(OPZ) załącznik nr 2B do SIWZ

**Postępowanie przetargowe pod nazwą:**

**„Zakup i dostawa soczewek wewnątrzgałkowych wraz z dzierżawą biometru optycznego dla Oddziału Okulistycznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Zespołu Szpitali Miejskich w Chorzowie”**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - Biometr optyczny**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ/Model Urządzenia …………………………

Kraj pochodzenia …………………………

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/****Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Wykonawca oświadcza, że przedmiotem dzierżawy jest fabrycznie nowe urządzenie, które nie było przedmiotem ekspozycji, wystaw itp., gotowe do użytkowana bez dodatkowych zakupów i inwestycji.Rok produkcji nie wcześniejszy niż **2018 r.** | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | **Biometr optyczny** – aparat służący do wykonania optycznych pomiarów: długości gałki, głębokości komory przedniej, krzywizny rogówki, pomiaru White to White, średnicy źrenicy, grubości centralnej rogówki, grubości wewnątrzgałkowego implantu soczewkowego.Aparat umożliwia wykonanie keratometrii i pomiarów biometrycznych metodą bezkontaktową w oparciu o częściowo koherentną interferometrię.Wszystkie pomiary wykonywane są automatycznie podczas jednego badania.  | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Pomiar oczu z soczewką naturalna, bez soczewki i z wszczepioną IOL, Pomiar długości gałki ocznej dla oczu:* fakijnych
* afakijnych
* wypełnionych olejem silikonowym
* wypełnionych olejem silikonowym, afakijnych
* z soczewką wewnątrzgałkową silikonową
* z soczewką wewnątrzgałkową PMMA
* z soczewką wewnątrzgałkową akrylową
 | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Aparat umożliwia automatyczny pomiar i rozpoznanie badanego oka (prawe / lewe), dobór implantu IOL (soczewki wewnątrzgałkowej). | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Aparat wyposażony w zintegrowane źródło OCT (optyczna koherentna tomografia) umożliwiające uzyskanie obrazu OCT przekroju przedniej komory (A-skan) oraz obraz OCT miejsca siatkówki, w którym wykonano pomiar długości gałki. Pomiar w osi optycznej oka – wizualizacja na skanie. | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Obrazowanie wzdłużne gałki ocznej tj. skan obrazujący rogówkę, przednią komorę, soczewkę oraz siatkówkę (projekcja-B) za pomocą wbudowanego (zintegrowanego) źródła OCT Swept Source o długości fali 1055 nm | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Zakresy pomiarów (minimalnych):* długość gałki: od 14 do 38 mm,
* głębokość komory przedniej: od 0,7 do 8.0 mm,
* keratometria: od 5 do 11 mm,
* centralnej grubość rogówki: od 0,2 do 1,2 mm,
* grubości soczewki (dla oka fakijnego): od 1mm do 10 mm,
* grubość soczewki IOL: od 1 do 10 mm,
* WTW („white to white”): od 8 do 16 mm
 | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Pomiar krzywizny rogówki:* oparty na 18 punktach pomiarowych,
* w zakresie min. 5 – 11 mm
 | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Pomiar w osi widzenia dzięki wbudowanemu fiksatorowi wewnętrznemu | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Natychmiastowa kalkulacja IOL do wszczepu wg następujących formuł: * SRK/T,
* Holladay1 i 2,
* Hoffer Q,
* Haigis Suite (Haigis, Haigis-L, Haigis-T),
* Barrett TK UNIVERSAL II,
* Barrett TK Torci,
* Barret Suite
 | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Opcjonalnie - Pomiar tylnej powierzchni rogówki dzięki licencji Total Keratometry | Parametr opcjonalny nie wymagany, należy podać | podać……. |
|  | Podpora pod brodę i czoło pacjenta regulowana elektromotorycznie lub manualnie | TAK, podać | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Bazy danych:* baza pacjentów i archiwizacja wyników pomiarów,
* wbudowana baza stałych soczewek zoptymalizowanych dla biometrii optycznej min. 150 typów soczewek dedykowanych i zoptymalizowanych dla oferowanego aparatu
 | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Wyposażenie: * jednostka pomiarowa, komputer przetwarzający zintegrowane w jednym urządzeniu dane;
* system operacyjny – Windows;
* drukarka umożliwiająca wydruk wyników pomiarów i kalkulacji;
* dotykowy monitor LCD;
* stolik o napędzie elektromotorycznym.
 | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Możliwość transmisji danych na zewnątrz poprzez sieć (gniazdo sieciowe Ethernet oraz porty USB) lub karty pamięci USB  | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Integracja z oprogramowaniem posiadanym przez Zamawiającego na Oddziale Okulistycznym – program AMMSWarunek opcjonalny | Warunek opcjonalny nie wymagany, należy podać | podać……. |
|  | **DOKUMENTACJA PRODUKTU:*** Certyfikat CE / Deklaracja zgodności CE, Zgłoszenie / Przeniesienie / Wpis do rejestru wyrobów medycznych,
* Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie
* Instrukcja dezynfekcji i/lub sterylizacji w j. polskim – przy dostawie
* Paszport techniczny (karta techniczna) będzie dostarczona wraz z urządzeniami, przy czym zawierać będzie (minimum) poniższe dane:
* nazwa urządzenia pozwalająca zidentyfikować przeznaczenie urządzenia,
* nazwa producenta,
* typ urządzenia i numer seryjny,
* data rozpoczęcia eksploatacji.

