**Załącznik nr 2 do SWZ**

 **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**ORAZ WYMAGANIA ODNOSZĄCE SIĘ DO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**WYPEŁNIONY DOKUMENT NALEŻY DOŁĄCZYĆ DO OFERTY**

**Producent:** …………………………………………………………………………………………………….……

**Nazwa i typ:** ………………………………………………………………………………………………………..

**Rok produkcji:**

1. **Parametry Urządzenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Parametr minimalny** | **Potwierdzenie spełnienia parametru minimalnego** | **Parametry oferowane opis lub potwierdzenie wartości**  |
|  | Cyfrowy system do obrazowania cyfrowej laseroterapii siatkówki | *TAK* |  |
|  | Pompowany optycznie laser półprzewodnikowy (OPSL), klasa IV | TAK |  |
|  | Laserowa fotokoagulacja, terapia retinopatii, neowaskularyzacji, AMD, odwarstwienia siatkówki, zwyrodnień zlokalizowanych na peryferiach siatkówki, irydotomia, | TAK |  |
|  | Tryb jednopunktowy, Tryb wielopunktowy, Tryb plamkowy (macular),Tryb nawigowany cyfrowo | TAK |  |
|  | Długość fali 450 nm | **TAK****podać – parametr punktowany w kryterium oceny ofert** |  |
|  | Wiązka celownicza: laser diodowy, 635 nm, < 1 mW, klasa II | TAK |  |
|  | Funkcja śledzenia ruchu dna oka oraz stabilizacji wiązki laserowej na siatkówce | TAK |  |
|  | Kontrola pozycji ognisk lasera jest realizowana przez system śledzenia, oparty o stałe obiekty referencyjne tj. naczynia krwionośne na siatkówce. | TAK |  |
|  | Możliwość wyznaczenia na obrazie dna oka stref wyłączonych z procesu laserowania | TAK |  |
|  | System mozaikowego dostarczania ognisk w trybie plamkowym, co gwarantujący dokładne umiejscowienie ogniska bez kumulacji energii w jednym obszarze - jak w przypadku standardowego trybu pattern. | TAK |  |
|  | Możliwość wykonywania terapii plamkowej z pomocą obiektywu bezkontaktowego (bez użycia soczewek nagałkowych). Dodatkowo, dla zwiększenia komfortu pacjenta w trakcie zabiegu, możliwość stosowania podświetlenia dna oka podczerwienią. | TAK |  |
|  | Planowanie terapii w oparciu o kolorowy obraz dna oka, zewnętrzne obrazy map grubości siatkówki (OCT) oraz zewnętrzne obrazy angiograﬁi ﬂuoresceinowej – tak, aby zapewnić pacjentowi w pełni kompleksową opiekę. | TAK |  |
|  | Funkcja importowania zewnętrznych obrazów diagnostycznych oraz ich automatycznego dopasowania do obrazu pochodzącego ze zintegrowanej z laserem funduskamery. | TAK |  |
|  | Czas trwania Pulsu: 10–3000 ms  | **TAK****podać – parametr punktowany w kryterium oceny ofert**  |  |
|  | Czas trwania Pulsu dla trybu plamkowego 50–400 μs; ( cykl pracy 5%, 10%, 15%) | **TAK****podać – parametr punktowany w kryterium oceny ofert**  |  |
|  | Obiektyw bezkontaktowy (tryb ogniskowy): 50–500 μmObiektyw kontaktowy (tryb ogniskowy/obwodowy): 50–1000 μm (z funkcją powiększania) | TAKpodać |  |
|  | Nawigowany cyfrowo tryb Panretinalnej fotokaogulacji, system stabilizuje wiązkę celowniczą i automatycznie wyznacza kolejne miejsce do naniesienia wzoru. | TAK |  |
|  | Możliwość tworzenia map grubości nabłonka i zrębu rogówki | TAK |  |
|  | Możliwość tworzenia dokładnych map topograficznych dla przedniej i tylnej powierzchni rogówki: osiowych, tangencjalnych, elewacji (BFS, BFT) | TAK |  |
|  | System wyposażony w intuicyjny w obsłudze manipulator (multifunkcyjny joystick) oraz ekran dotykowy o wysokiej rozdzielczości, wyświetlający w czasie rzeczywistym obrazy, plany leczenia i parametry  | TAK |  |
|  | Raporty generowane sposób automatyczny. Na obrazie dna oka wskazują obszar oraz parametry wykonanego zabiegu.  | TAK |  |
|  | -Obiektyw bezkontaktowy (tryb ogniskowy): 50° statyczne (+ rozszerzenie dynamiczne)-Obiektyw kontaktowy (tryb ogniskowy/obwodowy): do 165° dynamiczny, analogiczny do stosowanej soczewki kontaktowe-Obiektyw umożliwiający bezkontaktowa terapię PRP | TAK |  |
|  | System wyposażony w cyfrową funduskamerę umożliwiającą ciągły podgląd w czasie rzeczywistym oraz wykonywanie zdjęć dna oka  | TAK |  |
|  | Zdjęcia kolorowe, podgląd światłem podczerwonym  | TAK |  |
|  | Stolik w pełni mobilny, umożliwiający prace z pacjentami na wózkach inwalidzkich Płynna elektryczna regulacja wysokości, prędkość podnoszenia blatu 10 mm/s  | TAK |  |
|  | Licencja DICOM  | TAK |  |
|  | Zasilanie 115-230 VAC, 50-60 Hz | TAK |  |

1. **Gwarancja**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **Wymagania w zakresie warunków gwarancji** | **Oferowane warunki gwarancji** |
| 1. | **Czas gwarancji (nie krótszy niż 24 miesiące, maksymalnie 36 miesięcy) dla całego zestawu**  | **/podać – parametr punktowany w ramach kryteriów oceny ofert\*/** |
| 2. | Czas reakcji: „przyjęcie zgłoszenia-podjęta naprawa” / nie dłuższy niż 48 godz./ - traktować jako wymóg | TAK |
| 3. | Liczba napraw gwarancyjnych upoważniająca do wymiany wadliwej części urządzenia na nową - 3/ | TAK |
| 4. | W przypadku naprawy gwarancyjnej czas gwarancji zostaje wydłużony o czas naprawy gwarancyjnej- traktować jako wymóg | TAK |
| 5. | Dostarczenie sprzętu zastępczego w okresie dokonywania naprawy w terminie dłuższym niż 14 dni (TAK/NIE) | TAK |
| 6. | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji – zgodnie z zaleceniami producenta [nie mniej niż 1/rok] | TAK |
| 7. | Najbliższa siedziby Zamawiającego lokalizacja autoryzowanego punktu serwisowego [adres, telefon, fax] – wymaganie informacyjne |  |

*\*w przypadku niewypełnienia, Zamawiający uzna, że Wykonawca zaoferował 24-miesięczny okres gwarancji*

|  |
| --- |
| Formularz należy opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców. |