

Zadanie nr 1 – Dostawa, instalacja i uruchomienie Mikrokeratomu do przeszczepów warstwowych:

Lp.	Parametr/warunek	Warunek graniczny	Parametry oferowane (wypełnia Wykonawca)
1.	2.	3.	4.
Mikrokeratom do przeszczepów warstwowych – 1 szt.			
I	Ogólne		
1.	Konsola sterująca:	TAK	
a)	Zasilanie z sieci elektrycznej oraz z butli z azotem lub sieci sprężonego powietrza	TAK	
b)	Wewnętrzna bateria pozwalająca na kontynuację pracy w przypadku nagłej utraty zasilania	TAK	
c)	Pedał nożny sterujący do uruchamiania oscylacji noża	TAK	
d)	Możliwość pracy z keratorem obrotowym i liniowym	TAK	
e)	Precyzyjna regulacja ciśnienia zasilającego turbinę.	TAK	
f)	Czytelny wyświetlacz cyfrowy pozwalający na kontrolę ciśnienia na wyjściu z konsoli	TAK	
2.	Turbina do napędu oscylacji:	TAK	
a)	Cięcie z przesuwem liniowym, manualnym	TAK	
b)	Turbina i połączeniowy przewód ciśnieniowy do sterylizacji w autoklawie	TAK	
c)	Możliwość pracy z głowicami jednorazowymi do wyboru z zakresu kalibracji 110, 130, 150, 200, 250, 300, 350, 400, 450, 500, 550 mikrometrów	TAK	
d)	Zestaw startowy 50 głowic jednorazowych, sterylnych o kalibracji: 110, 350, 400, 450, 500 mikronów (po 10 z każdej kalibracji)	TAK	
3.	Sztuczna komora do przygotowania płatka od dawcy	TAK	
a)	Komora wielorazowego użytku do sterylizacji w autoklawie.	TAK	
b)	Oddzielony pierścień prowadzący komory dla łatwej modyfikacji rodzaju cięcia (obrotowy, liniowy, liniowy automatyczny)	TAK	
c)	Możliwość zastosowania komory sterylnej, jednorazowej.	TAK	
d)	Zestaw startowy 50 komór sterylnych, jednorazowych do cięcia liniowego.	TAK	
4.	Urządzenie do kontroli i regulacji ciśnienia w sztucznej komorze.	TAK	
a)	Zakres regulacji ciśnienia od 30 do 250 mmHg.	TAK	
b)	Zasilanie napięciem z sieci.	TAK	
c)	Regulacja ciśnienia pokrętłem.	TAK	
d)	Wyświetlacz cyfrowy wskazujący aktualne ciśnienie.	TAK	
e)	Przycisk nożny uruchamiający podaż ciśnienia	TAK	
f)	Zestaw startowy 50 przewodów łączących sztuczną komorę z urządzeniem do kontroli ciśnienia. Przewód zawierający 0,2 mikrometra filtr hydrofobowy sterylizujący powietrze, trójdrożny kranik, strzykawkę 20 ml, zacisk odcinający, linię amortyzującą	TAK	
5.	Wyposażenie dodatkowe:	TAK	
a)	Rozwórka - 2 kpl.	TAK	
b)	Marker do oznaczania rogówki biorcy - 2 kpl.	TAK	
c)	Haczyk do oznaczania obszaru usunięcia błony Descemeta - 2 kpl.	TAK	
d)	Port irygacyjny do utrzymania komory - 2 kpl.	TAK	
e)	Szpatułka do zdrapania błony Descemeta - 2 kpl.	TAK	
f)	Rynienka do wprowadzenia płatka do oka biorcy (np. Rynna Busina) - 2 kpl.	TAK	
g)	Szczypce do wprowadzania płatka do oka biorcy (np. Szczypce Busina) - 2 kpl.	TAK	
h)	Kasetka sterylizacyjna - 2 kpl.	TAK	
i)	Trepány wielorazowe do wycinania płatka rogówki dawcy lub biorcy o zakresie wyboru średnicy od 6,5 do 9 mm - 7,5 mm (2 szt.), 7,75 mm (2 szt.), 8,25 mm (2 szt.), 8,5 mm (2 szt.), 8,75 mm (2 szt.)	TAK	

