanych profili użytkownika. Min. 6 profili | tak, podać |  | - - - |
|  | Dotykowy monitor LCD | tak |  | - - - |
|  | Stolik o napędzie elektromotorycznym | tak |  | - - - |
|  | Gniazdo sieciowe Ethernet oraz min. 2 porty USB | tak, podać |  | - - - |
|  | Formuły kalkulacji soczewek:SRK T, Holladay, Hoffer Q, Haigis, Haigis – L, Haigis-T, Barrett Universal II, Barrett Toric, Barrett True Keratometrylub równoważne | tak, podać |  | - - - |
|  | Formuła Barrett Total Keratometry (uwzględniająca tylną keratometrię) | podać |  | tak – 5 pktnie – 0 pkt |
|  | Formuła Holladay 2 | podać |  | tak – 5 pktnie – 0 pkt |
|  | Export wyników w formacie DICOM | tak |  | - - - |
|  | Pomiar długości gałki ocznej dla oczu:- fakijnych- afakijnych- wypełnionych olejem silikonowym- wypełnionych olejem silikonowym, afakijnych- z soczewką wewnątrzgałkową silikonową- z soczewką wewnątrzgałkową PMMA- z soczewką wewnątrzgałkową akrylową- po zabiegach LASIK, LASEK, PRK, RK | tak, podać |  | - - - |

|  |
| --- |
| **WARUNKI GWARANCJI I SERWISU** |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRU** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMERT OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | **GWARANCJE** |  |  |  |
|  | Okres pełnej, bez wyłączeń gwarancji dla wszystkich zaoferowanych elementów.UWAGA – należy podać pełną liczbę miesięcy. Wartości ułamkowe będą przy ocenie zaokrąglane w dół – do pełnych miesięcy. Zamawiający zastrzega, że okres rękojmi musi być równy okresowi gwarancji. Zamawiający zastrzega, że górną granicą punktacji gwarancji będzie 5 lat. | >= 24 |  | najdłuższy okres – 5 pkt, wymagane – 0 pkt, inne proporcjonalnie mniej, względem najdłuższego okresu |
|  | Gwarancja dostępności części zamiennych [liczba lat] – min. 10 lat  | podać |  | tak – 3 pktnie – 0 pkt |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji o każdy dzień, w czasie którego Zamawiający nie mógł korzystać w pełni sprawnego sprzętu. | tak |  | - - - |
|  | **WARUNKI SERWISU** |  |  |  |
|  | Przyjazd serwisu po zgłoszeniu awarii w okresie gwarancji do 2 dni (dotyczy dni roboczych rozumianych jako dni od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem świąt i dni ustawowo wolnych od pracy, w godzinach od 8.00 do 15.00 ) | tak, podać |  | 1 dzień – 5 pkt2 dni – 0 pkt, |
|  | Czas na naprawę usterki – do 3 dni, a w przypadku potrzeby sprowadzenia części zamiennych do - 5 dni (dotyczy dni roboczych) | tak |  | - - - |
|  | Urządzenie zastępcze w przypadku niewykonania naprawy w ciągu 5 dni od zgłoszenia awarii (dotyczy dni roboczych) | tak |  | - - - |
|  | W ramach ceny: przeglądy w okresie gwarancji (zgodnie z wymogami producenta)  | tak, podać ilość wszystkich przeglądów w okresie gwarancji |  | - - - |
|  | Ilość przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy aparatu (w okresie 1 roku) | podać |  | jeden w roku, lub brak wymogu producenta wykonywania przeglądów (obowiązek dokonania wpisu w paszporcie) – 5 pkt, więcej niż 1– 0 pkt |
|  | Dokumentacja serwisowa i/lub oprogramowanie serwisowe na potrzeby Zamawiającego (dokumentacja zapewni co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, etc.) | tak |  | - - - |
|  | Aparat jest lub będzie pozbawiony, po zakończeniu gwarancji, wszelkich blokad, kodów serwisowych, itp. które po upływie gwarancji utrudniałyby właścicielowi dostęp do opcji serwisowych lub naprawę aparatu przez inny niż Wykonawca podmiot w przypadku nie korzystania przez Zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy | tak |  | - - - |
|  | **SZKOLENIA** |  |  |  |
|  | Szkolenie dla personelu medycznego i technicznego Dodatkowe szkolenie dla personelu medycznego w przypadku wyrażenia takiej potrzeby przez personel medyczny i techniczny | tak |  | - - - |
|  | **DOKUMENTACJA** |  |  |  |
|  | Instrukcje obsługi w języku polskim i angielskim w formie elektronicznej i drukowanej (przekazane w momencie dostawy dla każdego egzemplarza. | tak |  | - - - |
|  | Z urządzeniem wykonawca dostarczy paszport techniczny zawierający co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny),  | tak |  | - - - |