|  |
| --- |
| **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |
| **Dostawa, instalacja i uruchomienie aparatury do wspomagania operacji zaćmy**  **Część 2**  **System (aparat) wspierający pracę chirurga w zakresie kalkulacji i wszczepiania soczewek wewnątrzgałkowych** |

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 2** | |
| **Przedmiot** | **Cena brutto** |
| **System (aparat) wspierający pracę chirurga w zakresie kalkulacji i wszczepiania soczewek wewnątrzgałkowych** | **.......................................... zł** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRU** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMERT OFEROWANY** | **OCENA PKT** |
| **Moduł diagnostyczny** | | | | |
|  | Moduł diagnostyczny wykonujący następujące pomiary: południk rogówki stromy i płaski, moc cylindra, odległość „withe-to-white”, średnica źrenicy, oś widzenia | tak |  | - - - |
|  | Moduł diagnostyczny wyposażony w kamerę HD, wykonujący zdjęcia oka pacjenta w celu późniejszego rozpoznania oka w czasie zabiegu | tak |  | - - - |
|  | Moduł diagnostyczny wyposażony w układ wykorzystujący do analizy min. 900 punktów pomiarowych | tak, podać |  | wymagana wartość 0 pkt, największa 5 pkt, inne proporcjonalnie mniej od największej |
| **Moduł planujący** | | | | |
|  | Moduł planujący wyposażony w następujące formuły kalkulacji mocy soczewki, wewnątrzgałkowej: SRK-T, Holladay I, Holladay II, Holladay R, Hoffer-Q, Haigis, Barrett | tak |  | - - - |
|  | Moduł planujący, wyposażony w funkcję umożliwiającą określenie optymalnej lokalizacji, cięcia głównego w celu maksymalnej redukcji astygmatyzmu pooperacyjnego | tak |  | - - - |
|  | Możliwość wyliczenia dla poszczególnych operatorów indywidualnej stałej A soczewki wewnątrzgałkowej | tak |  | - - - |
|  | Możliwość wyliczenia wartości indywidualnego astygmatyzmu dla poszczególnych operatorów | tak |  | - - - |
| **Moduł wyświetlający** | | | | |
|  | 1. Przystawka wyświetlająca zaplanowane wcześniej informacje o okularze mikroskopu, kompatybilna z mikroskopem HS Hi-R NEO 900 produkcji Haag-Streit Surgical GmbH, będącym na wyposażeniu Oddziału Okulistyki 2. W przypadku nie kompatybilności (braku współpracy) oferowanego Systemu (aparatu) wspierającego pracę chirurga w zakresie kalkulacji i wszczepiania soczewek wewnątrzgałkowych, Wykonawca musi dostarczyć w cenie oferty, mikroskop do wykonywania operacji okulistycznych z torem wizyjnym, kompatybilny z systemem (aparatem) wspierającym pracę chirurga w zakresie kalkulacji i wszczepiania soczewek wewnątrzgałkowych, o nie gorszych parametrach niż mikroskop posiadany przez Zamawiającego | tak, podać |  | - - - |
|  | Podzielnik wiązki światła w przystawce do mikroskopu zabierający maksymalnie 40% światła z toru głównego operatora | tak, podać |  | wymagana wartość 0 pkt, najmniejsza  5 pkt, inne proporcjonalnie mniej od najmniejszej |
|  | Rozdzielczość kamery w przystawce min. 1280x1024 piksele | tak, podać |  | - - - |
|  | Możliwość wyświetlenia w mikroskopie lokalizacji cięcia głównego oraz cięć pomocniczych | tak |  | - - - |
|  | Możliwość ustawienia i wyświetlenia w mikroskopie lokalizacji kapsuloreksji względem: źrenicy, rąbka i osi widzenia | tak |  | - - - |
|  | Możliwość wyświetlenia w mikroskopie ustawienia soczewki wewnątrzgałkowej w torebce (centracji) względem: źrenicy, rąbka, osi widzenia i kapsuloreksji | tak, podać |  | - - - |
| **Wyposażenie** | | | | |
|  | Ekran dotykowy do mikroskopu, wyświetlający informacje dotyczące: lokalizacji wszystkich cięć w rogówce, rozmiaru i lokalizacji kapsuloreksji, centracji soczewki wewnątrzgałkowej w torebce, ustawienia osi wszczepu w przypadku soczewki torycznej | tak |  | - - - |
|  | Przełącznik nożny umożliwiający przyłączenie wyświetlanych ekranów | tak |  | - - - |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | >= 12 |  | 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 pkt  nie – 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 pkt  2 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 |  | - - - |