**Opis przedmiotu zamówienia**

**Dostawa, instalacja i uruchomienie aparatu do fakoemulsyfikacji zaćmy i witrektomii przedniej**

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 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, nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika.
* 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 (min. 2021):** | ……………………………………………………. |

**PARAMETRY TECHNICZNE I EKSPLOATACYJNE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **PARAMETR** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** | **LOKALIZACJA POTWIERDZENIA PARAMETRU****[STR OFERTY, PLIK]** | **SPOSÓB OCENY** |
| **I** | **WYMAGANIA OGÓLNE** |
|  | Konsola aparatu | tak |  |  | --- |
|  | Zintegrowany z aparatem statyw kroplówki i podstawa jezdna | tak |  |  | --- |
|  | Pokrowiec na aparat | tak |  |  | --- |
|  | Min. 4 komplety końcówek bimanualnych | *tak, podać* |  |  | --- |
|  | Zintegrowana z aparatem taca o regulowanej wysokości | tak |  |  | --- |
|  | Pompa perystaltyczna | tak |  |  | --- |
|  | Zakres przepływu aspiracyjnego w min. zakresie 0-60 ml/min | *tak, podać* |  |  | --- |
|  | Zakres regulacji podciśnienia w min. zakresie 0-650 mmHg*Zamawiający dopuszcza:**- aparat z zakresem regulacji podciśnienia min. zakresie 0-600 mmHg, pozostałe parametry bez zmian* | *tak, podać* |  |  | --- |
|  | Przepływ zwrotny - reflux | tak |  |  | --- |
|  | Zamknięty system płynowy | tak |  |  | --- |
|  | Aktywny system płynowy z możliwością ustalenia docelowej wartości ciśnienia w gałce ocznej w czasie zabiegu i możliwość zaprogramowania parametrów dla operatorów | tak |  |  | --- |
|  | 4 głowice fakoemulsyfikatora z funkcją ultradźwięków skrętnych lub oscylacji poprzecznych wraz z możliwością niezależnego regulowania ruchów podłużnych i poprzecznych tipa głowicy. Głowice z min. 4-kryształowym elementem piezoelaktrycznym. Wraz z głowicami 2 kluczyki do odkręcania tipów | *tak, podać* |  |  | ----- |
|  | Min. tryby pracy głowicy: pulsacyjny, Faco-burst | *tak, podać* |  |  | - - - |
|  | Możliwość podłączenia głowicy do fakoemulsyfikacji z zintegrowanym czujnikiem ciśnienia płynów | podać |  |  | tak – 5 pktnie – 0 pkt |
|  | Częstotliwość cięcia witrektomu powyżej 3500 cięć / min*Zamawiający dopuszcza:**- częstotliwość cięcia witrektomu nie mniejszą niż 2500 cięć / min, pozostałe parametry bez zmian* | *tak, podać* |  |  | - - - |
|  | Możliwość stosowania tipów o średnicy poniżej 0.9 mm \ z łukowatym zagięciem obwodowym nie schodzącym poniżej osi długiej tipa | *tak, podać* |  |  | - - - |
|  | Wodoszczelny, bezprzewodowy pedał sterujący. Możliwość podłączenia automatycznego systemu do wszczepiania sztucznej soczewki sterowanego z pedału sterującego | tak |  |  | - - - |
|  | Diatermia zintegrowana z urządzeniem, ze sterowaniem z pedału sterującego z min. wyposażeniem (2 pęsety diatermiczne z przewodem) | *tak, podać* |  |  | - - - |
|  | Sygnalizacja parametrów pracy i stanów alarmowych | tak |  |  | - - - |
|  | Bezprzewodowy pilot zdalnego sterowania | podać |  |  | tak – 10 pktnie – 0 pkt |
|  | Aparat kompatybilny z posiadanym przez Zamawiającego aparatem wspierającym pracę chirurga w zakresie kalkulacji i wszczepiania soczewek wewnątrzgałkowych Verion Image Quided System. Wraz z wyposażeniem konieczne do połączenia aparatów akcesoria (oprogramowanie, link itp.) | podać |  |  | tak – 20 pktnie – 0 pkt |

**WARUNKI GWARANCJI I SERWISU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **PARAMETR** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | 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 |
|  | 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 całkowitą (pełną) liczbę dni roboczych*** |  | 1 dzień – 5 pkt2 dni – 0 pkt, |
|  | Czas na naprawę usterki – do 5 dni, a w przypadku potrzeby sprowadzenia części zamiennych do - 10 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.) | podać |  | tak – 5 pktnie – 0 pkt |
|  | 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 | podać |  | tak – 5 pktnie – 0 pkt |

**POZOSTAŁE WYMAGANIA (SZKOLENIA, DOKUMENTACJA)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **PARAMETR** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | Szkolenie dla personelu medycznego i technicznego Dodatkowe szkolenie dla personelu medycznego w przypadku wyrażenia takiej potrzeby przez personel medyczny i techniczny | tak, podać |  | --- |
|  | Instrukcje obsługi w języku polskim i angielskim w formie elektronicznej i drukowanej (przekazane w momencie dostawy dla każdego egzemplarza. | tak |  | --- |
|  | Z urządzeniami wykonawca dostarczy paszport techniczny zawierający co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny),  | tak |  | --- |