

Pieszycy, 08 sierpnia 2019 roku

Nr sprawy ZP 02/8/2019

Dotyczy postępowania przetargowego w trybie przetargu nieograniczonego na: Dostawa okulistycznego optycznego tomografu

**INFORMACJA DLA WYKONAWCÓW O  
ZMIANIE SIWZ**

Zamawiający w SIWZ zmienia w załączniku nr 1 – *Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia* brzmienie pkt. 3 ppkt 21 tabeli oraz skreśla ppkt 46,47,49,50 w tabeli:

Lp	Wymagany parametr / cecha
21.	Oprogramowanie w języku polskim lub angielskim.
46.	Obrazowanie AngioFlow o szerokości min. 10 mm.
47.	Obszar pomiaru AngioFlow min. 8x8 mm
49.	Tworzenie mapy gęstości przepływu krwi w naczyniach w obrębie plamki w rozmiarze min 6x6 mm
50.	Narzędzia do pomiaru przepływu oraz braku przepływu w naczyniach

Ponadto Zamawiający informuje o zmianie wzoru Formularza oferty – zał. nr 2 do SIWZ.

DYREKTORA  
SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO  
ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ  
Przychodnia Miejska w Pieszycach

*Monika Szulc*  
Szulc Stawik

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Przychodnia Miejska w Pieszycach  
58-250 Pieszycy, ul. Królowej Jadwigi 1  
tel. 74 838-53-62, fax 74 838-72-27  
NIP 882-18-47-960 • REGON 891100480



**OFERTA**  
**DLA SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ**  
**PRZYCHODNIA MIEJSKA W PIESZYCACH SKŁADANA W POSTĘPOWANIU O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**  
**PUBLICZNEGO POD NAZWĄ**

***Dostawa okulistycznego optycznego tomografu.***

1. **WYKONAWCA** - należy podać:

NAZWĘ WYKONAWCY:

NIP/PESEL:

REGON:

ADRES:

WOJEWÓDZTWO:

TEL.:

E-MAIL:

adres do korespondencji jeżeli inny niż podany wyżej:.....

Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem<sup>1</sup>:

TAK

NIE

2. Przedkładając ofertę oświadczam / y, że znany jest mi / nam zakres przedmiotu zamówienia, zrealizuję / zrealizujemy zamówienie zgodnie z wszystkimi warunkami zawartymi w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia oraz akceptuję / my w wszystkie warunki zawarte w dokumentacji przetargowej jako wyłączną podstawę postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, oświadczamy, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia wszystkie wymogi/warunki wskazane w SIWZ oraz oferuję / my:

a) wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę brutto .....złotych  
 (słownie:.....) zawierająca  
 w sobie podatek VAT w wysokości ..... %, co stanowi kwotę ..... PLN (słownie  
 ..... PLN) kwota netto:  
 ..... PLN tj. za:

- a) urządzenie, które spełnia wszystkie wymogi/warunki/parametry wskazane w SIWZ:

Dane ogólne – Unit stomatologiczny		
Pełna nazwa:	Podać	
Producent:	Podać	
Kraj pochodzenia:	Podać	
Rok produkcji	Podać	

Lp	Wymagany parametr / cecha	Parametr Oferowany – wypełnia Wykonawca <sup>2</sup>
1.	Tomograf fabrycznie nowy wraz z przystawką do badania przedniego odcinka oka	
2.	Stolik elektro-mechaniczny pod tomograf i komputer sterujący tomografem	
3.	Zewnętrzny komputer klasy PC, zewnętrzny monitor LCD min. 21", drukarka laserowa - kolorowa	
4.	Technologia pomiaru - spektralna	
5.	Częstotliwość skanowania min. 70 000 A-skanów/sek.	Podać parametr

<sup>1</sup> Wybrać właściwe, poprzez zaznaczenie odpowiedniego pola symbolem X;

<sup>2</sup> Należy wpisać słowo „TAK” w przypadku spełnienia określonego w wierszu wymogu funkcjonalnego lub słowo „NIE” w przypadku niespełnienia warunku albo podać parametr.

