**Załącznik nr 4 do SIWZ - Zestawienie asortymentowo - ilościowe i zestawienie parametrów wymaganych**

………………………….

Pieczątka Wykonawcy

**Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na *dostawę testów do diagnostyki alergii i nietolerancji pokarmowej wraz z najmem sprzętu laboratoryjnego*** *oraz* ***dostawę żeli do rozdziału elektroforetycznego surowicy krwi wraz z najmem sprzętu do analizy dla Szpitala Wojewódzkiego im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży****,* ***znak sprawy: ZT-SZP-226/01/43/2020***

**OFERUJEMY:**

**Pakiet 1**

**Kompletne zestawy diagnostyczne do ilościowej i półilościowej oceny w surowicy krwi swoistych przeciwciał klasy IgE przeciwko alergenom oraz testy nietolerancji pokarmowej IgG-zależne na okres 2 lat.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa testu** | **Nr katalogowy** | **Ilość testów na 2 lata** | **Ilość opakowań oferowana\*\*** | **Cena jednostkowa netto 1 op.** | **Vat%** | **Cena jednostkowa brutto 1 op.** |  **Koszt badania jednego pacjenta\*** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** |
| 1 | Profil pediatryczny/atopowy (25-30 alergenów)m.in. alergeny zwierzęce, jaja, zboża, mleko |  | **640** |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Profil wziewny(20 alergenów) m. in. olcha, brzoza, trawy, zioła, pleśnie, |  | **120** |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Profil pokarmowy(20 alergenów) m. in. mleko, jaja, orzechy, owoce, warzywa |  | **160** |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Profil atopowy (20 alergenów) m. in. mleko, białko, jaja, soja, mąka, roztocza kurzu, pleśnie  |  | **30** |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Profil –jady owadów |  | **30** |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Profil pokarmowy ( 10 alergenów) m.in. kakao, mleko, żółtko jaja, wołowina, kurczak, owoce, glutaminian, a**) nabiał i orzechy****b) mąka i mięso****c) owoce** |  | **250****w tym:**1606030 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Profil wziewny/oddechowy (10 alergenów)m. in. pióra-mix, roztocza, pleśnie, odchody gołębi |  | **120** |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Profil- Mleko |  | **80** |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Profil atopowy min.36 alergenów |  | **30** |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Testy nietolerancji pokarmowej IgG-zależne ( 50 czynników) |  | **60** |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Dodatkowe odczynniki *(jeżeli to konieczne* ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Całkowity koszt odczynników netto i brutto** |  |  |
| **Czynsz najmu sprzętu laboratoryjnego** |
| **Urządzenia**  | **Nazwa urządzenia/ typ** | **Producent** | **Okres najmu** | **xxx** | **Cena netto 1 miesiąca najmy** | **% vat** | **Cena brutto 1 miesiąca najmu** | **xxx** | **Wartość netto najmu za okres 24 miesięcy** | **Wartość brutto najmu za okres 24 miesięcy** |
|  |  |  | **24 miesiące** | **xxx** |  |  |  | **xxx** |  |  |
|  |  |  |
| **WARTOŚĆ CAŁEGO PAKIETU NETTO** |  |  |
| **WARTOŚĆ CAŁEGO PAKIETU DO OCENY ( BRUTTO)** |  |  |

\*  **- Koszt badania jednego pacjenta** zawiera wartość odczynników i najmu sprzętu

**\*\* - ilość opakowań należy podać z dokładnością do 1,0 – zaokrąglając w górę**

1. Należy uwzględnić koszty najmu: półautomat do inkubacji, sprzęt do odczytania i interpretacji testów z zestawem komputerowym.

2. Zamawiający dopuszcza zaoferowanie różnych paneli zawierających żądane alergeny.

3. Wyniki testów alergicznych podawane w standardowej skali sześciu klas (EAST).

4. Oferujący zapewni montaż stanowiskowy i szkolenie personelu.

5. Oferujący zapewni na swój koszt udział Zamawiającego w kontroli zewnątrzlaboratoryjnej przynajmniej 1 x w roku ( dotyczy dostarczenia materiału kontrolnego, opracowania wyników, dostarczenia certyfikatu).

6. Oferujący udostępni protokoły transmisji danych czytnika w celu ich wpięcia do istniejącego w laboratorium systemu informatycznego – Infinity Roche.

**Załącznik do Pakietu 1**

**Ocena jakościowa testów alergicznych**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Parametry oceniane** | **Opis**  | **Punktacja**  |
| Metoda oznaczenia |  | Immunoenzymatyczna – **10,00 pkt**Inna – **5,00 pkt** |
| Zastosowane przeciwciała |  | Monoklonalne – **10,00 pkt**Poliklonalne – **0,00 pkt** |
| Ilość surowicy niezbędna do wykonania badania |  | Do 200 µl – **10,00 pkt**210 - 400µ – **5,00 pkt**Powyżej 410µl – **0,00 pkt** |
| Paski CCD |  | Na każdym pasku testowym – **10,00 pkt**Na wybranych paskach testowych – **5,00 pkt** |
| Indywidualna krzywa kalibracyjna |  | Na każdym pasku testowym – **10,00 pkt**Na wybranych paskach testowych – **5,00 pkt.** |

 **................................ ……….........................................................**

 **data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy**

**Pakiet 2**

**Żele agarozowe do elektroforezy białek surowicy na 6 frakcji wraz ze sprzętem do analizy tych żeli na okres 2 lat.**

**Odczynniki**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **Nr katalogowy** | **Ilość oznaczeń na okres 2 lat** | **Wielkość opakowania** | **Ilość opakowań oferowana** | **Cena jednostkowa netto 1 op.** | **VAT %** | **Cena jednostkowa brutto 1 op.** | Cena oznaczenia brutto \* | **Wartość netto**  | **Wartość brutto** |
|  |  | **3000** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Całkowity koszt odczynników netto i brutto** |  |  |
| **Czynsz najmu sprzętu laboratoryjnego** |
| **Urządzenia** | **Nazwa urządzenia/ typ** | **Producent** | **Okres najmu**  | **xxx** | **Cena netto 1 miesiąca najmy** | **% vat** | **Cena brutto 1 miesiąca najmu** | **xxx** | **Wartość netto najmu za okres 24 miesięcy** | **Wartość brutto najmu za okres 24 miesięcy** |
|  |  |  | **24 miesiące** | xxx |  |  |  | xxx |  |  |
|  |  |  |
| **WARTOŚĆ CAŁEGO PAKIETU NETTO** |  |  |
| **WARTOŚĆ CAŁEGO PAKIETU DO OCENY ( BRUTTO)** |  |  |

\*  **-** Cena oznaczenia brutto zawiera wartość odczynników i najmu sprzętu

**Wymagania dotyczące żeli:**

1. Żele do elektroforezy, kompletne zestawy do rozdziału białek surowicy na 6 frakcji.
2. Utrwalanie termiczne, bez użycia kwasu octowego/metanolu/etanolu.
3. Parametry rozdziału (czas i napięcie) wyznaczone przez producenta komory.

**Wymagania dotyczące skanera:**

1. Zestaw komputerowy ze skanerem wysokorozdzielczym współpracujący z oprogramowaniem do analizy żeli z możliwością skanowania żeli/materiałów przeźroczystych i nieprzeźroczystych.
2. Oferujący udostępni protokoły transmisji danych czytnika w celu ich wpięcia do istniejącego w laboratorium systemu informatycznego – Infinity Roche.

**Cechy oprogramowania do analizy żeli**:

1. oprogramowanie w języku polskim.

2. wbudowana kontrola jakości.

3. możliwość archiwizacji obrazów skanów proteinogramów.

4. obraz rozdziału bezpośrednio nad wykresem.

5. zachowanie w pamięci wszystkich obrazów żeli, z możliwością ponownej edycji.

6. flagowanie pacjentów, których wyniki znajdują się już w bazie danych, z możliwością wyświetlenia historii i obrazów wyników.

7. możliwość wydruku wyniku pacjenta zawierającego: stężenia, wartości procentowe, wykres rozdziału, obraz rozdziału.

 **................................ ……….........................................................**

 **data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy**

**Załącznik nr 4 A do SIWZ**

**Warunki konieczne stawiane sprzętowi laboratoryjnemu – dotyczy Pakietu 1 i Pakietu 2\***

***\*- niepotrzebne skreślić.***

**Wymagania określone jako „TAK”, są warunkami granicznymi. Nie spełnienie nawet jednego z n/w wymagań spowoduje odrzucenie oferty.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** |  **Parametry – opis**  | **Parametr wymagany**  | **Parametr oferowany** |
| 1 | Sprzęt laboratoryjny jest rok produkcji 2019 r, kompletny, sprawny i gotowy do funkcjonowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji, gwarantujący bezpieczeństwo pacjentów oraz personelu medycznego, a także zapewnia wymagany poziom świadczonych usług medycznych. | TAK |  |
| 2 | Instrukcje obsługi i konserwacji w jęz. polskim (dopuszczone na nośniku elektronicznym) | TAK |  |
| 3 | Uruchomienie sprzętu laboratoryjnego i przeprowadzenie szkolenia personelu z zakresu instalacji, obsługi i konserwacji sprzętu laboratoryjnego oraz z zakresu interpretacji uzyskanych wyników analiz i użyteczności klinicznej Urządzeń w terminie **21 dni** od daty podpisania umowy oraz dostarczenie stosownych zaświadczeń (certyfikaty) z ww. szkoleń uczestnikom szkolenia. | TAK |  |
| 4 | Dostępność serwisu – możliwość zgłaszania awarii oraz uzyskania telefonicznie porady technicznej  **dni robocze.**  Czas naprawy sprzętu laboratoryjnego **max. 2 dni robocze** od chwili przyjęcia zgłoszenia.Bezpłatny serwis gwarancyjnysprzętu laboratoryjnego przez okres trwania umowy w tym naprawy i wymiana niezbędnych części zużywalnych i szczegółowy przegląd konserwacyjny co najmniej **raz w roku.** | TAK |  |
| 5 | Autoryzowany serwis gwarancyjny.Dołączyć certyfikat o autoryzacji serwisowej | TAK |  |
| 6 | Zapewnienie urządzenia zastępczego, w wypadku naprawy serwisowej trwającej dłużej **niż 5 dni roboczych**, na czas trwania naprawy warsztatowej w serwisie, na koszt Wykonawcy. | TAK |  |
| 7 |  Udostępnienie protokołów transmisji danych czytnika w celu ich wpięcia do istniejącego w laboratorium systemu informatycznego – Infinity Roche. | TAK |  |

 **................................ ……….........................................................**

 **data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy**