|  |
| --- |
| **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** |
|  **Dostawa, instalacja i uruchomienie optycznego skanera siatkówki OCT**  |

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: 2021), 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. elementów i akcesoriów.
* 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.
* Brak potwierdzenia w materiałach firmowych zakresu większego niż wymagany, pomimo jego wskazania w kolumnie „Parametr oferowany", spowoduje nie przyznanie punktów za ten parametr.
* W kolumnie „Lokalizacja potwierdzenia [str. oferty]” należy wypełnić miejsca wskazane przez Zamawiającego (lokalizacja potwierdzenia spełnienia oferowanego parametru w złożonych materiałach firmowych)

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRU** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMERT OFEROWANY** | **Lokalizacja potwierdzenia [str. oferty]** | **OCENA PKT** |
|  | Urządzenie Swept Source OCT ze źródłem światła o długości fali 1050 nm. | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Obrazowanie całej siatkówki wraz z automatycznym wyznaczaniem mapy grubości naczyniówki. | tak |  |  | - - - |
|  | Prędkość skanowania minimum 85 000 A scanów/sekundę. | tak, podać |  |  | wymagana wartość – 0 pkt największa – 5 pkt, inne proporcjonalnie mniej od najwyższej |
|  | Rozdzielczość osiowa, cyfrowa wynosząca poniżej 3,9 µm. | tak, podać |  |  | wymagana wartość – 0 pkt najniższa wartość – 3 pkt, inne proporcjonalnie mniej od najniższej |
|  | Możliwość wykonania skanu siatkówki o szerokości min. 9 mm. | tak, podać |  |  | wymagana wartość – 0 pkt najwyższa wartość – 3 pkt, inne proporcjonalnie mniej od najwyższej |
|  | Możliwość sporządzenia mapy grubości rogówki, oraz pomiar kąta przesączania. | tak |  |  | - - - |
|  | Możliwość wykonania skanu przedniego odcinka oka o rozmiarze min. 14 mm.  | tak, podać |  |  | wymagana wartość – 0 pkt najwyższa wartość – 3 pkt, inne proporcjonalnie mniej od najwyższej |
|  | Obrazowanie przepływów w naczyniach bez konieczności podawania środka kontrastującego (OCT-Angio). | tak |  |  | - - - |
|  | Wbudowana funduskamera non-mydriatic umożliwiająca rejestrację zdjęcia kolorowego dna oka lub funduskamera zewnętrzna SLO lub konfikalny skaningowy oftalmoskop | tak, podać |  |  | funduskamera wbudowana – 5 pkt, funduskamera zewnętrzna lub konfokalny skaningowy oftalmoskop – 0 pkt |
|  | Baza Normatywna pacjentów dotycząca grubości siatkówki, grubości włókien nerwowych RNFL, grubości komórek zwojowych GCL oraz grubości komórek zwojowych razem z włóknami nerwowymi GCL+RNFL. | tak |  |  |  - - - |
|  | Kolorowy, dotykowy ekran LCD wbudowany w urządzenie OCT. | tak |  |  | - - - |
|  | Korelacja pozycji wykonanych skanów OCT z kolorowym zdjęciem dna oka. | tak |  |  | - - - |
|  | Wewnętrzny fiksator z możliwością wyboru rodzaju znaku fiksacyjnego lub z możliwością zmiany położenia znaku fiksacyjnego. | tak, podać |  |  | - - - |
|  | Urządzenie wyposażone dodatkowo w zewnętrzny fiksator. | tak |  |  | - - - |
|  | Sterowanie położenia głowicy pomiarowej urządzenia poprzez dżojstik lub myszkę | tak |  |  | - - - |
|  | Elektryczna lub manualna regulacja wysokości podbródka pacjenta. | tak, podać |  |  | elektryczna regulacja – 5 pkt manualna – 0 pkt |
|  | Raport grubości włókien nerwowych pacjenta w odniesieniu do bazy normatywnej oraz z możliwością prezentacji progresji zmian w czasie. | tak |  |  | - - - |
|  | Możliwość automatycznego wyznaczenia parametrów tarczy nerwu wzrokowego z możliwością ręcznego korygowania. | tak |  |  | - - - |
|  | Automatyczna analiza grubości siatkówki, grubości warstwy włókien nerwowych wokół tarczy nerwu wzrokowego oraz analiza komórek zwojowych GCL odniesionych do bazy normatywnej podczas wykonania jednego skanowania 3D. | tak |  |  | - - - |
|  | Obliczanie grubości warstwy komórek zwojowych GCL. | tak |  |  | - - - |
|  | Prezentacja 3D z możliwością obracania pod dowolnym kątem, z możliwością automatycznego rozdziału warstw. | tak |  |  | - - - |
|  | Możliwość eksportu zdjęć dna oka , pojedynczych B-skanów, filmów z prezentacjami 3D na zewnętrzne nośniki danych. | tak |  |  | - - - |
|  | Automatyczne rozpoznawanie prawego lub lewego oka. | tak |  |  | - - - |
|  | Wielkość skanu 3D na siatkówce min: 9,0 x 9.0 mm | tak, podać |  |  | wymagana wielkość skanu – 0 pkt, skan 11,0x9,0 mm – 3 pkt skan 12,0x9,0 mm lub więcej – 5 pkt |
|  | Wyposażenie: monitor LCD min 21”, komputer PC, oraz drukarka kolorowa oraz stolik z elektrycznie podnoszonym blatem | 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. | >= 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 |
|  | **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 |  | - - - |
|  | W ramach ceny: przeglądy w okresie gwarancji (zgodnie z wymogami producenta)  | tak, podać ilość wszystkich przeglądów w okresie gwarancji lub brak wymogu producenta wykonywania przeglądów (obowiązek dokonania wpisu w paszporcie) |  | - - - |
|  | 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 aparatów 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, podać |  | - - - |
|  | **DOKUMENTACJA** |  |  |  |
|  | Instrukcje obsługi w języku polskim i angielskim w formie elektronicznej i drukowanej (przekazane w momencie dostawy dla każdego egzemplarza). | tak |  | - - - |
|  | Z aparatem wykonawca dostarczy paszport techniczny zawierający co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny). | tak |  | - - - |