|  |
| --- |
| **Dostawa systemu do planowania radioterapii wraz z instalacją, uruchomieniem i szkoleniem personelu**  **Zamówienie realizowane jest w ramach programu Narodowej Strategii Onkologicznej pn.: „Doposażenie zakładów radioterapii”** |

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 „<=”, „min.” lub „max.”) są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
* Wartość podana przy w/w oznaczeniach oznacza wartość wymaganą.
* W kolumnie „Lokalizacja potwierdzenia [str. oferty, pliku] w przypadku wyrażenia "nie dotyczy" potwierdzenie w materiałach firmowych nie jest konieczne, natomiast w pozostałych przypadkach wykonawca ma obowiązek w tej kolumnie wskazania, gdzie w materiałach firmowych znajduje się parametr zadeklarowany w kolumnie "parametr oferowany".
* Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.
* Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji: nie wcześniej niż 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, etc. nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika.
* Brak potwierdzenia w materiałach firmowych zakresu większego niż wymagany, pomimo jego wskazania w kolumnie „Parametr oferowany”, spowoduje nie przyznanie punktów za ten parametr.

**Tabela wyceny:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Cena brutto (w zł)** |
| 1. | **A: Cena brutto za cały sprzęt (w zł):** |  |
| 2. | **B: Cena brutto dostawy, instalacji i uruchomienia całego sprzętu (w zł):** |  |
| 3. | **C: Cena brutto wszystkich szkoleń (w zł):** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Liczba sztuk** | **Suma w/w pozycji A+ B + C: Cena brutto oferty\* (w zł)** |
| 1. | **System planowania radioterapii** | 1 |  |

*\* jeżeli wybór oferty będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług, należy podać cenę netto.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **PARAMETRY TECHNICZNE I EKSPLOATACYJNE** | | | | |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** | **Lokalizacja potwierdzenia [str. oferty, pliku]** | **Sposób oceny**  **(punktacja)** |
|  | **INFORMACJE OGÓLNE (dot. stacji planowania leczenia)** |  |  |  |  |
|  | Rozbudowa posiadanej konfiguracji systemu planowania leczenia RayStation o dwie licencje na planowanie w terapii protonowej oka oraz jedną stację planowania leczenia. | TAK, podać |  | Nie dotyczy | - - - |
|  | Możliwość wykorzystania zakupionych licencji, o których mowa powyżej na zaoferowanej stacji oraz obecnie posiadanych przez Zamawiającego stacjach RayStation (w lokalizacji przy ul. Jakubowskiego 2). | TAK |  | Nie dotyczy | - - - |
|  | **SYSTEM PLANOWANIA LECZENIA DLA FIZYKÓW** |  |  |  |  |
|  | Oferowany system planowania leczenia wykorzystuje to samo środowisko pracy co posiadany przez Zamawiającego system planowania leczenia RayStation, jest zintegrowany oraz korzysta z tej samej bazy danych pacjentów. | TAK |  | Nie dotyczy | - - - |
|  | ~~Obliczenia wykonywane są z użyciem kart graficznych serwerów systemu RayStation posiadanych przez Zamawiającego, lub dodatkowych kart graficznych jeśli wymaga tego lokalizacja nowej stacji (niezbędne komponenty zostaną dostarczone ze stacją przez Wykonawcę)~~  „Obliczenia wykonywane są z użyciem procesorów serwerów systemu RayStation posiadanych przez Zamawiającego, lub dodatkowych procesorów jeśli wymaga tego lokalizacja nowej stacji (niezbędne komponenty zostaną dostarczone ze stacją przez Wykonawcę)” | TAK |  | Nie dotyczy | - - - |
