**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Dostawa, instalacja i uruchomienie systemu do mikrochirurgii endoskopowej**

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 znaku „=” oznacza wartość wymaganą.
* Brak odpowiedzi w przypadku pozostałych warunków, punktowany będzie jako 0.
* 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 2016), nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.

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

Producent: ........................................................

Kraj produkcji: ................................................................

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

Klasa wyrobu medycznego: ..................

**PARAMETRY TECHNICZNE I EKSPLOATACYJNE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | PARAMETR | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | Rok produkcji aparatu  | podać |  | urządzenie wyprodukowane w 2016r – 0 pkt, 2017 – 5 pkt |
|  | Długość Fali 810 mm | tak |  | --- |
|  | Moc wyjściowa lasera regulowana w zakresie co najmniej 0,05-1,2W | tak |  | --- |
|  | Zasilanie 220-240V | tak |  | --- |
|  | Ekran do zastosowania medycznego, przekątna min. 15” | tak |  | --- |
|  | Regulowana intensywność czerwonej (640nm) wiązki naprowadzającej | tak |  | --- |
|  | Regulowana intensywność oświetlenia pola operacyjnego | tak |  | --- |
|  | Możliwość podłączenia dodatkowego modułu pamięci w celu zapisywania danych | podać |  | tak – 5 pkt, nie – 0 pkt |
|  | Możliwość blokady za pomocą kluczyka | tak |  | --- |
|  | Możliwość wyłączenia za pomocą przycisku awaryjnego | tak |  | --- |
|  | Możliwość wizualizacji i podświetlenia pola operacyjnego oraz jednoczesnej koagulacji tkanek | tak |  | --- |
|  | Możliwość wykonywania zabiegów w chirurgii jaskry, chirurgii zaćmy, chirurgii witreoretinalnej, wizualizacji w plastyce dróg łzowych takich jak: endoskopowa fotokoagulacja ciała rzęskowego, goniotomia czy wizualizacja przy zabiegach MIGS, wizualizacja położenia soczewki po implantacji, fiksacja dyslokowanej IOL, ocena plamki i tarczy w przypadku nieprzeziernej rogówki, ocena i laserowanie obwodu siatkówki, pomoc wizualizacyjna przy usuwaniu ciał obcych | tak |  | --- |
| **Wyposażenie** |
|  | Urządzenia (konsola), w składzie:-laser o długości fali 810 nm,-źródło światła (żarówka xenon 300W),-kamera CCD | tak |  | --- |
|  | Pedał sterujący | tak |  | --- |
|  | Monitor do zastosowania medycznego,na którym wyświetlany jest obraz | tak |  | --- |
|  | Gogle ochronne przewidziane dla lasera 810 nm,1 szt. | tak |  | --- |
|  | Videoadapter do sond 19G | tak |  | --- |
|  | Videoadapter do sond 23G | tak |  | --- |
|  | Tacki sterylizacyjne dla sond do cyklofotokoagulacji 2 szt. | tak |  | --- |
|  | Wózek na urządzenie w specyfikacji medycznej | tak |  | --- |
|  | Sonda do cyklofotokoagulacji 20G, prosta | tak |  | --- |
|  | Sonda do cyklofotokoagulacji 19G, zakrzywiona | tak |  | --- |

**WARUNKI GWARANCJI I SERWISU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | * + 1. **PARAMETR**
 | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | Okres gwarancji [miesiące] | >= 24 |  | najdłuższy okres – 5 pkt,wymagane – 0 pkt,inne proporcjonalnie mniej, względem najdłuższego okresu |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji (dotyczy dni roboczych rozumianych jako dni od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem świąt i dniustawowo wolnych od pracy, w godzinach od 8.00 do 15.00) | <=2 dni |  | 1 dzień– 5 pkt;2 dzień – 0 pkt, |
|  | Czas na naprawę usterki – do 7 dni, a w przypadku potrzeby sprowadzenia części zamiennych do - 10 dni (dotyczy dni roboczych) | tak |  | --- |
|  | Urządzenie zastępcze w przypadku niewykonania naprawy w ciągu 10 dni od zgłoszenia awarii (dotyczy dni roboczych) | tak |  | --- |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | tak |  | --- |
|  | W ramach ceny: przeglądy w okresie gwarancji (zgodnie z wymogami producenta)  | tak, podać ilość |  | --- |
|  | Ilość przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy aparatu (w okresie 1 roku) | podać |  | jeden – 5 pkt, więcej – 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 pkt, nie – 0 pkt |
|  | Wraz z dostawą komplet materiałów dotyczących instalacji urządzenia oraz instrukcji obsługi | tak |  | --- |
|  | Urządzenia są lub będą pozbawione wszelkich blokad, kodów serwisowych, itp. które po upływie gwarancji utrudniałyby właścicielowi dostęp do opcji serwisowych lub naprawę aparatu przez inny niż Wykonawca umowy podmiot w przypadku nie korzystania przez Zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy | tak |  | --- |

**POZOSTAŁE WYMAGANIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | * + 1. **PARAMETR**
 | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie drukowanej i elektronicznej (pendrive lub płyta CD) | tak | --- |
|  | Transport krajowy i zagraniczny wraz z ubezpieczeniem, wszelkie opłaty celne, skarbowe oraz inne opłaty pośrednie po stronie wykonawcy | tak | --- |
|  | Szkolenie dla personelu medycznego – 3 osoby i technicznego – 1 osoba. Dodatkowe szkolenie dla personelu medycznego w przypadku wyrażenia takiej potrzeby przez personel medyczny – 1 osoba | tak | --- |
|  | Z uwagi na fakt, iż przedmiot umowy finansowany jest ze środków Ministerstwa Zdrowia, faktura po dostawie musi zawierać wymieniony sprzęt zgodny, co do nazwy, ze sprzętem wymienionym w opisie przedmiotu zamówienia: system do mikrochirurgii endoskopowej | tak | --- |