W części ww. dokumentu dotyczącej remontów, napraw i badań stanu technicznego powinny znaleźć się zapisy dokumentujące:* uruchomienie urządzenia, przeprowadzenie testu,
* poświadczenie, że urządzenie jest sprawne i bezpieczne w użytkowaniu,
* datę wykonania powyższych czynności,
* datę, do której powinien zostać wykonany następny okresowy przegląd techniczny urządzenia.
 | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | **Informacja o serwisie:**1. Wykonawca zapewnia w swoim zakresie pełną opiekę serwisową dla przedmiotu dzierżawy, w tym bieżącą konserwację aparatu oraz zobowiązuje się do przeprowadzenia przeglądów serwisowych aparatu w całym okresie trwania dzierżawy zgodnie z zaleceniami producenta, które zapewnią jego prawidłowe funkcjonowanie.
2. Koszt przeglądów i utrzymania sprawności urządzenia, jego naprawy w przypadku awarii zastał wliczony w cenę oferty przetargowej wraz z kosztami dojazd techników/ serwisantów do siedziby Zamawiającego.
3. Maksymalna ilość napraw tego samego elementu, po których dany element zostanie wymieniony na nowy, wolny od wad: 3 naprawy
4. **Wykonawca zapewnia Zamawiającemu aparat zastępczy o równorzędnych parametrach** w przypadku, gdy czas naprawy aparatu trwa dłuższej niż 72 godziny z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy (niedziel, świąt) oraz sobót, licząc od momentu zgłoszenia przez Zamawiającego awarii.
5. W okresie trwania dzierżawy Wykonawca zobowiązuje się do załatwienia wszelkich formalności, w tym celnych, związanych z ewentualną wymianą urządzeń na nowe, jego wysyłką do naprawy gwarancyjnej, pogwarancyjnej i odbiorem lub jego importem we własnym zakresie - **bez udziału zamawiającego**
6. Szkolenie personelu medycznego użytkownika w zakresie eksploatacji i obsługi urządzenia zostało wliczone w cenę oferty przetargowej.
 | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Obsługa serwisowa świadczona jest minimum 5 dni w tygodniu od poniedziałku do piątku | Tak, podać | w godz. .......... |
|  | Wykonawca zapewnia świadczenie usług serwisowych przez autoryzowane przez producenta punkty serwisowe.Siedziba serwisu - dokładny adres i nr telefonu.  | Tak, podać  | Adres: …………Telefon: …………e-mail: …………… |
|  | Dane osoby odpowiedzialnej za serwis przedmiotu dzierżawy po stronie Wykonawcy | Tak, podać dane kontaktowe w sprawie serwisu i awarii | Adres: …….………Telefon: …………e-mail: …………… |

###### Uwaga: Dzierżawiony aparat musi odpowiadać parametrom opisanym przez Zamawiającego.

Nie wypełnienie którejkolwiek z rubryk w kolumnie 4 tabeli „Wartość/opis oferowanego parametru/

###### Odpowiedź Wykonawcy”, bądź nie spełnienie warunków granicznych będzie skutkować odrzuceniem oferty lub zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.

Wykonawca gwarantuje, że przedmiot dzierżawy zostanie udostępniony Zamawiającemu w komplecie z wyposażeniem, o którym mowa powyżej oraz oświadcza, że:

* przedmiot zamówienia posiada parametry opisane w Opisie Przedmiotu Zamówienia,
* oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* dostarczy na swój koszt materiały potrzebne do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo,
* wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

 ................................................................................................

 Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy