**Mikroskop operacyjny neurochirurgiczny z torem wizyjnym na podstawie jezdnej szt. 1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa własna mikroskopu** | **podać** |  |
| **Typ/Model** | **podać** |  |
| **Producent**  | **podać** |  |
| **Rok produkcji** | **podać** |  |
| **Wartość mikroskopu (na dzień składania ofert)** | **Podać kwotę w PLN** |  |
| **Aparat sprawny technicznie, po przeglądzie u producenta lub w serwisie autoryzowanym lub aparat fabrycznie nowy** | **Tak/podać/ wskazać** |  |
| **Lp.** | **Nazwa Parametru/ Wymagane minimalne parametry techniczne, jakościowe sprzętu** | **Parametry oferowane.** **UWAGA:** Wykonawca potwierdza spełnianie parametru wpisując Tak, jeśli natomiast parametry są wyższe niż minimalne wpisuje ich wartość. | **Parametry oceniane/Punktacja** |
| **I** |  **Wymagane parametry** |
| 1 | Baza stereoskopowa dla optymalnego widzenia przestrzennego | **TAK, podać** |  | **24mm i więcej – 10 pkt.****poniżej 24mm – 0 pkt.** |
| 2 | Mikroskop wyposażony w 4 porty optyczne: dla głównego operatora, asysty bocznej (lewo/prawo) oraz asysty face-to-face. | **TAK** |  |  |
| 3 | Binokular głównego operatora oraz asysty face-to-face z możliwością obrotu 360° oraz pochyłu w zakresie min. 30-150°, posiadający okulary o powiększeniu10× z zakresem korekcji dioptrii okularów +/- 5D. | **TAK, podać** |  |  |
| 4 | Binokular asysty bocznej z możliwością regulacji pochyłu w zakresie min. 0-150°, posiadający okulary o powiększeniu 10× z zakresem korekcji dioptrii okularów +/- 5D. | **TAK, podać** |  |  |
| 5 | Niezależna od ostrości głównego operatora precyzyjna możliwość regulacji ostrości w porcie asysty „face to face”realizowana pokrętłem nagłowicy mikroskopu niezależna od korekcjidioptrii okularów | **TAK/NIE** |  | **TAK – 10pkt.****NIE – 0pkt.** |
| 6 | Zmotoryzowane powiększenie w zakresie 1:6, możliwość płynnej, ręcznej zmiany powiększenia | **TAK** |  |  |
| 7 | Odległość robocza regulowana elektromotorycznie w zakresie 225-600mm, realizowana jednym obiektywem z możliwością regulacji ręcznej w przypadku awarii | **TAK** |  |  |
| 8 | Dwie wiązki laserowe wspomagające ustawienie punktu ostrości. | **TAK** |  |  |
| 9 | Powiększenie elektromotoryczne regulowane płynnie w zakresie min: 1,0× – 12,0× | **TAK, podać** |  |  |
| 10 | Pole obserwacyjne w zakresie min: 18.mm do 210mm | **TAK, podać** |  |  |
| 11 | Wbudowana funkcja automatycznego zmniejszania natężenia światła mikroskopu w celu zmniejszenia ryzyka poparzenia operowanych tkanek podczas pracy z użyciem krótkich odległości roboczych (ogniskowych) | **TAK** |  |  |
| 12 | Funkcja automatycznej regulacji średnicy oświetlanego pola w zależności od powiększenia, z możliwością jej manualnej zmiany oraz resetowania | **TAK** |  |  |
| 13 | Ostrość, powiększenie sterowane z rękojeści mikroskopu oraz za pomocą dotykowego panelu kontrolnego. | **TAK, co najmniej jedna z opcji sterowania ostrości** |  | **Obie opcje – 10pkt.****Jedna z opcji – 0pkt.** |
| 14 | Oświetlenie główne i zapasowe typu ksenon o mocy min. 300W, całkowicie od siebie niezależne; Oświetlenie zapasowe z możliwością automatycznego załączenia w przypadku awarii oświetlenia głównego | **TAK, podać** |  |  |
| 15 | Rozkład natężenia światła w polu operacyjnym wg krzywej Gaussa | **TAK/NIE** |  | **TAK – 10pkt.****NIE – 0pkt.** |
| 16 | Mikroskop wyposażony w optyczny mnożnik powiększenia 1,4x umożliwiający wykorzystanie go z dowolnym binokularem. | **TAK** |  |  |
| 17 | Wbudowany w głowicę mikroskopu aktywny luxometr mierzący aktualne natężenie światła na wyjściu z optyki, który automatycznie dostosowuje poziom oświetlenia do przepustowości światłowodu i stanu zużycia lampy | **TAK/NIE** |  | **TAK – 10pkt.****NIE – 0pkt.** |
| 18 | Mikroskop wyposażony w dwie rękojeści z min. 8 programowalnymi funkcjami | **TAK, podać jakie funkcje** |  |  |
| 19 | Mikroskop wyposażony w min. 6 hamulców elektromagnetycznych | **TAK, podać ilość i lokalizację** |  |  |
| 20 | Zasięg mikroskopu liczony od osi kolumny do osi optyki min.1480mm w celu zagwarantowania komfortowej pracy. | **TAK, podać zasięg** |  |  |
| 21 | Mikroskop pokryty powłoką antybakteryjną, zapewniającą maksymalną ochronę przed infekcjami | **TAK/NIE** |  | **TAK – 10pkt.****NIE – 0pkt.** |
| 22 | Wbudowana przesłona światła do pracy w głębokich kanałach | **TAK** |  |  |
| 23 | Mikroskop wyposażony w kamerę wysokiej rozdzielczości 1xCMOS zintegrowaną we wspólnej obudowie głowicy mikroskopu, umożliwiającą przesłanie obrazu na monitor poglądowy. | **TAK** |  |  |
| 24 | Sterownik kamery umożliwiającyarchiwizację materiału filmowego wrozdzielczości min. 1080p60, format MP4 orazzdjęciowego min. 2 megapixele, format JPEGbezpośrednio poprzez port USB | **TAK** |  |  |
| 25 | Mikroskop wyposażony w dodatkowy system dokumentacji medycznej foto/wideo, posiadający zintegrowany dysk wewnętrzny o pojemności min. 1TB | **TAK, podać** |  |  |
| 26 | Mikroskop wyposażony w dwa monitory dotykowe: jeden o przekątnej min. 26 cale umieszczony na ramieniu z możliwością regulacji położenia i przymocowanym do statywu, służący do wyświetlania obrazu z kamery; drugi będący integralną częścią kolumny mikroskopu umożliwiający pełne sterowanie funkcjami mikroskopu w tym zmianę focus, zoom, natężenia światła | **TAK, podać/opisać** |  |  |
| 27 | Ramię do monitora o długości min.600mm, umożliwiające obrót o kąt min. 180° oraz zmianę nachylenia monitora. | **TAK, podać** |  |  |
| 28 | Mikroskop wyposażony w funkcję wideo Auto Focus | **TAK** |  |  |
| 29 | Podstawa jezdna wyposażona w koła z hamulcami, nie większa niż 700x700mm | **TAK, podać** |  |  |
| 30 | W zestawie z mikroskopem szkła ochronne obiektywu, min.2szt. | **TAK,****podać** |  |  |
| 31 | W zestawie z mikroskopem Wykonawca dostarczy (tzw. „zestaw startowy”), min. 10szt sterylnych osłon do mikroskopu, z asystentem bocznym, szklaną soczewką umieszczoną pod kątem, folią na binokularach zabezpieczoną mocowaniem na rzepy oraz 10szt. sterylnych gumek.***Po wyczerpaniu „zestawu startowego”, Wykonawca zobowiązany jest do sukcesywnych dostaw w/w osłon (tj. ok. 300szt. rocznie) na wezwanie Zamawiającego.*** ***Wymagany termin przydatności dla osłon – min. 12 m-cy od daty dostawy.*** | **TAK, potwierdzić dostawy zgodnie z wymogiem** |  |  |
| **II** | **Pozostałe wymagania – wliczone w cenę oferty:** |
| 1 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | **TAK** |  |  |
| 2 | Pełny serwis w okresie dzierżawy. | **TAK****Podać zakres** |  |  |
| 3 | Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem z obsługi urządzenia personelu medycznego - u Zamawiającego  | **TAK** |  |  |
| 4 | Zalecana przez Producenta częstotliwość wykonywanych przeglądów technicznych w okresie dzierżawy – min. 1x w roku | **TAK****Podać częstotliwość przeglądów** |  |  |
| 5 | Urządzenie zastępcze w przypadku naprawy trwającej powyżej 5 dni –o parametrach nie gorszych niż oferowany bez naliczania z tego tytułu dodatkowych opłat. | **TAK** |  |  |
| 6 | Czas reakcji – przystąpienia do usunięcia awarii od chwili jej zgłoszenia max 48 godz. w dni robocze i 72 godz. w dni wolne i święta. | **TAK, podać** |  |  |
| 7 | Numer kontaktowy z serwisem Wykonawcy. | **TAK****Podać:** nr tel., fax., adres e-mail, dane personalne osoby odpowiedzialnej za serwis; adres punktu/ów serwisowego/ych |  |  |
| **III** | **Dokumenty:**  |
| 1 | Certyfikat CE/Deklaracja zgodności/ Wpis do rejestru w URPLWMiPB (tj. obowiązujące dokumenty dopuszczające przedmiot zamówienia do obrotu na terenie RP) - dla oferowanego asortymentu.**Na potwierdzenie Wykonawca złoży w/w dokumenty na wezwanie Zamawiającego zgodnie z art. 26 ust. 1 ustawy Pzp.** | **TAK, potwierdzić posiadanie** |  |  |
| 2 | Dokumenty serwisowe potwierdzające, że dzierżawiony sprzęt był pod stałą opieką serwisową – dot. sprzętu używanego – **dokumentację Wykonawca dostarczy wraz z dostawą sprzętu.** | **TAK, potwierdzić posiadanie** |  |  |
| 3 | **Do oferty Wykonawca dołączy** katalog i/lub ulotkę informacyjną producenta/ew. specyfikację techniczną, dotyczącą oferowanego urządzenia w języku polskim, ew. angielskim wraz z tłumaczeniem na język polski – dołączone do oferty materiały mają potwierdzać posiadanie parametrów zaoferowanych przez Wykonawcę w niniejszej Ofercie Technicznej. | **TAK, dołączyć** |  |  |

 ……………………………………………………………………

 (podpis Wykonawcy lub upoważnionego przedstawiciela)

……………………., dnia …………………. r.

 (podać miejscowość i datę)