|  | Oferowana konfiguracja zawiera min. 2 licencje planowania leczenia protonowego oka. Licencje są pływające i można je wykorzystać na dowolnej stacji planowania leczenia RayStation, posiadanej przez Zamawiającego | TAK, podać |  | Nie dotyczy | Wymagana liczba licencji – 0 pkt.  Wyższa niż wymagana – 2 pkt. |
|  | Możliwość importu obrazów tomograficznych różnych modalności min. 4: MR, PET-CT, CBCT, 4DCT zgodnych ze standardem DICOM | TAK, podać |  |  | Wymagana liczba modalności – 0 pkt.  Wyższa niż wymagana – 1 pkt. |
|  | Wykonywanie rejestracji nieelastycznej (translacja, obrót) obrazów różnych modalności | TAK |  |  | - - - |
|  | ~~Obliczenia dla wiązek protonowych z wykorzystaniem algorytmu typu Monte Carlo~~  Obliczenia dla wiązek protonowych w terapii oka z wykorzystaniem algorytmu typu Pencil Beam | TAK |  |  | - - - |
|  | Instalacja 1 szt. stacji roboczej systemu planowania leczenia w Oddziale Klinicznym Okulistyki i Onkologii Okulistycznej przy ul. Kopernika 38 (połączenie sieciowe zapewniane przez Zamawiającego) | TAK |  | Nie dotyczy | - - - |
|  | Możliwość połączenia systemu planowania za pomocą pulpitu zdalnego z komputerem znajdującym się w Pracowni Radioterapii Protonowej w IFJ PAN. | TAK |  | Nie dotyczy | - - - |
|  | Integracja systemu planowania leczenia z systemem wizualizacji składającym się z 2 lamp RTG – polegająca na min.:  - możliwość importu obrazów radiograficznych w celu wykonania konturowania i ustalenia pozycji terapeutycznej  - możliwość eksportu obrazów DRR w celu weryfikacji lokalizacji pacjenta na aparacie. | TAK |  | Nie dotyczy | - - - |
|  | ~~Możliwość eksportu planu celem realizacji planu na aparacie protonowym (cyklotron) oraz wydruku planu leczenia~~  Możliwość wydruku raportu planu leczenia celem wpisania parametrów planu i realizacji planu na aparacie protonowym przy czym wykonawca potwierdza, że w przyszłości w sytuacji utworzenia przez Szpital  komunikacji DICOM pomiędzy stanowiskiem do terapii oka i systemami planowania leczenia, umożliwi eksport planu celem realizacji planu na aparacie protonowym (cyklotron) oraz wydruku planu leczenia. | TAK |  | Nie dotyczy | - - - |
|  | Możliwość integracji systemu z systemem zarządzania radioterapią posiadanym przez Zamawiającego | podać |  | Nie dotyczy | Tak – 3 pkt., nie – 0 pkt. |
|  | Export i import danych w formacie DICOM. | TAK |  |  | - - - |
|  | Integracja z serwerami PACS oraz systemem OIS posiadanym przez Zamawiającego | TAK |  | Nie dotyczy | - - - |
|  | Możliwość obliczenia rozkładów dawki planu weryfikacyjnego w fantomie wodnym | TAK |  | Nie dotyczy | - - - |
|  | **STACJA PLANOWANIA LECZENIA** |  |  |  |  |
|  | 2 monitory referencyjne zgodne ze standardem DICOM o przekątnej min. 23 cale, wyświetlające obraz w proporcji min. 16:10 | TAK, podać |  |  | Wymagana przekątna – 0 pkt.  Wyższa niż wymagana – 1 pkt. |
|  | Komputer typu endpoint, umożliwiający uruchomienie systemu planowania leczenia, zgodny ze specyfikacją producenta | TAK |  | Nie dotyczy | - - - |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **WARUNKI GWARANCJI, SERWISU I SZKOLENIA DLA WSZYSTKICH OFEROWANYCH URZĄDZEŃ** | | | | |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRU** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | **GWARANCJE** |  |  |  |
|  | Okres pełnej, bez wyłączeń gwarancji dla wszystkich zaoferowanych elementów wraz z urządzeniami peryferyjnymi (jeśli dotyczy)[liczba miesięcy]  *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 60 miesięcy.* | => ~~24~~ 12 |  | Najdłuższy okres – 10 pkt.;  Inne – proporcjonalnie mniej względem najdłuższego okresu. |
|  | Gwarancja dostępności części zamiennych [liczba lat] – min. ~~8 lat~~ 5 lat (peryferyjny sprzęt komputerowy – min. 5 lat – dopuszcza się wymianę na sprzęt lepszy od zaoferowanego) | TAK |  | - - - |
|  | W przypadku, gdy w ramach gwarancji następuje wymiana sprzętu na nowy/dokonuje się istotnych napraw sprzętu/wymienia się istotne części sprzętu (podzespołu itp.) termin gwarancji biegnie na nowo. W przypadku zaś  innych napraw przedłużenie okresu gwarancji o każdy dzień w czasie którego Zamawiający nie mógł korzystać z w pełni sprawnego sprzętu  *UWAGA – deklaracja dotyczy wyłącznie wyrobów opisanych w pkt. 19-21 rozdziału „parametry techniczne i eksploatacyjne”* | TAK |  | - - - |
|  | **WARUNKI SERWISU** |  |  |  |
|  | W cenie oferty - przeglądy okresowe w okresie gwarancji (w częstotliwości i w zakresie zgodnym z wymogami producenta) Obowiązkowy bezpłatny przegląd z końcem biegu gwarancji | TAK |  | - - - |
|  | Wszystkie czynności serwisowe, w tym ponowne podłączenie i uruchomienie sprzętu w miejscu wskazanym przez Zamawiającego oraz przeglądy konserwacyjne, w okresie gwarancji - w ramach wynagrodzenia umownego | TAK |  | - - - |
|  | Czas reakcji (dotyczy także reakcji zdalnej): „przyjęte zgłoszenie – podjęta naprawa” =< 48 [godz.] | TAK |  | - - - |
|  | Możliwość zgłoszeń 24h/dobę, 365 dni/rok | TAK |  | - - - |
|  | ~~Wymiana każdego podzespołu na nowy po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy~~  „Wymiana podzespołu na nowy – po 3 nieskutecznych próbach jego naprawy”. | TAK |  | - - - |
|  | Zakończenie działań serwisowych – do 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii, a w przypadku konieczności importu części zamiennych, nie dłuższym niż 10dni roboczych od dnia zgłoszenia awarii. | TAK |  | - - - |
|  | Struktura serwisowa gwarantująca realizację wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji lub udokumentowana/uprawdopodobniona dokumentami możliwość gwarancji realizacji wymogów stawianych w niniejszej specyfikacji – należy podać przy dostawie wykaz serwisów i/lub serwisantów posiadających uprawnienia do obsługi serwisowej oferowanych urządzeń (należy podać dane teleadresowe, sposób kontaktu i liczbę osób serwisu własnego lub podwykonawcy posiadającego uprawnienia do tego typu działalności) | TAK |  | - - - |
|  | Sprzęt/y będzie/będą pozbawione haseł, kodów, blokad serwisowych, itp., które po upływie gwarancji utrudniałyby Zamawiającemu dostęp do opcji serwisowych lub naprawę sprzętu/ów przez inny niż Wykonawca umowy podmiot, w przypadku nie korzystania przez zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy  *UWAGA – deklaracja dotyczy wyłącznie wyrobów opisanych w pkt. 19-21 rozdziału „parametry techniczne i eksploatacyjne”* | TAK |  | - - - |
|  | **SZKOLENIA**  *Uwaga - Zamawiający dopuszcza wykonanie części szkoleń w trybie zdalnym, w przypadku braku możliwości przemieszczania się oraz potwierdza, że we własnym zakresie sfinansuje koszty podróży i zakwaterowania pracowników szkolonych w ośrodku klinicznym* |  |  |  |
|  | Szkolenia dla personelu medycznego z zakresu obsługi urządzenia (min. 4 osoby z możliwością podziału i szkolenia w mniejszych podgrupach) w momencie jego instalacji i odbioru; w razie potrzeby Zamawiającego, możliwość stałego wsparcia aplikacyjnego w początkowym (do 6 -ciu miesięcy) okresie pracy urządzeń (dodatkowe szkolenie, dodatkowa grupa osób, konsultacje, itp.) | TAK |  | - - - |
|  | Szkolenia dla personelu technicznego (min. 2 osoby) z zakresu podstawowej diagnostyki stanu technicznego i wykonywania podstawowych czynności konserwacyjnych, diagnostycznych i przeglądowych; w razie potrzeby możliwość stałego wsparcia aplikacyjnego w początkowym (do 6-iu miesięcy) okresie pracy urządzeń (dodatkowe szkolenie, dodatkowa grupa osób, konsultacje, itp.) | TAK |  | - - - |
|  | Liczba i okres szkoleń:   * pierwsze szkolenie - tuż po instalacji systemu, w wymiarze do 2 dni roboczych * dodatkowe, w razie potrzeby, w innym terminie ustalonym z kierownikiem pracowni,   *Uwaga – szkolenia dodatkowe dla wszystkich grup w co najmniej takiej samej liczbie osób jak podano w powyższych punktach* | TAK |  | - - - |
|  | ~~Szkolenie ze znajomości środowiska RayStation do protonoterapii oka w wymiarze 2 dni roboczych dla min 12 osób.~~  ~~Szkolenie z planowania leczenia metodą protonoterapii oka:~~  ~~- lekarze okuliści: 2 tygodnie w wymiarze 10 dni roboczych min. 4 osoby~~  ~~- lekarze radioterapeuci: 2 tygodnie w wymiarze 10 dni roboczych min. 4 osoby~~  ~~- fizycy medyczni: 4 tygodnie w wymiarze 20 dni roboczych min. 4 osoby, w dwóch ośrodkach referencyjnych (po 2 tygodnie każdy).~~  Szkolenie z planowania leczenia metodą protonoterapii oka:  - lekarze okuliści: 2 dni dla min. 4 osób  - lekarze radioterapeuci: 2 dni dla min. 4 osób  - fizycy medyczni: 1 tydzień w wymiarze 5 dni roboczych min. 4 osoby, w ośrodku klinicznie wykorzystującym oferowane oprogramowanie do protonoterapii oka. |  |  |  |
|  | **DOKUMENTACJA** |  |  |  |
|  | Instrukcje obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej (przekazane w momencie dostawy dla każdego egzemplarza) – dotyczy także urządzeń peryferyjnych | TAK |  | - - - |
|  | Wykonawca w ramach dostawy sprzętu zobowiązuje się dostarczyć komplet akcesoriów, okablowania itp. asortymentu niezbędnego do uruchomienia i funkcjonowania aparatu jako całości w wymaganej specyfikacją konfiguracji | TAK |  | - - - |
|  | Dokumentacja (lub tzw. lista kontrolna zawierająca wykaz części i czynności) dotycząca przeglądów technicznych w języku polskim (dostarczona przy dostawie)  UWAGA – dokumentacja musi zapewnić co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, oraz przeglądów okresowych w standardzie wymaganym przez producenta | TAK |  | - - - |
|  | Z urządzeniem wykonawca dostarczy paszport techniczny zawierający co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny), inne istotne informacje (itp. części składowe, istotne wyposażenie, oprogramowanie), kody z aktualnie obowiązującego słownika NFZ (o ile występują) | TAK |  | - - - |
|  | Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dla zaoferowanych elementów wraz z urządzeniami peryferyjnymi (jeśli dotyczy), dostarczona przy dostawie i wskazująca, że czynności te prawidłowo wykonane nie powodują utraty gwarancji | TAK |  | - - - |
|  | Możliwość mycia i dezynfekcji poszczególnych elementów aparatów w oparciu o przedstawione przez wykonawcę zalecane preparaty myjące i dezynfekujące.  *UWAGA – zalecane środki powinny zawierać nazwy związków chemicznych, a nie tylko nazwy handlowe preparatów.*  *UWAGA – deklaracja dotyczy wyłącznie wyrobów opisanych w pkt. 19-21 rozdziału „parametry techniczne i eksploatacyjne”* | TAK |  | - - - |