II Pozostałe wymagania			
1.	Oświadczenie, że oferowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.	TAK	
2.	Urządzenie pozbawione blokad serwisowych, które po upływie okresu gwarancji utrudniałyby Zamawiającemu dostęp do opcji serwisowych lub naprawę system przez inny niż Wykonawca podmiot, w przypadku nie korzystania przez Zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy.	TAK	
3.	Producent	TAK Podać	
4.	Model*	TAK Podać	
5.	Nazwa katalogowa*	TAK Podać	
6.	Sprzęt fabrycznie nowy, wyprodukowany nie wcześniej niż w 2017 roku	TAK	

„*” – uzupełnić w przypadku posiadania przez oferowany sprzęt w/w danych;

– podać nr stron w ofercie, na której znajduje się potwierdzenie w materiałach informacyjnych powyżej określonych parametrów;

Niniejszym oświadczam, iż oferowany sprzęt posiada parametry techniczne określone powyżej.

Zadanie nr 2 – Dostawa, instalacja i uruchomienie Tomografu OCT:

Lp.	Parametr/warunek	Warunek graniczny	Parametry oferowane (wypełnia Wykonawca)
1.	2.	3.	4.
Tomograf OCT – 1 szt.			
I	Ogólne		
1.	Tomograf oka ze strojonym źródłem światła (Swept Source) o długość fali ok. 1050 nm.	TAK	
2.	Szybkość skanowania 100.000 a-skan/s.	TAK	
3.	Rozdzielczość osiowa (cyfrowa) min. 2,6µm.	TAK	
4.	Głębokość skanowania min. 2,6 mm.	TAK	
5.	Monitor dotykowy do podglądu oka i ustawiania parametrów oraz joystick do ustawiania aparatu względem oka wbudowane w aparat.	TAK	
6.	Automatyczne ustawianie pozycji skanów w osi Z oraz autofokus.	TAK	
7.	Referencyjny obraz dna oka o kącie min. 45° z zaznaczonym miejscem prezentowanego przekroju siatkówki, w postaci kolorowego zdjęcia rozdzielczości min. 5 Mpix.	TAK	
8.	Minimalna średnica źrenicy: dla skanów OCT 2,5 mm dla zdjęcia 3,3 mm.	TAK	
9.	Automatyczne wykrywanie i segmentowanie warstw siatkówki i naczyńiówki.	TAK	
10.	Przystawka do badania przedniego odcinka oka.	TAK	
11.	Oprogramowanie producenta systemu do zdalnego przeglądania wyników badań – dwie licencje.	TAK	
12.	Gotowy do pracy system z komputerem, monitorem oraz stolikiem pod urządzenie oraz komputer.	TAK	
II	Pozostałe wymagania		
1.	Oświadczenie, że oferowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.	TAK	
2.	Urządzenie pozbawione blokad serwisowych, które po upływie okresu gwarancji utrudniałyby Zamawiającemu dostęp do opcji serwisowych lub naprawę system przez inny niż Wykonawca podmiot, w przypadku nie korzystania przez Zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy.	TAK	
3.	Producent	TAK Podać	
4.	Model*	TAK Podać	
5.	Nazwa katalogowa*	TAK Podać	
6.	Sprzęt fabrycznie nowy, wyprodukowany nie wcześniej niż w 2017 roku	TAK	

„*” – uzupełnić w przypadku posiadania przez oferowany sprzęt w/w danych;

– podać nr stron w ofercie, na której znajduje się potwierdzenie w materiałach informacyjnych powyżej określonych parametrów;

Niniejszym oświadczam, iż oferowany sprzęt posiada parametry techniczne określone powyżej.

.....
/podpis i pieczęć osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

..... dn.,

Zadanie nr 3 - Dostawa, instalacja i uruchomienie Funduskamery:

Lp.	Parametr/warunek	Warunek graniczny	Parametry oferowane (wypełnia Wykonawca)
1.	2.	3.	4.
Fundus kamera z cyfrowym systemem archiwizacji i obróbki obrazów – 1 szt.			
I	Ogólne		
1.	Możliwość wykonywania zdjęć kolorowych, bezczerwiennych, angiografii fluorosceinowej, autofluorescencji	Tak	
2.	Wykonywanie zdjęć przedniego odcinka	Tak	
3.	Dwa powiększenia optyczne: - nie mniej niż 450 - nie mniej niż 300	Tak (podać)	
4.	Wbudowany sensor do wykonywania zdjęć o rozdzielczości min. 24 mln. pikseli	TAK (podać)	
5.	Rozbudowa aparatu o angiografię indocyjaninową bez potrzeby zakupu dodatkowego hardware (upgrade oprogramowania)	TAK	
6.	Regulacja natężenia oświetlenia obserwacji: ręczna, płynna	Tak	
7.	System automatycznego wyostrzania zdjęć – autofocus	Tak	
8.	Korekcja refrakcji badanego: min. +/- 35 D bez dodatkowych soczewek	Tak (podać)	
9.	Minimalna średnica źrenicy: 4,0 mm lub mniejsza dla trybu normalnego i 3,3 mm w trybie wąskiej źrenicy	Tak (podać)	
10.	Obserwacja dna oka w podczerwieni	Tak	
11.	Dystans roboczy (obiektyw - oko pacjenta): min. 40 mm lub większy	Tak (podać)	
12.	Wbudowane bezczerwienny (zielony), niebieski, czerwony, UV i IR filtry:	Tak	
13.	Liczba kroków regulacji natężenia flesza: min. 24	Tak (podać)	
14.	Stolik regulowany elektrycznie,	TAK	
15.	Kolorowa drukarka do wydruków zdjęć	TAK	
16.	Twardy dysk o pojemności min. 420 GB lub większy pozwalający na przechowywanie min. 80 tyś. zdjęć	TAK (podać)	
17.	Karta sieciowa	TAK	
18.	Funkcja Teleserwisu pozwalająca na zdalne diagnozowanie serwisowe aparatu	TAK	
19.	Monitor kolorowy LCD min. 23"	TAK (podać)	
20.	Możliwość eksportu danych w formatach JPEG, DICOM OP, DICOM VL, DICOM MWL, BMP, TIFF	TAK	
21.	Automatyczne oznaczanie zdjęć poddanych obróbce, wydrukowanych i wyeksportowanych	TAK	
22.	Automatyczne rozpoznawanie oka prawego i lewego	TAK	
23.	Sytemu automatycznego doboru flesza w zależności od jakości zdjęcia	TAK	
24.	Funkcje obróbki zdjęcia: regulacja jasności obrazu, regulacja kontrastu obrazu, powiększanie obrazu,	TAK	
25.	Oprogramowanie do automatycznego montażu zdjęć tego samego oka wykonanych pod różnymi kątami (w różnych ujęciach) tworzące szerokokątne obrazy panoramicznego dna oka	TAK	
26.	Baza danych pacjentów i ich wizyt	TAK	
27.	Możliwość równoczesnego działania min. 3 liczników czasu w trybie angiografii fluorosceinowej	TAK (podać)	
28.	Fiksator zewnętrzny pacjenta na przewodzie giętkim z dwoma wielkościami punktu	TAK	

29.	Fiksator wewnętrzny w położeniu do plamki, położeniami peryferyjnymi w układzie ETDRS oraz z możliwością jego dowolnego położenia na podglądzie dna oka za pomocą myszki komputerowej	TAK	
30.	Przynajmniej dwie wielkości znaku fiksatora wewnętrznego dla osób słabowidzących	TAK (podać)	
31.	Komputer zintegrowany bezpośrednio w aparacie	TAK (podać)	
II Pozostałe wymagania			
1.	Oświadczenie, że oferowane urządzenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.	TAK	
2.	Urządzenie pozbawione blokad serwisowych, które po upływie okresu gwarancji utrudniałyby Zamawiającemu dostęp do opcji serwisowych lub naprawę system przez inny niż Wykonawca podmiot, w przypadku nie korzystania przez Zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy.	TAK	
3.	Producent	TAK Podać	
4.	Model*	TAK Podać	
5.	Nazwa katalogowa*	TAK Podać	
6.	Sprzęt fabrycznie nowy, wyprodukowany nie wcześniej niż w 2017 roku	TAK	

„*” – uzupełnić w przypadku posiadania przez oferowany sprzęt w/w danych;

– podać nr stron w ofercie, na której znajduje się potwierdzenie w materiałach informacyjnych powyżej określonych parametrów;

Niniejszym oświadczam, iż oferowany sprzęt posiada parametry techniczne określone powyżej.

.....
/podpis i pieczęć osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

..... dn.,