***poprawiony* Załącznik Nr 2/**1**b**

do SIWZ Nr W.Sz.Z: TZ-280-**142**/19

SPECYFIKACJA parametrów techniczno-użytkowych

**dzierżawionego aparatu do fakoemulsyfikacji z możliwością witrektomii przedniej**

w ramach **Zadania Nr 1**

Pełna nazwa urządzenia:…………………………………………………..……………...

(podać)

Nazwa producenta:……………………………………………………………..…………

(podać)

Model/ typ:.........................................................................................................................

(podać)

Rok produkcji (nie wcześniej niż 201***5*** r.):.........................................................................

(podać)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane podać/opisać**  **TAK/NIE** | **Punktacja** |
| 1 | Pompa perystaltyczna. | TAK/NIE |  | TAK - 10 pkt.  NIE - 0 pkt |
| 2 | Zakres przepływu aspiracyjnego  0-60 ml/min | TAK |  | bez punktacji |
| 3 | Zakres regulacji podciśnienia min.  0-650 mmHg. | TAK |  | bez punktacji |
| 4 | Przepływ zwrotny – reflux. | TAK |  | bez punktacji |
| 5 | Zamknięty system płynowy | TAK |  | bez punktacji |
| 6 | Aktywny system płynowy z możliwością ustalenia docelowej wartości ciśnienia wewnątrzocznego w czasie operacji wyposażony w sensor poziomu irygacji, sygnalizujący nagłe spadki ciśnienia irygacji i zabezpieczający przed pracą bez płynu irygacyjnego | TAK/NIE |  | TAK - 30 pkt.  NIE - 0 pkt |
| 7 | Głowica z min. 4-kryształowym elementem piezoelektrycznym. | TAK |  | bez punktacji |
| 8 | Głowica fakoemulsyfikatora z funkcją ultradźwięków skrętnych lub oscylacji poprzecznych | TAK/NIE |  | TAK - 30 pkt.  NIE - 0 pkt |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 9 | Możliwość niezależnego regulowania ruchów podłużnych i poprzecznych tipa głowicy | TAK/NIE |  | TAK - 20 pkt.  NIE - 0 pkt |
| 10 | Możliwość stosowania tipów o średnicy poniżej 0.9 mm z łukowatym zagięciem w części dystalnej nie schodzącym poniżej osi długiej tipa | TAK/NIE |  | TAK - 5 pkt.  NIE - 0 pkt |
| 11 | Możliwość podłączenia automatycznej głowicy do wczepiania sztucznej soczewki sterowanej z pedału kontrolnego | TAK/NIE |  | TAK - 5 pkt.  NIE - 0 pkt |
| 12 | Pulsacyjny tryb fakoemulsyfikacji. | TAK |  | bez punktacji |
| 13 | Tryb fako „burst” | TAK |  | bez punktacji |
| 14 | Diatermia zintegrowana z urządzeniem. | TAK |  | bez punktacji |
| 15 | Diatermia sterowana z przełącznika nożnego. | TAK |  | bez punktacji |
| 16 | Wodoszczelny, bezprzewodowy przełącznik nożny | TAK |  | Bez punktacji |
| 17 | Sygnalizacja wszystkich parametrów pracy i stanów alarmowych w języku polskim | TAK |  | bez punktacji |
| 18 | Bezprzewodowy pilot zdalnego sterowania. | TAK |  | bez punktacji |
| 19 | Zintegrowana taca o regulowanej wysokości. | TAK |  | bez punktacji |
| 20 | Zintegrowany statyw kroplówki i podstawa jezdna. | TAK |  | bez punktacji |
| 21 | Zasilanie 220÷240V/50-60Hz | TAK |  | bez punktacji |
| **SERWIS** | | | | |
| 22 | Gwarancja techniczna przez cały czas trwania umowy, obejmująca: koszty napraw, wymiany podzespołów, okresowe przeglądy serwisowe | TAK |  | bez punktacji |
| 23 | Czas reakcji serwisu od chwili zgłoszenia max ***48*** godzin | TAK |  | bez punktacji |
| 24 | Nr kontaktowy serwisu Wydzierżawiającego | podać |  | bez punktacji |
| 25 | Wartość aparatu (brutto) | Podać |  | bez punktacji |
| **WYMAGANE UKOMPLETOWANIE APARATU** | | | | |
| 26 | **a/** Konsola  **b/** Zintegrowany statyw na płyny do irygacji wewnątrzgałkowej oraz stolik narzędziowy o zmiennej wysokości i ustawieniu,  **c/** Przełącznik nożny,  **d/** Pilot zdalnego sterowania,  **e/** Pokrowiec,  **f/** Instrukcja obsługi,  **g/** 10 głowic do fakoemulsyfikacji zaćmy,  **h/** 10 kompletów kaniul bimanualnych do aspiracji mas o średnicy 20-21 G (*do uzgodnienia z zamawiającym*)  **i/** 2 komplety do diatermii (pinceta + przewód)  **j/** 2 kluczyki do odkręcania tipów | TAK |  | bez punktacji |

Oświadczamy, że oferowane powyżej urządzenie jest sprawne, kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów poza materiałami eksploatacyjnymi.

SPECYFIKACJA parametrów techniczno-użytkowych

**dzierżawionego biometru optycznego**

w ramach **Zadania Nr 1**

Pełna nazwa urządzenia:…………………………………………………..……………...

(podać)

Nazwa producenta:……………………………………………………………..…………

(podać)

Model/ typ:.........................................................................................................................

(podać)

Rok produkcji (nie wcześniej niż 2019 r.):.........................................................................

(podać)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane podać/opisać**  **TAK/NIE** | **Punktacja** |
| 1 | **Biometr optyczny, okulistyczny.** | TAK |  | bez punktacji |
| 2 | Montowany na stoliku z elektryczną regulacją wysokości, oparciem na głowę pacjenta oraz zasłonkami dla prawego i lewego oka. | TAK |  | bez punktacji |
| 3 | Automatyczne naprowadzanie głowicy biometru do pozycji pomiarowej. | TAK |  | bez punktacji |
| 4 | Bezkontaktowy, automatyczny pomiar w osi widzenia następujących wielkości gałki ocznej.  - Długość gałki ocznej AL w zakresie 14 – 32 mm.  - Głębokość komory przedniej ACD w zakresie 1.5 – 7.3 mm.  - Keratometrii w 32 punktach testowych na 2 okręgach o średnicy 1.65 i 2.30 mm w zakresie promienia 5 – 10.5 mm.  - Odległości White-to-White w zakresie 7 - 16 mm.  - Szerokości źrenicy PD w zakresie 2 – 13 mm.  - Przesunięcia osi widzenia względem geometrycznego środka tęczówki i źrenicy  z rozdzielczością 0.01 mm.  - Zdjęcie oka czarno-białe oraz kolorowe. | TAK |  | bez punktacji |
| 5 | Wszystkie pomiary wykonywane bezkontaktowo, automatycznie w jednym teście. | TAK |  | bez punktacji |
| 6 | Specjalny tryb do gęstej zaćmy z możliwością manualnej decentracji pomiaru względem osi widzenia. | TAK |  | bez punktacji |
| 7 | Metody kalkulacji soczewek:  Barrett Universal II  Haigis  Hoffer Q  Holladay 1  SRK/T  SRK/II | TAK |  | bez punktacji |
| 8 | Metody kalkulacji soczewek po chirurgii refrakcyjnej:  Shammas No-History  Masket  Modified Masket | TAK |  | bez punktacji |
| 9 | Zewnętrzny komputer typu PC. | TAK |  | bez punktacji |
| 10 | Oprogramowanie w języku polskim do zarządzania bazą danych pacjentów oraz współpracy z biometrem. Wydruki w języku polskim. | TAK |  | bez punktacji |
| 11 | Eksport wyników pomiarów do plików pdf. | TAK |  | bez punktacji |
| 12 | Eksport wyników pomiarów do zewnętrznych formuł kalkulacji soczewek. | TAK |  | bez punktacji |
| 13 | Stolik elektryczny z regulacją wysokości. | TAK |  | bez punktacji |
| 14 | Drukarka laserowa czarno-biała. | TAK |  | bez punktacji |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SERWIS** | | | |  |
| 15 | Gwarancja techniczna przez cały czas trwania umowy, obejmująca: koszty napraw, wymiany podzespołów, okresowe przeglądy serwisowe | TAK |  | bez punktacji |
| 16 | Czas reakcji serwisu od chwili zgłoszenia max ***48***godzin | TAK |  | bez punktacji |
| 17 | Nr kontaktowy serwisu Wydzierżawiającego | podać |  | bez punktacji |
| 18 | Wartość aparatu (brutto) | Podać |  | bez punktacji |

Oświadczamy, że oferowane powyżej urządzenie jest sprawne, kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów poza materiałami eksploatacyjnymi.

…………………….. …………………………………..

data (podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

***poprawiony* Załącznik Nr 2/**3

do SIWZ Nr W.Sz.Z: TZ-280-**142**/19

Specyfikacja asortymentowo-ilościowo-cenowa

**na dostawę soczewek tylnokomorowych do fiksacji transskleralnej** **– Zadanie Nr 3**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia**  (*dokładne parametry wg Zał. nr* ***2****/3a*) | **Nazwa producenta i nr katal.**  (podać) | **Szacunkowa ilość**  **w okresie 24 miesiecy** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto za j.m.** | **Stawka podatku**  **VAT** | **Wartość**  **pozycji**  **netto** | **Wartość podatku VAT** | **Wartość**  **pozycji**  **brutto** |
| 1. | **Soczewki tylnokomorowe do fiksacji transskleralnej** z PMMA z haptykami w kształcie modyfikowanej litery J i z otworkami na haptykach  - średnica części optycznej 6.0-7.0 mm  - całkowita długość 12.5-13.5 mm  - wymagany zakres mocy min. od +10.0 D do +30.0 D  ***Dopuszczamy soczewki tylnokomorowe do fiksacji transskleralnej z PMMA z haptykami o typie “mod-C”, przy zachowaniu pozostałych parametrów soczewki*** *(odpow. na zapytanie. z 10.01.2020).* |  | **30** | szt. |  |  |  |  |  |
| **Wartość netto i brutto Zadania Nr 3 ogółem:** | | | | | | |  |  |  |

**Słownie wartość Zadania Nr 3 ogółem brutto**: .............................................................................................................................................................

…………………….. …………………………………..

data (podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

***poprawiony* Załącznik Nr 2/**3a

do SIWZ Nr W.Sz.Z: TZ-280-**142**/19

SZCZEGÓŁOWY OPIS parametrów techniczno-użytkowych

i standardów jakościowych odnoszących się do wszystkich istotnych cech przedmiotu zamówienia

**- dostawa soczewek tylnokomorowych do fiksacji transskleralnej - Zadanie Nr 3**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia,** wymagane parametry techniczno-użytkowe i standardy jakościowe | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane**  podać/opisać  TAK/NIE |
| **Soczewki tylnokomorowe do fiksacji transskleralnej** z PMMA z haptykami w kształcie modyfikowanej litery J i z otworkami na haptykach  - średnica części optycznej 6.0-7.0 mm  - całkowita długość 12.5-13.5 mm  - wymagany zakres mocy min. od +10.0 D do +30.0 D  ***Dopuszczamy soczewki tylnokomorowe do fiksacji transskleralnej z PMMA z haptykami o typie “mod-C”, przy zachowaniu pozostałych parametrów soczewki*** *(odpow. na zapytanie. z 10.01.2020).* | TAK |  |

**UWAGA:**  Odpowiedź „NIE” spowoduje odrzucenie oferty jako niezgodnej z treścią SIWZ.

….......................... ….......................................................

data (podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

***poprawiony* Załącznik Nr 2/**4

do SIWZ Nr W.Sz.Z: TZ-280-**142**/19

Specyfikacja asortymentowo-ilościowo-cenowa

**dostawa noży śródoperacyjnych** **– Zadanie Nr 4**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia**  (*dokładne parametry wg Zał. nr* ***2****/4a*) | **Nazwa producenta i nr katal.**  (podać) | **Szacunkowa ilość**  **w okresie 24 miesiecy** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto za j.m.** | **Stawka podatku**  **VAT** | **Wartość**  **pozycji**  **netto** | **Wartość podatku VAT** | **Wartość**  **pozycji**  **brutto** |
| 1. | **Noże do witrektomii przedniej** o ilości cięć min. 1500/min kompatybilne z oferowanym aparatem do fakoemulsyfikacji |  | **180** | szt. |  |  |  |  |  |
| 2. | **Noże do otwarcia komory przedniej** typu slit o kalibracji **2,6mm** |  | **180** | szt. |  |  |  |  |  |
| 3. | **Noże do otwarcia komory przedniej** typu Sideport o kalibracji **1,2 mm** |  | **300** | szt. |  |  |  |  |  |
| 4. | **Noże typu crescent** o kalibracji 2,7mm – 3,0mm.  *Dopuszczamy noże typu crescent o kalibracji* ***2,3mm****.(odpow. na zapytanie. z 10.01.2020).*  *Dopuszczamy noże typu crescent o kalibracji* ***2,5mm****.(odpow. na zapytanie. z 10.01.2020).* |  | **60** | szt. |  |  |  |  |  |
| **Wartość netto i brutto Zadania Nr 4 ogółem:** | | | | | | |  |  |  |

**Słownie wartość Zadania Nr 4 ogółem brutto**: .............................................................................................................................................................

…………………….. …………………………………..

data (podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)

***poprawiony* Załącznik Nr 2/**4a

do SIWZ Nr W.Sz.Z: TZ-280-**142**/19

SZCZEGÓŁOWY OPIS parametrów techniczno-użytkowych

i standardów jakościowych odnoszących się do wszystkich istotnych cech przedmiotu zamówienia

**- dostawa noży śródoperacyjnych****- Zadanie Nr 4**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia,** wymagane parametry techniczno-użytkowe i standardy jakościowe | **Parametry wymagane** | **Parametry oferowane**  podać/opisać  TAK/NIE |
| **1.** Noże do witrektomii przedniej o ilości cięć min. 1500/min kompatybilne z oferowanym aparatem do fakoemulsyfikacji. | TAK |  |
| **2.** Noże do otwarcia komory przedniej typu slit o kalibracji 2,6mm.  **3**. Noże do otwarcia komory przedniej typu Sideport o kalibracji 1,2 mm.  **4**. Noże typu crescent o kalibracji 2,7mm – 3,0mm.  *Dopuszczamy noże typu crescent o kalibracji* ***2,3mm****. (odpow. na zapytanie. z 10.01.2020).*  *Dopuszczamy noże typu crescent o kalibracji* ***2,5mm****. (odpow. na zapytanie. z 10.01.2020).* | TAK  TAK  TAK |  |

**UWAGA:**  Odpowiedź „NIE” spowoduje odrzucenie oferty jako niezgodnej z treścią SIWZ.

….......................... ….......................................................

data (podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)