

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Lp.	OPIS	Parametr oferowany
<b>I.</b>	<b>PODSTAWOWE DANE</b>	
1.	Nazwa i typ urządzenia	
2.	Producent	
3.	Kraj pochodzenia.	
4.	Rok produkcji 2020	

Lp.	Parametry funkcjonalne i techniczne	Parametr wymagany (graniczny)	Określenie punktacji	Parametr oferowany/ spełnienie wymagań
1	2	3	4	5
<b>II.</b>	<b>WYMAGANIA OGÓLNE</b>			
1	Wszystkie oferowane produkty fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane, oferowane urządzenia muszą być nie używane (wyklucza się urządzenia demonstracyjne i powystawowe)	TAK	-	
2	Wszystkie pozycje odporne na działanie środków dezynfekcyjnych stosowanych powszechnie w jednostkach ochrony zdrowia, dołączyć wykaz środków dezynfekcyjnych zalecanych do mycia i dezynfekcji oferowanych wyrobów - jeżeli dotyczy	TAK, dołączyć wykaz na etapie dostawy	-	
3	Od Wykonawcy wymaga się montażu/zainstalowania i uruchomienia dostarczonej aparatury oraz przeszkolenia personelu medycznego w zakresie jej obsługi w terminach uzgodnionych pisemnie z Zamawiającym i przeszkolenia personelu technicznego w zakresie obsługi technicznej.	TAK	-	
4	Każdy dostarczony aparat musi być bezwzględnie wyposażony we wszystkie niezbędne do prawidłowej pracy akcesoria, instrukcję obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej.	TAK	-	
5	Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć wraz z protokołem zdawczo-odbiorczym: 1) instrukcję obsługi urządzenia w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej, 2) dokumentację techniczną (serwisową) oferowanego urządzenia w wersji elektronicznej, 3) skróconą wersję instrukcji obsługi i BHP w formie załaminowanej (jeżeli Wykonawca posiada), 4) wykaz czynności serwisowych, które mogą być wykonywane przez użytkownika samodzielnie nieskutkujące utratą gwarancji, 5) paszport techniczny, 6) karty gwarancyjne, 7) wykaz autoryzowanych punktów serwisowych na terenie Polski 8) certyfikaty imienne dla osób przeszkolonych - należy dostać do 14 dni od daty przeprowadzenia szkolenia	TAK	-	
6	Okres zagwarantowania dostępności i możliwości zakupu części zamiennych oraz wyposażenia eksploatacyjnego powinien wynosić minimum 10 lat od daty sprzedaży urządzenia	TAK	-	

7	Wykonawca musi zapewnić na terenie Polski serwis z autoryzacją producenta do serwisowania zaoferowanego urządzenia (poświadczoną odpowiednimi dokumentami), w nawiązaniu do pkt. 5 ppkt. 7)	TAK	-	
8	Oferowane urządzenia powinny spełniać obowiązujące wymogi związane z kompatybilnością elektromagnetyczną	TAK	-	
9	Czas naprawy gwarancyjnej nieprzedłużającej okresu gwarancji, max. 7 [dni]	TAK	-	
10	Gwarantowany czas przystąpienia do naprawy, max. 48 [h] od zgłoszenia konieczności naprawy	TAK	-	
11	Gwarantowany czas naprawy, max. 7 [dni] od daty zgłoszenia konieczności naprawy	TAK	-	
12	Urządzenie pozbawione jest ewentualnych blokad serwisowych, które po upływie gwarancji utrudniałyby właścicielowi dostęp do opcji serwisowych lub naprawę urządzenia przez inny niż Wykonawca umowy podmiot	TAK	-	
13	Certyfikaty i inne dokumenty dopuszczające aparat do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa, jak: atesty, certyfikaty CE, deklaracje zgodności	TAK, (dokumenty składane na wezwanie)	-	
14	Szkolenie z obsługi i użytkowania aparatu pracowników wskazanych przez Zamawiającego z chwilą uruchomienia aparatu.	Min 4 godziny	-	
<b>III.</b>	<b>PARAMETRY TECHNICZNO – UŻYTKOWE</b>			
	<b>OKULISTYCZNY OPTYCZNY TOMOGRAF KOHERENTNY z pełnym osprzętem diagnostycznym – ilość 1 szt.</b>			
1	Okulistyczny optyczny tomograf koherentny z przystawką do badania przedniego odcinka oka	TAK	-	
2	Stolik elektro-mechaniczny pod tomograf i komputer sterujący tomografem	TAK	-	
3	Wbudowany komputer klasy PC, zewnętrzny monitor LCD min. 23", kolorowa drukarka	TAK	-	
4	Technologia pomiaru - spektralna	TAK	-	
5	Częstotliwość skanowania min. 100 000 A-skanów/sek.	TAK, podać	-	
6	Cyfrowa rozdzielczość osiowa tomografu: nie gorsza niż 1,95µm	TAK, podać	≤ 2,0µm - 20 pkt; > 2,0µm - 0 pkt.	
7	Optyczna rozdzielczość poprzeczna tomografu: nie gorsza niż 15µm	TAK, podać	-	
8	Maksymalna głębokość skanowania siatkówki bez dodatkowych soczewek	TAK, podać	≥ 3,0mm - 10 pkt; < 3,0mm - 0 pkt.	
9	Maksymalna szerokość skanowania – B-skan:	TAK, podać	≥ 12mm - 10 pkt; < 12mm - 0 pkt.	
10	Możliwość regulacji szerokości B-skanu w zakresie min. od 3 do 12mm	TAK, podać	-	
11	Minimalna średnica źrenicy badanego pacjenta: nie większa niż 2 mm	TAK, podać	-	
12	Możliwość wykonania skanowania bez dżojstika	TAK	-	
13	Obraz dna oka realizowany przez Skaningowy oftalmoskop laserowy	TAK	-	
14	Funkcja automatycznego śledzenia i kompensacji ruchów gałki ocznej w trakcie skanowania w czasie rzeczywistym	TAK	-	
15	Funkcja powtórzenia w tym samym miejscu skanów wykonywanych w trakcie kolejnych wizyt	TAK	-	
16	Funkcja porównania skanów wykonanych w tym samym miejscu w trakcie kolejnych wizyt	TAK	-	
17	Możliwość szybkiej zmiany położenia wewnętrznego punktu fiksacyjnego za pomocą myszki komputerowej	TAK	-	

18	Tworzenie grup ( ze względu na rozpoznanie, lekarza prowadzącego itp. ) w bazie danych pacjentów	TAK	-	
19	Oprogramowanie w języku polskim lub angielskim	TAK	-	
20	Analiza przekrojów siatkówki	TAK	-	
21	Certyfikowana referencyjna baza danych dla grubości siatkówki	TAK	-	
22	Analiza i raport progresji ( zmian w czasie ) dla grubości siatkówki	TAK	-	
23	Analiza i raport symetrii oczu dla grubości siatkówki	TAK	-	
24	Możliwość wizualizacji siatkówki 3D	TAK	-	
25	Ilość B-Skanów na skan 3D siatkówki: min. 512	TAK, podać	-	
26	Obrazowanie siatkówki typu En Face ze zdefiniowanym podziałem na min. 4 warstwy	TAK, podać	-	
27	Mapy deformacji warstwy barwnikowej RPE z automatycznym podaniem wartości odchyień od referencyjnego kształtu RPE	TAK	-	
28	Możliwość obrazowania naczyń	TAK	-	
29	Analiza warstwy włókien nerwowych (RNFL) i tarczy nerwu wzrokowego	TAK	-	
30	Analiza i raport symetrii oczu dla grubości warstwy włókien nerwowych (RNFL) z podziałem na co najmniej 12 równych sektorów i odniesieniem do referencyjnej bazy danych	TAK, podać	-	
31	Certyfikowana referencyjna baza danych dla grubości RNFL	TAK	-	
32	Analiza grubości zespołu komórek zwojowych GCL z IPL	TAK	-	
33	Certyfikowana referencyjna baza danych dla grubości GCL i IPL	TAK	-	
34	Pomiar parametrów tarczy: powierzchnie DISC i RIM oraz współczynniki C/D, oraz objętość CUP, wykres porównawczy grubości RIM z normą wiekową	TAK	-	
35	Obiektywne automatyczne obrysowywanie granic tarczy nerwu wzrokowego poprzez detekcję błony Brucha	TAK	-	
36	Analiza i raport progresji oraz trendu (zmian w czasie) dla RNFL i GCL z IPL	TAK	-	
37	Pachymetria bezkontaktowa o średnicy min. 9 mm z automatycznym wyznaczaniem mapy grubości rogówki, najcieńszego miejsca rogówki, vertexu rogówki	TAK, podać	-	
38	Maksymalna szerokość skanowania przedniego odcinka:	TAK, podać	$\geq 15\text{mm} - 10 \text{ pkt}; < 15\text{mm} - 0 \text{ pkt}.$	
39	Maksymalna głębokość skanowania przedniego odcinka:	TAK, podać	$\geq 6,0\text{mm} - 10 \text{ pkt}; < 6,0\text{mm} - 0 \text{ pkt}.$	
40	Możliwość obrazowania i pomiaru kąta przesączenia. Automatyczne wyznaczanie parametrów kąta: dystansu AOD500 i AOD750, pola powierzchni TISA500 oraz TISA750. Pomiar kąta SSA	TAK	-	
41	Możliwość obrazowania i pomiaru menisku łzowego	TAK	-	
42	Możliwość tworzenia mapy nabłonka rogówki	TAK	-	
43	Możliwość tworzenia wspólnego raportu z mapami grubości rogówki i grubości nabłonka	TAK	-	
44	Funkcja angiografii OCTA - nieinwazyjnego obrazowania i pomiaru mikrokrążenia siatkówki oraz tarczy nerwu wzrokowego	TAK	-	
45	Wykorzystanie metody OMAG do obrazowania i pomiaru mikrokrążenia krwi w naczyniach	TAK	-	
46	Obrazowanie angiografii OCTA o szerokości	TAK, podać	$\geq 12\text{mm} - 10 \text{ pkt}; < 12\text{mm} - 0 \text{ pkt}.$	
47	Rozdzielczość angiografii OCTA nie gorsza niż 10 $\mu\text{m}$	TAK, podać	-	

48	Obrazowanie angiografii OCTA wysokiej rozdzielczości B-Skanów min. 620x620	TAK, podać	≥ 650x650 - 10 pkt; < 650x650 - 0 pkt.	
49	Automatyczna segmentacja warstw krążenia na min 4 warstwy	TAK, podać	-	
50	Obszar automatycznej analizy i pomiaru OCTA min. 6x6 mm	TAK, podać	-	
51	Możliwość montażu kilku skanów OCTA. Minimalny obszar uzyskanego obrazu: 14 x 14 mm	TAK	-	
52	Automatyczny pomiar perfuzji naczyniowej wokół tarczy nerwu wzrokowego oraz indeksu przepływu. Możliwość analizy różnic dla 2 wizyt	TAK	-	
53	Automatyczny pomiar strefy FAZ	TAK	-	
54	Analiza porównawcza zmian strefy FAZ	TAK	-	
55	Automatyczny pomiar i analiza trendu zmian w czasie gęstości naczyń	TAK	-	
56	Fiksator zewnętrznym z min. 2 wielkościami	TAK, podać	-	
57	Kompatybilność z danymi posiadanymi przez zamawiającego aparatu OCT Stratus	TAK/NIE	TAK - 10 pkt 0pkt	NIE-
58	Multimodalność aparatu pozwalająca na wymianę danych pomiędzy OCT i angiografem zamawiającego poprzez tworzenie analiz nakładających skany OCT oraz OCTA na obrazy z fundus kamery (kolor, redfree, angiografia fluo) z systemem rejestracji tych obrazów i skanów.	TAK	-	
59	Zintegrowana z urządzeniem lub zewnętrzną funkcją biomikroskopu z minimum 3 powiększeniami ni wymagającym stosowania zewnętrznego zasilacza.	TAK, podać	-	
60	Funkcja biomikroskopu z torem wizyjnym	TAK	-	
61	Zintegrowana z urządzeniem lub zewnętrzną funkcją biometrii optycznej zawierająca formuły do kalkulacji soczewek wewnątrzgałkowych: SRK II, SRK/T, Hoffer Q, Holladay 1, Holladay 2, Haigis, Haigis L, pozwalająca na indywidualną optymalizację stałych soczewek dla min, 20perforów	TAK, podać	-	
62	Oprogramowanie pozwalające na zdalne przeglądanie danych wszystkich skanów OCT, analiz OCT, analiz biometrii, obrazów angiografu. Co najmniej dwie stacje robocze	TAK	-	
63	Możliwość pomiaru wielkości błony CNV na poziomie siatkówki i choriokapilar	TAK	-	
64	Drukarka <del>kolorowa do OCT</del> laserowa do biometrii – 1 szt.	TAK	-	
<b>IV. WARUNKI GWARANCJI I SERWISU</b>				
1	Wykonawca zapewnia min. 24 - miesięczną gwarancję prawidłowego działania oferowanych urządzeń od momentu podpisania protokołu zdawczo - odbiorczego, obejmującą części zamienne, wymagane opłaty licencyjne oraz serwis (pełna gwarancja)	TAK, podać	24 miesięcy – 0 pkt.; 36 miesięcy – 20 pkt.; 48 miesięcy - 40 pkt. <b>Kryterium oceny ofert wg SIWZ, Część D pkt I.5</b>	
2	Bezpłatne przeglądy okresowe (obejmujące dojazd i robociznę) w okresie gwarancji, min. 1 na rok lub zgodnie z zaleceniami producenta	TAK, podać	-	
3	Czas gwarancji na nowo instalowane (wymieniane) w ostatnim roku gwarancji istotne elementy wynosi min. 12 miesięcy	TAK, podać	-	

Parametry określone w kolumnie nr 2 są parametrami granicznymi, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Wykonawca oświadcza, że oferowany powyżej wyspecjalizowany sprzęt medyczny i wszystkie jego podzespoły po dostarczeniu i zamontowaniu przez Wykonawcę będą gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów i dostaw.

Wykonawca zobowiązuje się do realizacji dostawy w wyznaczonym terminie do siedziby Zamawiającego ponosząc ryzyko i koszt transportu i rozładunku.

Upoważniony przedstawiciel (e) Wykonawcy:

.....

(podpis Wykonawcy)

..... dnia ..... r.