Numer sprawy **SPZOZ 1/2023 Załącznik nr 2 do SWZ**

Data ..........................

Nazwa Wykonawcy ................................................................

Adres Wykonawcy ...............................................................

## Zestawienie wymaganych parametrów technicznych

**Część 1 zamówienia: Dostawa tomografu okulistycznego (1 sztuka) na potrzeby Poradni okulistycznej w SP ZOZ w Konstantynowie Łódzkim.**

**Specyfikacja spektralnego tomografu okulistycznego z funduskamerą:**

| **L.p.** | **Opis parametrów** | **Parametr wymagany** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE parametry oferowane – należy podać zakresy lub opisać** |
| --- | --- | --- | --- |
| **A** | **B** | **C** | **D** |
| **APARAT OCT – OPTYCZNY TOMOGRAF KOHERENTNY** | | | |
|  | Typ/model oferowanego sprzętu | Proszę podać |  |
|  | Producent | Proszę podać |  |
|  | Kraj produkcji | Proszę podać |  |
|  | Aparat fabrycznie nowy, nieużywany, rok produkcji 2023 | Tak |  |
|  | Technologia pracy: spektralne OCT | Tak |  |
|  | Szybkość skanowania: minimum 80 000 [Askan/sek.] | Tak |  |
|  | Optyczna rozdzielczość osiowa w tkance: minimum 5 [µm] | Tak |  |
|  | Optyczna rozdzielczość poprzeczna w tkance: minimum 18 [µm] | Tak |  |
|  | Całkowita głębokość skanowania: minimum 2,8 [mm] | Tak |  |
|  | Maksymalny obszar skanowania siatkówki: minimum 12 x 12 [mm]. | Tak |  |
|  | Maksymalny obszar skanowania przedniego odcinka oka: minimum 16 x 16 [mm]. | Tak |  |
|  | Minimalna średnica źrenicy pacjenta: maksymalnie 3,3 [mm]. | Tak |  |
|  | Zakres kompensacji wady wzroku pacjenta (regulacja ogniskowania): minimum od -25 D do +25 D. | Tak |  |
|  | Fiksator wewnętrzny o zmiennej wielkości z płynną regulacją położenia. | Tak |  |
|  | Dostępność analiz siatkówki: mapa grubości siatkówki; mapa grubości wewnętrznych i zewnętrznych warstw siatkówki;  mapa deformacji nabłonka barwnikowego. | Tak |  |
|  | Dostępność analiz w kierunku jaskry:  analiza grubości RNFL wokół tarczy nerwu wzrokowego z regulowaną średnicą i grubością pierścienia pomiarowego; ocena morfologii tarczy nerwu wzrokowego; analiza komórek zwojowych w postaci analizy GCC (warstwy RNFL + GCL + IP) oraz analizy GC (warstwy GCL + IPL); analiza symetrii wszystkich powyższych parametrów dla obu gałek ocznych. | Tak |  |
|  | Analiza przedniego odcinka oka:  mapa pachymetryczna rogówki z zaznaczeniem najcieńszego miejsca rogówki;  pomiar kąta przesączania (wyznaczanie parametrów AOD 500/750 i TISA 500/750); pomiary dwóch przeciwległych kątów przesączania na jednym tomogramie; automatyczne wyliczanie korekcji ciśnienia wewnątrzgałkowego na podstawie centralnej grubości rogówki (AIOP). | Tak |  |
|  | Możliwość wykonywania kolorowych zdjęć dna oka i przedniego odcinka oka. | Tak |  |
|  | Możliwość chronologicznego porównania wyników: minimum 6 badań. | Tak |  |
|  | Oprogramowanie obsługujące urządzenie w języku polskim. | Tak |  |
|  | Możliwość wykonania badania w trzech trybach: automatycznym, półautomatycznym (tzn. automatyczne pozycjonowanie głowicy i ręczne rozpoczęcie skanowania) i ręcznym. | Tak |  |
|  | W zestawie z tomografem musi być dostarczony stolik z elektryczną regulacją wysokości blatu, zewnętrzny komputer sterujący tomografem (bez drukarki) | Tak |  |
|  | Oprogramowanie sterujące tomografem musi umożliwiać odtwarzanie komunikatów głosowych dla pacjenta – komunikaty w języku polskim z możliwością ich wyłączenia. | Tak |  |
|  | Bezpłatna aktualizacja oprogramowania w okresie gwarancyjnym i pogwarancyjnym. | Tak |  |
|  | Moduł angiografii SOCT umożliwiający wizualizację przepływu w naczyniach w splocie powierzchownym i głębokim, wykrywanie przepływu w strefie awaskularnej oraz prezentację przepływu w naczyniach naczyniówki. Maksymalny obszar obrazowania: minimum 9 x 9 [mm]. | Tak |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, proszę podać |  |

**Część 2 zamówienia: Dostawa aparatu do magnetoterapii (1 sztuka) wraz z oprzyrządowaniem na potrzeby Gabinetu Fizjoterapii w SP ZOZ w Konstantynowie Łódzkim.**

| **L.p.** | **Opis parametrów** | **Parametr wymagany** | **Odpowiedź Wykonawcy TAK/NIE parametry oferowane – należy podać zakresy lub opisać** |
| --- | --- | --- | --- |
| **A** | **B** | **C** | **D** |
| **APARAT DO MAGNETOTERAPII** | | | |
|  | Typ/model oferowanego sprzętu | Proszę podać |  |
|  | Producent | Proszę podać |  |
|  | Kraj produkcji | Proszę podać |  |
|  | Aparat fabrycznie nowy, nieużywany, rok produkcji 2023 | Tak |  |
|  | Częstotliwość zmian PM 1-100 Hz | Tak |  |
|  | Zmiana indukcji PM 0-20 mT | Tak |  |
|  | Czas impulsu/przerwa 0,5-8 | Tak |  |
|  | Kształty zmian PM  - sinusoida,  - prostokąt,  - trójkąt – unipolarne i bipolarne. | Tak |  |
|  | Aplikatory szpulowe o średnicy:  - 600-750 mm,  - 315-350 mm,  - 200mm. | Tak |  |
|  | Leżanka do dużego aplikatora | Tak |  |
|  | Stolik pod aplikatory | Tak |  |
|  | Stolik pod aparat | Tak |  |
|  | Podłączenie na 3 aplikatory | Tak |  |
|  | Możliwość wykonania jednoczasowo 2 niezależnych zabiegów (każdy aplikator ma swój własny zegar zabiegowy i może być włączony niezależnie od drugiego). | Tak |  |
|  | Zasilanie 230/50 Hz/200 W | Tak |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące | Tak, proszę podać |  |

**Uwaga:**

1. Parametry określone, jako „Tak” oraz o określonych warunkach liczbowych są warunkami granicznymi i należy je traktować jako niezbędne minimum – pod rygorem odrzucenia oferty jako niezgodnej z wymaganiami Zamawiającego.
2. Dla uznania oferty za ważną oferent winien zaoferować aparat spełniający wszystkie parametry graniczne.
3. **Parametry techniczne muszą być potwierdzone dokumentacją techniczną producenta.**
4. Zamawiający zastrzega sobie prawo sprawdzenia wiarygodności podanych przez Wykonawcę parametrów technicznych we wszystkich dostępnych źródłach, w tym u producenta.
5. Oferowany i powyżej wyspecyfikowany sprzęt jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

Podpis kwalifikowany, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy