## Oznaczenie pozstępowania: DA.ZP.242.75.2018

# PAKIET NR 1 - Załącznik nr 1.1 do SIWZ: Formularz Szczegółowy Oferty

# Przedmiot zamówienia: Dostawa jednorazowych zestawów do operacji zaćmy metodą fakoemulsyfikacji wraz z dzierżawą aparatu.

# Tabela część 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis wyrobu** | | | **Numer katalogowy** | **Wytwórca** | **Ilość**  **zestawów** | **Cena jedn. netto** | **Wartość netto** | **VAT w %** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość brutto** |
| 1. | JAŁOWY, ZBIORCZO ZAPAKOWANY JEDNORAZOWY ZESTAW WSTĘPNIE PRZYGOTOWANYCH (OPAKOWANYCH) MATERIAŁÓW I AKCESORIÓW NIEZBĘDNYCH DO OPERACJI ZAĆMY METODĄ FAKOEMULSYFIKACJI  W skład zestawu wchodzą: | | |  |  | 4 500 zestawów |  | 0,00 zł |  | 0,00 zł | 0,00 zł |
| Lp. | **Skład:** | **Ilość szt w zestawie:** |
|  | kaniula 25G do przedniej komory (zagięta) | 1 szt. |
|  | kaniula do hydrodyssekcji | 1 szt. |
|  | kaniula do hydrodyssekcji 27G | 1 szt. |
|  | obłożenie na stolik 140x140 cm | 1 szt. |
|  | obłożenie pacjenta 140x160 cm z 2 workami odpływowymi | 1 szt. |
|  | osłonka silikonowa na tip 0,9 mm | 1 szt. |
|  | nóż typu Slit 2,8 mm | 1 szt. |
|  | nóż do portów bocznych 1,0 mm | 1 szt. |
|  | kaseta do fakoemulsyfikacji | 1 szt. |
|  | plastikowa osłonka na oko | 1 szt. |
|  | tip do fakoemulsyfikacji 30 st zagięty | 1szt. |
|  | podłokietniki 61x72 cm | 2 szt. |
|  | kubek plastikowy 30 ml | 1 szt. |
|  | sączki 20 cm | 1 szt. |
|  | fartuch L z ręcznikiem | 2 szt. |
|  | fartuch XL | 1 szt. |
|  | igła 19G/25 | 2 szt. |
|  | opatrunek na oko | 1 szt. |
|  | prześcieradło 112x152 cm | 1 szt. |
|  | mikrogąbki | 1 szt. |
|  | gaziki 8x8 cm | 10 szt. |
|  | przylepiec 2,5x13 cm | 1 szt. |
|  | strzykawka 10 ml | 1 szt. |
|  | strzykawka 3 ml LL | 1 szt. |
|  | strzykawka 5 ml z gwitem | 1 szt. |
|  | ręcznik papierowy | 2 szt. |
|  | taca plastikowa 25x13x5 cm | 1 szt. |

Tabela 2

DZIERŻAWA APARATU

Czynsz dzierżawy musi uwzględniać: koszt napraw i serwisu, a także wszystkich innych usług związanych z dzierżawą zestawu np. koszt przeglądów serwisowych (przeprowadzanych nie rzadziej niż wg harmonogramu wynikającego z zaleceń producenta urządzenia, wartość kosztów robocizny i dojazdów pracowników serwisu.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa handlowa przedmiotu dzierżawy\*)** | **Typ** | **Producent** | **Cena jednostkowa brutto dzierżawionego urządzenia** | **Cena czynszu netto**  **za 1 m-c dzierżawy** | **Cena czynszu brutto**  **za 1 m-c dzierżawy** | **Wartość całkowita netto**  **dzierżawy**  **za 36 m-cy** | **Stawka VAT**  **(%)** | **Wartość całkowita brutto**  **dzierżawy**  **za 36 m-cy** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**SZCZEGÓŁOWY OPIS OFEROWANEGO APARATU**

*Wykonawca sporządzi dokument wg poniższego wzoru:*

* nazwa aparatu:........................................................................................................
* typ: .........................................................................................................................
* producent: ..............................................................................................................
* rok produkcji: .........................................................................................................
* wartość analizatora: ...............................................................................................

