15.07.2020 r.

**ZAPYTANIE OFERTOWE**

**o zamówieniu i dostawie niezbędnego do realizacji badań zintegrowanego urządzenia medycznego z eye trackerem, przeznaczonego do komunikacji dla osób niepełnosprawnych**

**pt.”** **Język ucieleśniony w niepełnosprawnym ciele.”**

**WPs/152/2020/AK**

**1. ZAMAWIAJĄCY**

|  |  |
| --- | --- |
| Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego  ul. Stawki 5/7, 00-183 Warszawa | |
| REGON 24000001258  NIP: 525-001-12-66  fax (22) 635-79-91  www.psych.uw.edu.pl  e-mail: sekog@psych.uw.edu.pl | Osoba do kontaktów w sprawie zapytania:  Agnieszka Maryniak  e-mail: agnieszka.maryniak@psych.uw.edu.pl |

**2. ZAKRES ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem zamówienia jest zakup i dostawa medycznego urządzenia z eye trackerem do komunikacji pozawerbalnej wyposażone w okulograf i matrycę dotykową wraz z mobilną stopką przeznaczone do badania osób niepełnosprawnych – 1 szt.

Lokalizacja realizacji: Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, ul. Stawki 5/7, 00-183 Warszawa.

**Kod CPV 33197000-7 – Medyczne urządzenia komputerowe**

**Opis przedmiotu zamówienia:**

* + - 1. Specyfikacja sprzętu:

Zintegrowane medyczne urządzenie z eye tracker monitorujące pracę gałek ocznych posiadające:

1. certyfikat urządzenia medycznego klasy pierwszej (na całe urządzenie),
2. program, który nie będzie potrzebował do działania innych niezbędnych dodatkowych programów, oprócz tego który jest w urządzeniu,
3. możliwość dodawania osób badanych do bazy danych urządzenia i zapisu wyników na indywidualnych kontach pacjentów,
4. moduły: oceny stanu neurologicznego, neurorehabilitacji oraz komunikacji alternatywnej,
5. chłodzenie pasywne (wewnątrz budowy nie może posiadać żadnego wentylatora,
6. wielkość ekranu 19,5 cala.
7. urządzenie nowe na gwarancji min. 24 miesiące. Gwarancja udzielona zostanie na okres gwarancji wskazany w ofercie wyrażony w miesiącach kalendarzowych. Okres gwarancji stanowi jedno z kryteriów oceny ofert. Za dokument gwarancyjny uznaje się dokument umowy zawartej w wyniku wyboru oferty złożonej na skutek niniejszego zapytania lub inny odpowiedni dokument dostarczony przez wykonawcę najpóźniej w dniu zawarcia umowy.
8. Zamawiający wymaga, aby dostarczony sprzęt był fabrycznie nowy, znajdował się w stanie nieuszkodzonym, techniczne sprawnym i był wolny od wad.

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia stanowi OPZ.

1. **TERMIN REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

Zakładany termin realizacji zamówienia: **14 dni od dnia zawarcia umowy.**

1. **WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**
2. O udzielenie zamówienia mogą ubiegać się wszyscy Wykonawcy, którzy:

* prowadzą działalność gospodarczą w zakresie świadczenia dostaw/usług uprawniających do wykonania zadania, posiadają kompletny wpis w wykazie podmiotów zarejestrowanych jako podatnicy VAT (biała lista podatników VAT),
* dysponują potencjałem ludzkim zdolnym do wykonania zamówienia,
* posiadają sytuację ekonomiczną i finansową pozwalającą na realizację zamówienia,
* przedstawią w wyznaczonym terminie kompletną i podpisaną ofertę.

1. Ocena spełniania warunków udziału w postępowaniu nastąpi na podstawie oświadczeń złożonych przez Wykonawcę wraz z formularzem ofertowym.
2. Wykonawca wraz z ofertą złoży formularz - oświadczenie dot. spełnienia przez oferenta wszystkich wymaganych parametrów (TAK/NIE). W formularzu Wykonawca poda informacje dotyczące oferowanego sprzętu: nazwę firmy producenta sprzętu oraz oznaczenia identyfikacyjne określające oferowany sprzęt w sposób jednoznaczny i nie budzący wątpliwości, w tym markę, typ, model sprzętu (jeśli występują). W przypadku nie podania przez Wykonawcę żądanych danych dotyczących oferowanego sprzętu, oferta zostanie odrzucona.

**6. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY**

1. Ofertę należy sporządzić zgodnie z załączonym do zapytania formularzem ofertowym.
2. Nie dopuszcza się składania ofert wariantowych oraz częściowych.
3. Zaoferowana w ofercie cena brutto musi uwzględniać wszelkie koszty i opłaty związane z realizacją przedmiotu zamówienia (tj. koszt transportu, uruchomienia, gwarancji itd.)
4. Termin ważności oferty powinien wynosić minimum 30 dni.
5. Zamawiający zastrzega sobie prawo do pozostawienia bez rozpatrzenia oferty niezgodnej z wymogami niniejszego zapytania, tj. nie spełniającej wymagań formalnych lub merytorycznych. W przypadku zaistnienia powyższej okoliczności Oferentom nie przysługują żadne roszczenia w stosunku do Zamawiającego.
6. W toku badania i oceny ofert Zamawiający zastrzega sobie prawo do wezwania Oferenta do uzupełnienia braków, korekty błędów lub wyjaśnień treści złożonych ofert. W powyższym celu Zamawiający wyznaczy zakres wymaganych korekt i/lub uzupełnień oraz odpowiedni termin na ich dokonanie. Niedotrzymanie tego terminu będzie skutkować odrzuceniem oferty.
7. Zamawiający zastrzega sobie prawo do odstąpienia od procedury wyboru oferenta, unieważnienia postępowania ofertowego, uznania, że postępowanie ofertowe nie dało rezultatu.

Ofertę należy przesłać w formie skanu podpisanego formularza ofertowego na adres: [zamowienia@psych.uw.edu.pl](about:blank); oraz; agnieszka.maryniak@psych.uw.edu.pl

w nieprzekraczalnym terminie do dnia 27.07.2020 do godziny 15:00.

1. **OCENA OFERT**
2. Ocenie poddane zostaną tylko te oferty, które zawierają wszystkie elementy wymienione w pkt. 4.
3. Przy wyborze ofert Zamawiający będzie się kierował następującymi kryteriami:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Kryterium | Waga |
| a | Cena zamówienia brutto | 60 |
| b | Okres gwarancji w miesiącach przedmiotu zamówienia | 40 |
|  | RAZEM | 100 |

OPIS SPOSOBU PRZYZNAWANIA PUNKTÓW:

1. **Cena /C/**

Kryterium temu zostaje przypisana liczba 60 punktów. Ilość punktów poszczególnym wykonawcom za kryterium, przyznawana będzie według poniższej zasady:

Oferta o najniższej cenie otrzyma 60 punktów.

Pozostałe oferty – ilość punktów wyliczona wg wzoru:

***cena najniższa***

***Ci = ------------------------------- x 60 pkt***

***cena oferty badanej***

i - numer oferty badanej

Ci - liczba punktów za kryterium „**CENA**” (oferty badanej)

cena oferty – cena brutto z **OFERTY**.

Cena oferty (zarówno cena brutto, jak i cena netto) powinna zawierać wszystkie koszty niezbędne dla wykonania Przedmiotu Zamówienia wraz z dostawą.

1. **Okres gwarancji w miesiącach przedmiotu zamówienia:**

Okres gwarancji 24 miesięcy 0 pkt.

Okres gwarancji 25-35 miesięcy 20 pkt.

Okres gwarancji 36 miesięcy i więcej 40 pkt.

Punkty wyliczone będą w oparciu o wzór matematyczny S = C + G,

Gdzie poszczególne symbole oznaczają:

S – suma uzyskanych punktów,

C – punkty za łączną cenę brutto,

G – punkty za okres gwarancji.

**8. DODATKOWE INFORMACJE**

1. Do realizacji zostanie wybrana oferta, która uzyska największą liczbę punktów.
2. Informacja na temat wyników wyboru oferty zostanie przekazana Oferentowi drogą elektroniczną.
3. Zamawiający zastrzega sobie możliwość negocjacji szczegółowych warunków realizacji umowy z najlepszymi Oferentami.
4. Zamawiający zastrzega sobie prawo do nie wybrania żadnego Wykonawcy. Zamawiający zastrzega sobie prawo do pozostawienia bez rozpatrzenia oferty niezgodnej z wymogami niniejszego zapytania, tj. nie spełniającej wymagań formalnych lub merytorycznych. W przypadku zaistnienia powyższej okoliczności Oferentom nie przysługują żadne roszczenia w stosunku do Zamawiającego.
5. W toku badania i oceny ofert Zamawiający zastrzega sobie prawo do wezwania Oferenta do uzupełnienia braków, korekty błędów lub wyjaśnień treści złożonych ofert. W powyższym celu Zamawiający wyznaczy zakres wymaganych korekt i/lub uzupełnień oraz odpowiedni termin na ich dokonanie. Niedotrzymanie tego terminu będzie skutkować odrzuceniem oferty.
6. Zamawiający zastrzega sobie prawo do odstąpienia od procedury wyboru oferenta, unieważnienia postępowania ofertowego, uznania, że postępowanie ofertowe nie dało rezultatu.

Załączniki:

Formularz ofertowy

Miejscowość ……………………… data…………………

Nazwa Oferenta (Sprzedawcy):……………………………………………

Adres siedziby: ………………………………………….

NIP, REGON: ……………………………………

Tel. ………………….……..., e-mail ……………………………..

**FORMULARZ OFERTOWY**

**o zamówieniu niezbędnego do realizacji badań zintegrowanego urządzenia medycznego z eye trackerem, przeznaczonego do komunikacji dla osób niepełnosprawnych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kryterium** | **Wartość netto** | **Podatek VAT** | **Wartość brutto** |
| 1. Cena zamówienia | \_ \_ \_ \_ \_,\_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_,\_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_,\_ \_ |
| 1. Okres gwarancji w miesiącach przedmiotu zamówienia | …………………….miesięcy | | |

Nazwa firmy producenta sprzętu: …………………………………

Oznaczenie indentyfikacyjne określające oferowany sprzęt oraz oznaczenia identyfikacyjne określające oferowany sprzęt w sposób jednoznaczny i nie budzący wątpliwości, ,w tym markę, typ, model sprzętu (jeśli występują)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Parametry techniczne wymagane dla oferowanego przedmiotu zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia o następujących parametrach, zgodnie z poniższym opisem:** |
| NAZWA:  Urządzenie medyczne monitorujące pracę gałek ocznych tzw.  System do wsparcia oceny neuropsychologicznej, terapii poznawczej i komunikacji pozawerbalnej, oparty na technologii śledzenia wzroku | | UWAGA: Należy wypełnić każde pole (TAK lub NIE) poniżej | |
|  | System do komunikacji pozawerbalnej wyposażony w okulograf i matrycę dotykową, w skład którego wchodzą: zintegrowane urządzenie (jednostka obliczeniowa, okulograf) + specjalistyczne (preinstalowane) oprogramowanie pracujące w trybie bezobsługowym (bez konieczności wyłączenia oprogramowania i przejścia do systemu operacyjnego, bez konieczności obsługi okulografu za pomocą odrębnego oprogramowania). | TAK/NIE |
|  | Mobilna stopka dla urządzenia umożliwiająca jego ustawienie na biurku i stole. | TAK/NIE |
|  | Certyfikat wyrobu medycznego dla zintegrowanego urządzenia (jedno urządzenie, na które składa się: jednostka obliczeniowa, okulograf i preinstalowane oprogramowanie pracujące w trybie bezobsługowym) – min. klasa I | TAK/NIE |
| Ocena stanu neurologicznego pacjenta | | | |
| 1. | Badanie zmysłów komunikacji, w tym możliwość badania ograniczonego zakresu widzenia wraz z wizualizacją tego deficytu i automatycznym zapisywaniem wyników odrębnie dla każdego pacjenta. | TAK/NIE |
| 2. | Badanie funkcji poznawczych, min. w następującym zakresie:   * badanie funkcji językowych (min. 1 zadanie dedykowane sprawdzaniu rozumienia pojedynczych słów, rozumienia prostych zdań, czytania wyrazów ze zrozumieniem) * badanie funkcji wzrokowo-przestrzennych (min. 1 zadanie dedykowane sprawdzaniu rozpoznawania obiektów, percepcji rozmiarów, percepcji kolorów) * badanie pamięci (min. 1 zadanie dedykowane sprawdzaniu pamięci semantycznej, pamięci materiału wzrokowego) * badanie myślenia i wyobraźnie (min. 1 zadanie dedykowane sprawdzaniu myślenia przyczynowo skutkowego, klasyfikacji obiektów) * badanie kompetencji komunikacyjnych | TAK/NIE |
| 3. | Ocena stanu emocjonalnego | TAK/NIE |
|  | Zaimplementowany test świadomości, zwalidowany i wykorzystywany również przez inne placówki opieki zdrowotnej, min. w Polsce | TAK/NIE |
| Neurorehabilitacja | | | |
| 1. | Ćwiczenie funkcji językowych, w tym min. dedykowane ćwiczenia na rozumienie skomplikowanych zdań, czytanie zdań ze zrozumieniem, ćwiczenie słuchu fonematycznego, umiejętność pisania. | TAK/NIE |
| 2. | Ćwiczenie funkcji wzrokowo-przestrzennych, w tym min. dedykowane ćwiczenia na percepcję struktury przedmiotu, wyszukiwanie różnic między obrazkami, synteza obrazka. | TAK/NIE |
| 3. | Ćwiczenie pamięci, w tym min. dedykowane ćwiczenia na pamięć operacyjną, orientacja w czasie, odtwarzanie sekwencji obrazków wg kolejności ekspozycji. | TAK/NIE |
| 4. | Ćwiczenie myślenia, w tym min. dedykowane ćwiczenia na ćwiczenie kojarzenia, zadania matematyczne. | TAK/NIE |
|  | Ćwiczenie umiejętności komunikacyjnych, w tym min. dedykowane ćwiczenia na ćwiczenie zdolności osiągania założonego przez siebie celu wypowiedzi, wyrażanie potrzeb. | TAK/NIE |
|  | Zestaw ćwiczeń przeznaczonych do stymulacji i terapii dzieci pozbawionych możliwości komunikacji, z poważnymi deficytami intelektualnymi (ćwiczenia bazujące na animacjach interaktywnych), w tym ćwiczenia lateralizacji, takie jak multimedialna ósemka kinezjologiczna | TAK/NIE |
| Komunikacja i rozrywka | | | |
| 1. | Wirtualne klawiatury | TAK/NIE |
| 2. | Piktogramy | TAK/NIE |
| 3. | Komunikacja codzienna | TAK/NIE |
| 4. | Stymulacja wzroku | TAK/NIE |
| 5. | Quiz wiedzy ogólnej (zawierający min. 450 różnych pytań) | TAK/NIE |
| 6. | Odtwarzacz muzyki | TAK/NIE |
| 7. | Czytnik plików tekstowych i obrazków | TAK/NIE |
| Elektroniczna rejestracja i wizualizacja wyników | | | |
| 1. | Automatyczne zapisywanie wyników zadań i ćwiczeń odrębnie dla każdego pacjenta | TAK/NIE |
| 2. | Eksport wyników do pliku PDF, PNG i CSV | TAK/NIE |
| 3. | Możliwość kopiowania na zewnętrzny pendrive | TAK/NIE |
| 4. | Możliwość wyświetlenia wyników w postaci tabel i wykresów | TAK/NIE |
| Moduł zdalnej obsługi zadań | | | |
| 1. | Możliwość bezdotykowej obsługi systemu za pomocą pilota (przełączanie przypadków testowych w zadaniach) | TAK/NIE |
| Zakres licencji | | | |
| 1. | Nieograniczona liczba pacjentów | TAK/NIE |
| 2. | Licencja nieograniczona czasowo | TAK/NIE |
| Tryby pracy | | | |
| 1. | Dwuoczny | TAK/NIE |
| 2. | Jednooczny | TAK/NIE |
| Technologia śledzenia wzroku | |  |
| 1. | Rozdzielczość kątowa: min. 0,5o | TAK/NIE |
| 2. | Rozdzielczość czasowa: min. 30 Hz | TAK/NIE |
| Wybrane parametry | | | |
| 1. | Wybór sposobu wyświetlania treści na ekranie urządzenia dostosowany do deficytu wzrokowego użytkownika (możliwa interakcja wzrokowa z wszystkimi prezentowanymi, aktywnymi treściami, mimo ograniczonego zakresu widzenia). Parametr zapisywany odrębnie dla każdego pacjenta. | TAK/NIE |
| 2. | Możliwość obiektywizacji odpowiedzi pacjenta (mieszanie dostępnych odpowiedzi w zadaniach) | TAK/NIE |
| 3. | Możliwość włączania / wyłączania trybu sterowania wzrokowego za pomocą pilota w zadaniach i ćwiczeniach. | TAK/NIE |
| 4. | Tworzenie indywidualnych kont użytkowników (kart / profili pacjenta) – zapis wyników + personalizacja ustawień systemu | TAK/NIE |
| 5. | Pasywne chłodzenie jednostki obliczeniowej | TAK/NIE |
| 6. | Przekątna ekranu min. 19” | TAK/NIE |
|  | Ekran dotykowy | TAK/NIE |
| Pozostałe wymagania | | | |
| 1. | Edytor treści multimedialnych (możliwość tworzenia własnych prezentacji, treści terapeutycznych) | TAK/NIE |
| 2. | Sprzęt gotowy do użytku (komplet akcesoriów) bez dodatkowych inwestycji ze strony Zamawiającego | TAK/NIE |
| 3. | Instrukcja pisemna w jęz. polskim dostarczona wraz ze sprzętem | TAK/NIE |

Oświadczam, że:

* zapoznałem(am) się z treścią zapytania i w całości akceptuję/-my jej treść,
* uważam się za związanego(ą) ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert,
* posiadam odpowiednie zaplecze kadrowe i techniczne, umożliwiające realizację usługi, stanowiącej przedmiot niniejszego Zapytania ofertowego,
* posiadam sytuację ekonomiczną i finansową pozwalającą na realizację zlecenia,
* w przypadku wyboru naszej oferty, jako najkorzystniejszej zobowiązuję/emy się do zawarcia pisemnej umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
* zaoferowany przez nas przedmiot zamówienia spełnia wszystkie wymagania zamawiającego,
* oświadczam, że nie posiadam powiązań kapitałowych lub osobowych z Zamawiającym\*.

\*Przez powiązania kapitałowe lub osobowe, o których mowa powyżej, rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy, a wykonawcą, polegające w szczególności na:

1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
2. posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji,
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

*......................................*

*podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta*