

CZĘŚĆ II ZAMÓWIENIA

.....
(pieczęć firmowa Wykonawcy)

Opis przedmiotu zamówienia

Przedmiot zamówienia: **Perymetr**

Jednostki miary – 1 kpl.

Producent/ kraj (podać):

Oferowany model/ typ aparatu:

Fabrycznie nowy: TAK

Rok produkcji: 2022

Tab. 1

Lp.	Parametr wymagany	Parametry oferowane, opis, komentarz
	PERYMETR	
I	WYMAGANIA OGÓLNE:	TAK
A	PROGRAM BADAŃ	TAK
1	Pełne do 50°	TAK
2	Centralne do 30°	TAK
3	Centralne 24° z rozszerzeniem do 30°nosowo	TAK
4	Centralne 22° pionowo i 30°poziomo	TAK
5	Peryferyjne 30° – 50°	TAK
6	Plamkowe do 10°	TAK
7	Jaskrowe 30° do 50° nosowo	TAK
8	Rozszerzone nosowo do 50°, skroniowo do 80°	TAK
9	Przesiewowe do 30°	TAK
10	Test dla kierowcy do minimum 160°	TAK
11	Pole ustawiane przez użytkownika do 50°	TAK
B	STRATEGIA BADAŃ	TAK
12	Nadprogowa	TAK
13	Progowa	TAK

CZĘŚĆ II ZAMÓWIENIA

14	Zaawansowana progowa	TAK
15	Szybka progowa	TAK
16	2-strefy	TAK
17	3-strefy	TAK
18	Obuoczna BSV (diplopia)	TAK
19	Flicker (Krytyczna Częstotliwość Fuzji)	TAK
20	BDT (Obuoczny test kierowcy z wynikiem Estermana)	TAK
C	KONTROLA FIKSACJI	TAK
21	Kontrola położenia ślepej plamki 11 punktów (Heijl – Krakau)	TAK
22	Cyfrowa autodetekcja położenia oka	TAK
D	OPROGRAMOWANIE	TAK
23	Prezentacja badań – mapy i wykresy: • w skali bezwzględnej liczbowej (dB), • w skali bezwzględnej skali szarości, • w skali względnej w odniesieniu do normy wiekowej • w skali względnej w odniesieniu do normy wiekowej z prawdopodobieństwem wystąpienia zmian • w skali względnej w odniesieniu do normy wiekowej z prawdopodobieństwem wystąpienia zmian • mapa zindywidualizowana • mapa zindywidualizowana z prawdopodobieństwem wystąpienia zmian • kolorowego obrazu 3D z funkcją animacji przestrzennej, • krzywa Bebbiego • wykres ruchów oka,	TAK
24	Parametry zbiorcze: • średnia czułość –MS • średni defekt – MD • odchylenie standardowe od wzorca – PSD • fluktuacje krótkoterminowe SF • skorygowane odchylenie standardowe od wzorca - Corrected PSD	TAK
25	Archiwizacja danych pacjenta z wynikiem badań	TAK

CZĘŚĆ II ZAMÓWIENIA

26	Możliwość łączenia baz danych w jedną całość	TAK
27	Możliwość eksportu i importu wyników badań pomiędzy komputerami	TAK
28	Możliwość zapisu wydruku do pliku JPG, PDF	TAK
29	Zapis częściowego wyniku badania oraz możliwość jego kontynuacji w późniejszym czasie	TAK
30	Funkcję polskich komunikatów głosowych, ułatwiająca operatorowi oraz pacjentowi pracę z urządzeniem	TAK
31	Możliwość połączenia oprogramowania z serwerami danych pacjentów MWL systemu DICOM oraz	TAK
32	Możliwość połączenia oprogramowania z serwerami magazynującymi wyniki badań SCP systemu DICOM	TAK
33	Oprogramowanie w języku polskim	TAK
34	Możliwość tworzenia i zapamiętywania własnych programów badania	TAK
35	Automatyczny kalkulator soczewek korekcyjnych sugerowanych dla badanego pacjenta	TAK
36	Możliwość wykonywania testów powtórnych "follow-up	TAK
37	Możliwość zmiany kroku progowania w strategiach progowych 3-6 lub 2-4	TAK
38	Opcja defektu neurologicznego w badaniach jednoocznych	TAK
39	Zaawansowany tryb porównania badań z analizą postępu defektów	TAK
40	Zapis wydruku do pliku JPG, PDF, DCM	TAK
41	System kontroli dostępu użytkowników	TAK
42	Możliwość użycia zdalnej bazy danych i współdzielenia bazy danych w sieci LAN	TAK
43	Obsługa interfejsu wymiany danych "Command line"	TAK
44	Obsługa interfejsu wymiany danych "Text file"	TAK
45	Obsługa interfejsu wymiany danych "GDT"	TAK
E	DANE TECHNICZNE	
46	Liczba punktów testowych : min 163	TAK
47	Zakres badanego pełnego pola : min 100° (stopni)	TAK
48	Wielkość bodźca : III w/g Goldmanna, długość fali 575 nm	TAK
49	Jasność bodźca : od 0,03 asb do 1000 asb	TAK

CZĘŚĆ II ZAMÓWIENIA

50	Rozdzielczość jasności bodźca: maksimum 1dB	TAK
51	Oświetlenie tła : 10 asb stabilizowane automatycznie, białe	TAK
52	Czas ekspozycji bodźca regulowany w zakresie 0,1 do 9,9 s lub adaptacyjny	TAK
53	Czas oczekiwania na odpowiedź regulowany w zakresie 0,1 do 9,9 s lub adaptacyjny	TAK
54	Automatyczny pomiar średnicy źrenicy	TAK
55	Elektroniczna regulacja wysokości podbródka	TAK
56	Podgląd oka kamerą CCD	TAK
57	Funkcja auto – diagnostyki	TAK
58	Ergonomiczna budowa czaszy, czasza zamknięta	TAK
59	Czasza sferyczna wg standardu Goldmann'a, promień 30cm	TAK
F	DRUKARKA KOLOROWA	
A	WYMAGANIA TECHNICZNE:	
60	Druk w kolorze w rozdzielczości min 1200x1200	TAK
61	Tonery na min 6 tys kolor i 7 tys czarny	TAK
62	Automatyczne ustawianie balansu kolorów, funkcja Photo Enhance poprzez sterownik	TAK
63	Pamięć Ram min 1 Gb. pamięć eMMC min. 3 Gb.	TAK
64	Ilość podajników papieru minimum 2	TAK
65	Prędkość druku minimum 35 str. min.	TAK
66	Druk dwustronny	TAK
67	Wydruki w formatach od B8 do 216 x 1321 mm. Wydruk na gramaturze papieru do 256g , wydruki banerów	TAK
68	Komunikacja Ethernet, NFC, drukowanie z chmury, z urządzeń mobilnych, USB	TAK
69	Obsługa min 20 użytkowników	TAK
70	Wymiary maksymalne 300 x 400 x 440 mm (wys. x szer. x gł.)	TAK
71	Waga maksymalnie 30 kg	TAK
72	Gwarancja min 3 lata	TAK

CZĘŚĆ II ZAMÓWIENIA

73	Dodatkowy zestaw 4 tonerów: Kasety z tonerami Black – 1 szt., Yellow – 1 szt., Cyan – 1 szt., Magenta 1 szt.	TAK
74	Pakiet serwisowy drukarki na okres 3 lat	TAK
G	POZOSTAŁE WYMAGANIA	
75	Klasyfikacja: Wyrób medyczny, klasa ochronna I	TAK
76	Deklaracja zgodności oznaczona znakiem CE	TAK
77	Zagwarantowanie dostępności serwisu i części zamiennych	TAK
78	Autoryzowany serwis Producenta na terenie Polski. <i>Podać nazwę i siedzibę serwisu.</i>	TAK
79	Dostawa, montaż i uruchomienie w siedzibie zamawiającego	TAK
80	Szkolenie pracowników w zakresie kompleksowej obsługi oferowanego urządzenia w siedzibie Zamawiającego	TAK
81	Instrukcja obsługi w języku polskim, paszport techniczny, karty gwarancyjne.	TAK

Wartości podane w rubryce „Parametr wymagany” stanowią minimalne parametry. Zamawiający dopuszcza zaoferowanie aparatu o wyższych parametrach.

Tab. 2

Lp.	Nazwa sprzętu	Ilość	Wartość netto [zł]	Wartość brutto zwana wartością ofertową brutto [zł]
1.	PERYMETR	1 kpl		

Tab. 3 Gwarancja i serwis urządzenia

Lp.	Wyszczególnienie warunków gwarancji i serwisu	Warunki wymagane
1	Okres pełnej bezpłatnej gwarancji (gwarancja liczona od dnia protokolarnego odbioru przedmiotu umowy przez Zamawiającego).	min 24 miesiące perymetr min 36 miesięcy drukarka
2	Wymiana elementu/ podzespołu na nowy	- w przypadku stwierdzenia uszkodzenia przedmiotu zamówienia w trakcie protokolarnego odbioru, - w przypadku braku możliwości naprawy elementu / podzespołu, - w przypadku dwukrotnej naprawy tego samego elementu/ podzespołu

CZĘŚĆ II ZAMÓWIENIA

3	Okres gwarancji w przypadku wymiany elementu/ podzespołu na nowy	Gwarancja na wymieniony element/podzespół na okres, na jaki gwarancji udzieli producent wymienionego elementu/podzespołu albo do upływu terminu gwarancji na cały aparat, w zależności który termin upłynie później.
4	Sposób zgłaszania awarii aparatu	Niezwłocznie, telefonicznie do serwisu wskazanego przez Dostawcę, potwierdzając zgłoszenie mailem
5	Czas reakcji na zgłoszenie awarii - przyjazd serwisanta do Zamawiającego	Max. 24 h (w dni robocze) od momentu zgłoszenia
6	Miejsce wykonania naprawy	U Zamawiającego. Termin na wykonanie naprawy gwarancyjnej biegnie od następnego dnia po jej zgłoszeniu przez przedstawiciela zamawiającego.
7	Maksymalny czas naprawy aparatu	5 dni (w dni robocze)
8	Udostępnienie telefonicznej pomocy serwisowej w okresie gwarancji i po gwarancji.	TAK
9	Przedłużenie gwarancji o czas wyłączenia z eksploatacji aparatu	Po max. 5 dniach roboczych
10	W okresie gwarancji w przypadku konieczności dokonywania naprawy aparatu w autoryzowanym serwisie Wykonawcy	Koszt transportu do i z siedziby serwisu oraz ubezpieczenie pokrywa Wykonawca
Inne istotne informacje:		Podać:
11	Lokalizacja gwarancyjnego autoryzowanego przez Producenta serwisu Wykonawcy (adres, telefon, faks)	
12	Lokalizacja pogwarancyjnego autoryzowanego przez Producenta serwisu Wykonawcy (adres, telefon, faks)	
13	Częstotliwość i szacunkowa wartość przeglądu serwisowego zgodnego z dokumentacją techniczną urządzenia po okresie gwarancji (do 3 lat po okresie gwarancji) obejmująca wszystkie koszty związane z wykonaniem serwisu (m. in. koszt podróży służbowej i czynności serwisowej).	
14	W okresie gwarancyjnym Wykonawca zobowiązany jest bezpłatnie wykonać ilość przeglądów zalecaną przez producenta sprzętu oraz wymaganą przez Narodowy Fundusz Zdrowia	TAK

.....
(data)

.....
podpis i pieczęćka imienna osoby/ób
upoważnionej/nych do występowania w imieniu wykonawcy