*Oświadczam, że wyżej wymieniony analizator, spełnia wszystkie wymagania Zamawiającego, określone poniżej:*

**Parametry graniczne – wymagania dotyczące aparatu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane** | **Szczegółowy opis oferowanych parametrów**  **(należy szczegółowo opisać )** |
|  | Głowica z 4-kryształowym elementem piezoelektrycznym |  |
|  | Głowica umożliwiająca oprócz pracy z tradycyjnymi ultradźwiękami (o kierunku przód tył) pracę z ultradźwiękami skrętnymi (oscylacje tipa w kierunku poprzecznym do głównej osi głowicy). Ruch oscylacyjny niezależny od ruchów wzdłużnych z możliwością całkowitego wyłaczenia ruchów wzdłużnych przy zachowaniu ruchów poprzecznych. |  |
|  | Tryb fako pulsacyjnego do minimum 100 pulsów/sek |  |
|  | Podciśnienie przy I/A do min. 600 mmHg |  |
|  | Praca z kontrolą liniową mocy w trybie fako ciągłego, pulsacyjnego, burst |  |
|  | W trybie burst możliwość jednoczasowej kontroli: mocy, ultradźwięków i przerw pomiędzy wiązkami energii ultradźwiękowej |  |
|  | Diatermia zintegrowana z aparatem |  |
|  | Refluks |  |
|  | Sterownik nożny z regulacją zakresu poszczególnych pozycji programowanych z konsoli |  |
|  | Możliwość programowania wysokości statywu kroplówki |  |
|  | Zintegrowana taca o regulowanej wysokości |  |
|  | Zintegrowany statyw kroplówki z podstawą jezdną |  |
|  | Tipy do fakoemulsyfikacji o średnicy 0,9 mm lub mniejszej - tzw. mikrotipy |  |
|  | Podciśnienie przy fakoemulsyfikacji do min. 600 mmHg |  |
|  | Sygnalizacja parametrów pracy i stanów alarmowych (czytelne komunikaty) |  |
|  | Komunikacja aparatu z użytkownikiem (w tym werbalna i komunikaty na ekranie) w języku polskim |  |
|  | Zasilanie 230-240V/ 50-60 Hz |  |
|  | Pneumatyczny napęd noża do witrektomii |  |
|  | Możliwość pracy pneumatycznego noża do witrektomii z prędkością min. 800 cięć/min |  |
|  | Aparat nie starszy niż 2008 rok |  |
| ***Konfiguracja aparatu do fakulsyfikacji zaćmy:*** | | |
| 1 | Konsola Aparatu – 1 szt |  |
| 2. | Przełącznik nożny 1 szt |  |
| 3. | Instrukcja obsługi – 1 szt |  |
| 4. | Pilot zdalnego sterowania – 1 szt |  |
| 5. | Pokrowiec – 1 szt |  |
| 6. | Karta Pamięci – 1 szt |  |
| 7. | Głowica do fakoemulsyfikacji – 3 szt |  |
| 8. | Pęseta diatermiczna – zagięta – 2 szt |  |
| 9. | Przewód do diatermii wielokrotnego użycia – 2 szt |  |
| 10. | Głowica koaksjalna do Irygacji/Aspiracji – 3 szt |  |
| 11. | Wielorazowy tip do Irygacji/aspiracji – 3 szt |  |
| 12. | Kluczyk do odkręcania Tipów – 2 szt |  |

*Uwaga: Jeżeli oferowany sprzęt nie spełnia wszystkich parametrów granicznych oferta zostanie odrzucona bez dalszej oceny.*

Oświadczamy, że oferowany powyżej wyspecyfikowany aparat do fakoemulsyfikacji jest kompatybilny i będzie gotowy do użytkowania bez dodatkowych zakupów i inwestycji.

**Tabela 3**

# Wartość do oceny całego pakietu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr tabeli** | **Wartość:** | **Słownie:** |
| Tabela 1 | **netto:** |  |
| **brutto** |  |
| Tabela 2 | **netto:** |  |
| **brutto** |  |
| **Razem** |  |  |

............................. dnia ......................... .............................................................................

/ podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy/