**Załącznik nr 3 do SWZ**

**Załącznik do formularza ofertowego**

**Załącznik do umowy**

**Zadanie częściowe nr 1 – Tomograf okulistyczny OCT do Poradni Okulistycznej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa sprzętu | Ilość | Wartość jednostkowa netto | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto | Producent/ model/ nr katalogowy |
| 1. | Tomograf okulistyczny OCT  | 1 szt. |  |  |  |  |  |

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymóg | Parametr minimalny wymagany  | **OFEROWANE WARUNKI (wszędzie, gdzie to konieczne podać oferowane parametry)** |
|  | Urządzenie oraz wszystkie elementy składowe fabrycznie nowe, rok produkcji 2021 | TAK |  |
|  | Spektralny Tomograf Komputerowy z modułem Angiografii oraz Funduskamerą | TAK |  |
|  | Kolorowe zdjęcia | TAK |  |
|  | Kąt obserwacji min. 45° | TAK |  |
|  | Min. rozmiar źrenicy 3,2 mm ± 10% | TAK |  |
|  | Kamera min. 12 Mpix, matryca CCD | TAK |  |
|  | Fotografia: Dno oka (Siatkówka, Centrum, Dysk, ręczna fiksacja), zdjęcie przedniego odcinka | TAK |  |
|  | Regulacja błysku, wzmocnienie, ekspozycja: automatyczne i ręczne | TAK |  |
|  | Poziom intensywności: Wysoki, normalny, niski | TAK |  |
|  | Optyczna Koherentna Tomografia: Technologia - Spektralne OCT | TAK |  |
|  | Źródło światła: Dioda superluminescencyjna (SLED) o długości fali 850 nm ± 10% | TAK |  |
|  | Szer. połówkowa źródła światła 50 nm ± 10% | TAK |  |
|  | Szybkość skanowania min. 80 000 skanów na sekundę | TAK |  |
|  | Rozdzielczość osiowa min. 2,6 μm cyfrowo, 5 μm w tkance | TAK |  |
|  | Rozdzielczość poprzeczna min. 12 μm, standardowo min. 18 μm | TAK |  |
|  | Całkowita głęb. skanowania min. 2,8 mm / ~6 mm w trybie Full Range | TAK |  |
|  | Zakres regulacji refrakcji min. -25 D do +25 D | TAK |  |
|  | Zakres skanowania: Tylny odcinek 5 mm do 15 mm ± 10%, Angio 3 mm do 9 mm ± 10%, Przedni odcinek 3 mm do 18 mm ± 10% | TAK |  |
|  | Tryby skanowania: 3D, Angio¹, Radial (HD), B-scan (HD), Full Range Radial, Full Range B-scan, Raster (HD), Cross (HD) | TAK |  |
|  | Obraz dna oka: IR, Rekonstrukcja fundusu | TAK |  |
|  | Tryby pomiaru: Automatyczny, półautomatyczny, ręczny | TAK |  |
|  | Analiza siatkówki: Grubość siatkówki, mapa grubości wewnętrznych i zewnętrznych warstw siatkówki, analiza RNFL + GCL + IPL, analiza GCL + IPL, analiza grubości RNFL, mapa deformacji RPE, mapa grubości nabłonka barwnikowego | TAK |  |
|  | Diagnostyka jaskry | TAK |  |
|  | Mozaika Angio: 10 mm × 6 mm ± 10% | TAK |  |
|  | Przedni odcinek: Pachymetria, mapa nabłonka rogówki, pomiar kąta przesączania, AIOP, AOD 500/750, TISA 500/750, obrazowanie „od kąta do kąta” całej przedniej komory | TAK |  |
|  | Łączność DICOM Storage SCU, DICOM MWL SCU, CMDL, łączność sieciowa | TAK |  |
|  | Fiksator | TAK |  |
|  | Wymiary: 480 mm × 370 mm × 490 mm ± 10% | TAK |  |
|  | Automatyczny przejazd głowicy pomiędzy okiem prawym i lewym | TAK |  |
|  | Sterowanie głowicy za pomocą myszki komputerowej | TAK |  |
|  | Oprogramowanie w języku polskim | TAK |  |
|  | W zestawie stolik z elektrycznie podnoszonym blatem, komputer all-in-one z nogą obrotową drukarka laserowa kolorowa | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej i elektronicznej.Dostarczyć wraz z dostawą przedmiotu zamówienia. | TAK |  |
|  | Paszport techniczny z informacjami zawierającymi datę zainstalowania i termin następnego przeglądu.Dostarczyć wraz z dostawą przedmiotu zamówienia. | TAK |  |
|  | Wyrób medyczny oznaczony znakiem CEDostarczyć wraz z dostawą przedmiotu zamówienia kopię certyfikatu i deklaracji zgodności. | TAK |  |
|  | Szkolenie użytkowników 5 osób w siedzibie Zamawiającego w uzgodnionym z Zamawiającym terminie. | TAK |  |
|  | Okres gwarancji: minimum 24 miesiące.  | TAK |  |
|  | Koszt pełnej obsługi serwisowej w okresie gwarancji; obejmującej przeglądy, w tym przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji i naprawy gwarancyjne; zawarty w cenie przedmiotu zamówienia. Podać zalecaną przez producenta częstość przeglądów. | TAK |  |
|  | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych przez co najmniej 10 lat od daty dostawy. | TAK |  |
|  | Możliwość zgłaszania awarii w dni robocze od poniedziałku do piątku | TAK |  |
|  | Usunięcie awarii w okresie gwarancji w czasie nie dłuższym niż 5 dni roboczych od momentu zgłoszenia awarii  | TAK |  |
|  | Urządzenie zastępcze na czas usunięcia awarii przy naprawie powyżej 72 godzin | TAK |  |