6.	Rozdzielczość osiowa tomografu - nie gorsza niż 3 $\mu$ m	<i>Podać parametr</i>
7.	Maksymalna głębokość skanowania - o najmniej 3mm	<i>Podać parametr</i>
8.	Maksymalna szerokość skanowania - B-skan - co najmniej 12mm	<i>Podać parametr</i>
9.	Możliwość regulacji szerokości B-skanu w zakresie min. od 2 do 12mm	<i>Podać parametr</i>
10.	Minimalna średnica źrenicy badanego pacjenta - nie większa niż 2.5mm	<i>Podać parametr</i>
11.	Funkcja AUTOFOCUS – system automatycznej kompensacji wady wzroku badanego pacjenta	<i>Podać parametr</i>
12.	Zakres automatycznej kompensacji wady wzroku badanego pacjenta min. od -15D do +20D	<i>Podać parametr</i>
13.	Obraz dna oka realizowany przez kamerę CCD lub skaningowy oftalmoskop laserowy SLO lub fundus kamerę	<i>Podać parametr</i>
14.	Funkcja TRACKING automatycznego śledzenia i kompensacji ruchów gałki ocznej w trakcie skanowania	
15.	Zakres ilości uśrednianych B-Scanów min. od 1 do 250	<i>Podać parametr</i>
16.	Funkcja FOLLOW-UP powtórzenia w tym samym miejscu skanów wykonanych w trakcie kolejnych wizyt	
17.	Funkcja porównania skanów wykonanych w tym samym miejscu w trakcie kolejnych wizyt	
18.	Możliwość zmiany położenia i kąta pojedynczego skanu oraz położenia obszaru skanowania zespołu skanów widocznych w oknie podglądu dna oka za pomocą klawiatury lub myszki komputerowej	
19.	Możliwość zmiany położenia wewnętrznego punktu fiksacyjnego za pomocą klawiatury lub myszki komputerowej	
20.	Tworzenie grup (ze względu na rozpoznanie, lekarza prowadzącego itp. ) w bazie danych pacjentów	
21.	Oprogramowanie w języku polskim lub angielskim	<i>Podać parametr</i>
22.	Analiza przekrojów siatkówki	
23.	Certyfikowana normatywna baza danych dla grubości siatkówki	
24.	Analiza i raport progresji (zmian w czasie) - min. 6 badań	<i>Podać parametr</i>
25.	Analiza i raport asymetrii oczu dla grubości siatkówki	
26.	Możliwość wizualizacji siatkówki w systemie 3D o obszarze: min 12mm x 9mm przy rozdzielczości nie gorszej niż 37 $\mu$ m	<i>Podać parametr</i>
27.	Ilość B-Scanów na skan 3D siatkówki min. 320	<i>Podać parametr</i>
28.	Możliwość pomiaru objętości dowolnego obszaru siatkówki oraz pomiaru objętości siatkówki o grubości większej od zadanej	
29.	Mapy deformacji warstwy barwnikowej RPE z automatycznym podaniem wartości odchyień od referencyjnego kształtu RPE	
30.	Możliwość obrazowania i pomiaru grubości naczyniówki	
31.	Analiza grubości Warstwy Włókien Nerwowych (RNFL) i tarczy nerwu wzrokowego	
32.	Analiza i raport asymetrii oczu dla grubości Warstwy Włókien Nerwowych (RNFL) z podziałem na co najmniej 8 równych sektorów i odniesieniem do bazy normatywnej	<i>Podać parametr</i>
33.	Certyfikowana normatywna baza danych dla grubości RNFL	
34.	Analiza grubości Zespołu Komórek Zwojowych (GCC)	<i>Podać parametr</i>
35.	Certyfikowana normatywna baza danych dla grubości GCC	
36.	Pomiar parametrów tarczy: powierzchnie DISC, CUP i RIM oraz współczynniki C/D, C/D poziomo i C/D pionowo	
37.	Możliwość automatycznego lub manualnego obrysowywania tarczy nerwu	
38.	Analiza i raport progresji oraz trendu (zmian w czasie)	
39.	Pachymetria bezkontaktowa z automatycznym wyznaczaniem mapy grubości rogówki o średnicy min. 6mm i najcieńszego miejsca rogówki. Pachymetria	<i>Podać parametr</i>

	bezkontaktowa z automatycznym wyznaczaniem mapy grubości rogówki o średnicy min. 6mm i najcieńszego miejsca rogówki	
40.	Możliwość obrazowania i pomiaru kąta przesłania	
41.	Możliwość obrazowania i pomiaru menisku łzowego	
42.	Analiza stożka rogówki	
43.	Możliwość wizualizacji rogówki w systemie 3D	
44.	Nieinwazyjne obrazowanie funkcji mikrokrążenia AngioFlow	
45.	Wykorzystanie metody SSADA do pomiaru mikrokrążenia AngioFlow	
48.	Rozdzielczość AngioFlow nie gorsza niż 15µm dla obszary 6x6 mm	<i>Podać parametr</i>
49.	Automatyczna segmentacja warstw krążenia na min 4 warstwy	<i>Podać parametr</i>
50.	Funkcja TRACKING w skanach poziomych oraz pionowych AngioOCT	
51.	Przeglądy w okresie trwania gwarancji bezpłatne, wykonywane przez Dostawcę	
52.	Gwarantowana dostępność części zamiennych minimum 10 lat po ustaniu gwarancji	
53.	Autoryzowany przez producenta serwis gwarancyjny i pogwarancyjny prowadzony przez Oferenta lub inny podmiot na terenie kraju	

b) okres gwarancji ..... m-c.

3. Oświadczam / y, że zapoznałem / zapoznaliśmy się ze SIWZ wraz z wprowadzonymi do niej zmianami (w przypadku wprowadzenia ich przez Zamawiającego), nie wnoszę / wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyłem / zdobyliśmy konieczne informacje, potrzebne do właściwego przygotowania oferty.
4. Oświadczam / y, że spełniamy wszystkie wymagania zawarte w SIWZ.
5. Oświadczam / y, że zawarty w SIWZ projekt umowy stanowiący załącznik nr 6 do SIWZ akceptuje / my bez zastrzeżeń i zobowiązuję / my się w przypadku wyboru mojej / naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
6. Oświadczam / y, że uważam / y się za związanych z niniejszą ofertą na czas wskazany w SIWZ tzn. przez 30 dni od upływu terminu składania ofert.
7. Wyrażam / y zgodę na warunki płatności podane we wzorze umowy stanowiącym załącznik nr 6 do SIWZ oraz zobowiązuję / my się zrealizować zamówienie w terminie określonym w SIWZ i niniejszym załączniku do SIWZ.
8. Oświadczam / y, że załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny aktualny na dzień otwarcia ofert.
9. Osoba/y wyznaczona/e do współpracy z Zamawiającym przy realizacji umowy (tel., fax, e-mail):  
.....
10. Jako załączniki będące integralną częścią oferty, a wynikające ze SIWZ, załączam / y wszystkie wymagane dokumenty i oświadczenia:
  - 1) wypełniony formularz oferty wg załącznika Nr ..... do SIWZ;
  - 2) wypełnione i podpisane oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu oraz braku podstaw do wykluczenia wg załącznika ..... do SIWZ;
  - 3) pełnomocnictwo lub inny dokument określający zakres umocowania do reprezentowania Wykonawcy, o ile ofertę składa pełnomocnik Wykonawcy;
  - 4) .....

Ofertę sporządzono dnia .....

.....  
*Podpis czytelny (lub nieczytelny wraz z pieczętką imienną) osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do występowania w obrocie*

*prawnym lub posiadających pełnomocnictwo*