**Załącznik nr 14 do SWZ**

**Załącznik nr 1 do umowy LI.262.3.13.2023**

**FORMULARZ CENOWO –TECHNICZNY - zadanie nr 13**

A. Oferuję dostawę przedmiotu zamówienia za cenę:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Przedmiot zamówienia | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena**  **jednostkowa**  *netto* | **Wartość**  *netto*  *6=4x5* | **Stawka VAT**  *%* | **Cena**  **jednostkowa**  *brutto*  *8=9/4* | **Wartość**  *brutto*  *9=6+7* |
|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| **I** | **Ultraszerokokątny system do obrazowania dna oka z angiografią** | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **Razem cena oferty** | | | | |  | **-** | **-** |  |

**B. Oświadczam, że okres gwarancji na przedmiot zamówienia wynosi……………..miesięcy.**

Oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z niżej wskazanymi parametrami:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ultraszerokokątny system do obrazowania dna oka z angiografią– 1 szt.** | | Typ ………………………....  Model …………………...….  Producent…………………..  Kraj pochodzenia ………….. |
|  | Rok produkcji | 2023 |
|  | Certyfikat CE | |
|  | Możliwość wykonywania zdjęć:  - kolorowych: separacja kanałów: czerwony, zielony, niebieski pozwalająca na uzyskanie naturalnego koloru dna oka  - autofluorescencja niebieska  - autofluorescencja zielona  - bezczerwiennych  - obrazowanie przedniego odcinka oka  - stereo  - moduł angiografii fluorosceinowej | |
|  | Pole widzenia (mierzone ze środka gałki ocznej):  - min. 133° (jedno zdjęcie)  - min. 200° (dwa zdjęcia)  - min. 267° (montaż do 6 zdjęć) | |
|  | Rozdzielczość optyczna zdjęć: min. 7,3 µm | |
|  | Średnica oka badanego | |
|  | Dystans roboczy (obiektyw - oko pacjenta): min. 25mm | |
|  | Czas akwizycji obrazu maks. 0,2 sek. | |
|  | Korekcja refrakcji badanego: - 24D do + 20D, bez dodatkowych soczewek | |
|  | Możliwość wykonania zdjęcia w trybie Non-mydriatic | |
|  | Urządzenie wychylne na bok. Ruch aparatu w kierunku góra-dół, prawo-lewo za pomocą dżojstika | |
|  | Regulowana podpora pod brodę i czoło pacjenta | |
|  | System automatycznego wyostrzania – autofocus | |
|  | Pokrętło manualnego wyostrzania obrazu | |
|  | System automatycznego wysycenia barw obrazu | |
|  | Obserwacja dna oka w podczerwieni | |
|  | Źródło światła:  -czerwone LED, zakres 585-640 nm  -zielone LED, zakres 500-585 nm  -niebieskie LED, zakres 435-500 nm  -dioda laserowa (obserwacja w podczerwieni), 785 nm | |
|  | Narzędzia pomiarowe, pozwalające na wykonanie pomiarów planimetrycznych (odległość, pole powierzchni etc.), uwzględniające korekcję krzywizny dna oka | |
|  | Automatyczne rozpoznawanie oka prawego i lewego | |
|  | Funkcje obróbki zdjęcia: regulacja jasności obrazu, regulacja kontrastu obrazu, powiększanie obrazu | |
|  | Możliwość eksportu danych w formatach DICOM | |
|  | Funkcja migotania fiksatora wewnętrznego | |
|  | Fiksator wewnętrzny w położeniu do plamki, położeniami peryferyjnymi oraz z możliwością jego dowolnego przemieszczania w podglądzie dna oka za pomocą myszki komputerowej lub ekranu dotykowego | |
|  | FA – angiografia fluoresceinowa | |
|  | Oprogramowanie do automatycznego montażu zdjęć tego samego oka wykonanych pod różnymi kątami (w różnych ujęciach) tworzące szerokokątne obrazy panoramicznego dna oka. Baza danych pacjentów i ich wizyt oraz wyników badań | |
|  | Na wyposażeniu urządzenia twardy dysk o pojemności min. 2 TB pozwalający na przechowywanie min. 200 tyś. zdjęć | |
|  | Możliwość rozbudowy urządzenia o ICG w sytuacji wprowadzenia tej funkcjonalności przez producenta. | |
|  | **Informacje dodatkowe** | |
|  | Oferowany sprzęt medyczny musi być kompletny, kompatybilny z akcesoriami, fabrycznie nowy, po instalacji gotowy do użycia zgodnie z jego przeznaczeniem | |
|  | Zamawiający wymaga instalacji i uruchomienia sprzętu | |
|  | **Okres gwarancji min. 24 miesiące** | |
|  | Wykonanie przeglądów serwisowych – wg zaleceń producenta - w trakcie trwania gwarancji (w tym jeden w ostatnim miesiącu gwarancji) | |
|  | Wraz z dostarczonym sprzętem Wykonawca przekaże Instrukcję obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej, paszport techniczny, kartę gwarancyjną oraz wykaz podmiotów upoważnionych przez producenta lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania napraw i przeglądów | |
|  | Szkolenie w zakresie eksploatacji i obsługi sprzętu w miejscu instalacji | |
|  | Częstość przeglądów wymagana przez producenta zgodnie z instrukcją obsługi. | |

C. Oświadczam, że dostarczony Zamawiającemu przedmiot zamówienia spełniać będzie   
właściwe, ustalone w obowiązujących przepisach prawa wymagania odnośnie dopuszczenia do użytkowania w polskich zakładach opieki zdrowotnej.

D. Wykonawca zapewnia, że na potwierdzenie stanu faktycznego, o którym mowa w pkt B  
i C posiada stosowne dokumenty, które zostaną niezwłocznie przekazane zamawiającemu, na jego pisemny wniosek.

|  |  |
| --- | --- |
|  | ………………………………………………  *Imię i nazwisko osoby uprawionej do reprezentowania*  *Wykonawcy* |
|  |  |