**Wszystkie parametry liczbowe lub wymagane funkcje, podane w powyższej tabeli stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
Brak odpowiedzi w kolumnie „OFEROWANE WARUNKI” traktowany będzie jak brak danej funkcji lub parametru.**

**W ramach realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązujemy się do montażu w miejscu wskazanym przez Zamawiającego (bez pobierania z tego tytułu dodatkowych opłat – z wykorzystaniem wyłącznie części Wykonawcy).**

**Oświadczam że oferowany asortyment jest fabrycznie nowy, nie powystawowy, rok produkcji 2021. kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

Ilość punktów serwisowych (minimum 1, podać adres/y):…………………….[[1]](#footnote-1)**

**………………….. dnia ………………………. …………………………………………..**

**Zadanie częściowe nr 2 – Tomograf okulistyczny OCT na Oddział Okulistyczny**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa sprzętu | Ilość | Wartość jednostkowa netto | Wartość netto | Stawka VAT | Wartość brutto | Producent/ model/ nr katalogowy |
| 1. | Tomograf okulistyczny OCT  | 1 szt. |  |  |  |  |  |

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Wymóg | Parametr minimalny wymagany  | **OFEROWANE WARUNKI (wszędzie, gdzie to konieczne podać oferowane parametry)** |
|  | Urządzenie oraz wszystkie elementy składowe fabrycznie nowe, rok produkcji 2021 | TAK |  |
|  | Tomograf okulistyczny wykorzystujący technologię strojonego źródła światła Swept Source | TAK |  |
|  | Apart wyposażony w funduskamerę do wykonywania fotografii barwnej dna oka i przedniego odcinka o kącie obrazowania 45° i rozdzielczości 5 mln pikseli | TAK |  |
|  | Aparat wyposażony w moduł Angio OCT – umożliwiający rejestrację przepływów w naczyniach krwionośnych bez podawania środka kontrastującego | TAK |  |
|  | Aparat osiągający długość centralnej fali światła na poziomie1050 nm | TAK |  |
|  | Aparat osiągający rozdzielczość poziomą: 20 µm | TAK |  |
|  | Aparat osiągający rozdzielczość osiową : 8 µm | TAK |  |
|  | Aparat osiągający prędkość skanowania na poziomie : 100 000 skanów siatkówki na sekundę  | TAK |  |
|  | Aparat umożliwiający podgląd dna oka przy ustawianiu głowicy aparatu w oświetleniu podczerwonym IR | TAK |  |
|  | Aparat wyposażony w wewnętrzny fiksator o regulowanej pozycji z możliwością wyboru wielkości znaku  | TAK |  |
|  | Aparat umożliwiający skanowanie w profilach: 3D, szeroki skan 12mm, liniowy, krzyżowy, radialny  | TAK |  |
|  | Aparat osiągający zakres korekcji refrakcji pacjenta: – 33 D do + 40 D | TAK |  |
|  | Aparat umożliwiający wykonywanie kolorowych zdjęć dna oka skorelowanych ze skanami  | TAK |  |
|  | Aparat umożliwiający eksport pojedynczych B-skanów, filmów z 3D na zewnętrzne nośniki danych | TAK |  |
|  | Aparat umożliwiający wykonanie skanu w zakresie wielkości: - poziomo 3 do 12 mm- pionowo 3 do 12 mm | TAK |  |
|  | Aparat posiadający funkcję automatycznego obliczania grubości siatkówki i grubości warstwy włókien nerwowych | TAK |  |
|  | Aparat posiadający finkcję tworzenia mapy grubości siatkówki i warstwy włókien nerwowych, płaskie i 3D z możliwością jej nakładania na obraz dna oka. | TAK |  |
|  | Aparat posiadający bazę normatywną grubości włókien nerwowych, i umożliwiający tworzenie raportu o grubości włókien nerwowych pacjenta w odniesieniu do normy | TAK |  |
|  | Aparat umożliwiający prezentację obrazów w formacie 3D z możliwością obracania pod dowolnym kątem, z możliwością automatycznego rozdziału warstw naczyniówki i siatkówki. | TAK |  |
|  | Aparat umożliwiający pomiar grubości warstwy włókien nerwowych wokół tarczy z odniesieniem do bazy normatywnej, z możliwością prezentacji progresji zmian w czasie | TAK |  |
|  | Aparat wyposażony w ekran dotykowy do obsługi urządzenia w trakcie pomiarów oraz podglądu dna oka i wykonywanych skanów | TAK |  |
|  | Aparat wyposażony w elektrycznie regulowany podbródek dla pacjenta | TAK |  |
|  | Aparat wyposażony w funkcję autofocus i auto-Z | TAK |  |
|  | Aparat umożliwiający pozycjonowanie przy pomocy mechanicznego joysticka | TAK |  |
|  | Aparat wyposażony w dedykowany zestaw komputerowy z monitorem o wielkości minimum 22” z zainstalowaną licencją oprogramowania do obsługi obrazów z oferowanego tomografu | TAK |  |
|  | Aparat wyposażony w dedykowany stolik podnoszony elektrycznie pod oferowany tomograf i komputer | TAK |  |
|  | Aparat wyposażony w przystawkę do badania przedniego odcinka oka, która umożliwia wykonanie jednoczasowo skanu dwóch kątów przesączania  | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie papierowej i elektronicznej.Dostarczyć wraz z dostawą przedmiotu zamówienia. | TAK |  |
|  | Paszport techniczny z informacjami zawierającymi datę zainstalowania i termin następnego przeglądu.Dostarczyć wraz z dostawą przedmiotu zamówienia. | TAK |  |
|  | Wyrób medyczny oznaczony znakiem CEDostarczyć wraz z dostawą przedmiotu zamówienia kopię certyfikatu i deklaracji zgodności. | TAK |  |
|  | Szkolenie użytkowników 5 osób w siedzibie Zamawiającego w uzgodnionym z Zamawiającym terminie. | TAK |  |
|  | Okres gwarancji: minimum 24 miesiące.  | TAK |  |
|  | Koszt pełnej obsługi serwisowej w okresie gwarancji; obejmującej przeglądy, w tym przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji i naprawy gwarancyjne; zawarty w cenie przedmiotu zamówienia. Podać zalecaną przez producenta częstość przeglądów. | TAK |  |
|  | Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych przez co najmniej 10 lat od daty dostawy. | TAK |  |
|  | Możliwość zgłaszania awarii w dni robocze od poniedziałku do piątku | TAK |  |
|  | Usunięcie awarii w okresie gwarancji w czasie nie dłuższym niż 5 dni roboczych od momentu zgłoszenia awarii  | TAK |  |
|  | Urządzenie zastępcze na czas usunięcia awarii przy naprawie powyżej 72 godzin | TAK |  |

**Wszystkie parametry liczbowe lub wymagane funkcje, podane w powyższej tabeli stanowią wymagania, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
Brak odpowiedzi w kolumnie „OFEROWANE WARUNKI” traktowany będzie jak brak danej funkcji lub parametru.**

**W ramach realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązujemy się do montażu w miejscu wskazanym przez Zamawiającego (bez pobierania z tego tytułu dodatkowych opłat – z wykorzystaniem wyłącznie części Wykonawcy).**

**Oświadczam że oferowany asortyment jest fabrycznie nowy, nie powystawowy, rok produkcji 2021. kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów.

Ilość punktów serwisowych (minimum 1, podać adres/y):…………………….[[2]](#footnote-2)**

………………….. dnia ………………………. …………………………………………..

1. Zapis zostanie uzupełniony na etapie zawarcia umowy – na etapie składania ofert Zamawiający dopuszcza możliwość nie wypełniania przez Wykonawcę. [↑](#footnote-ref-1)
2. Zapis zostanie uzupełniony na etapie zawarcia umowy – na etapie składania ofert Zamawiający dopuszcza możliwość nie wypełniania przez Wykonawcę. [↑](#footnote-ref-2)