**Załącznik nr 4 do SWZ – Zestawienie asortymentowo - ilościowe i zestawienie parametrów wymaganych.**

………………………….

**Nazwa Wykonawcy**

W związku ze złożeniem oferty w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym zgodnie z art. 275 pkt 1 ustawy PZP na  **dostawę odczynników** **wraz z najmem dwóch analizatorów hematologicznych 5 - DIFF dla Szpitala Wojewódzkiego im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży, znak sprawy: ZT-SZP-226/01/34/2022**

**OFERUJEMY:**

1. **Zestawienie asortymentowo – ilościowe:**

**ODCZYNNIKI, MATERIAŁY KONTROLNE I KALIBRACYJNE, AKCESORIA I MATERIAŁY ZUŻYWALNE potrzebne do wykonania 250 000 oznaczeń morfologii 5-Diff na dzierżawionych aparatach hematologicznych.**

**MIEJSCE DOSTAWY: Magazyn Szpitala**

| Lp. | Asortyment | Nr katalogowy. Producent | Wielkość opakowania w ml/szt | Ilość opakowań oferowana | Cena jednostkowa netto 1 opakowania | Cena jednostkowa brutto 1 ozn.\* | Wartość netto | VAT  % | Wartość brutto |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem odczynniki, materiały kontrolne i kalibracyjne, akcesoria i materiały zużywalne** | | | | | | |  |  |  |
| **Czynsz najmu analizatorów 5 Diff.** | | | | | | | | | |
| **Urządzenie** | | **Nazwa urządzenia /typ** | **Producent/rok produkcji** | **Okres najmu** | **Cena netto 1 miesiąca najmu** | **Cena brutto 1 miesiąca najmu** | **Wartość netto najmu za okres 36 miesięcy** | **% Vat** | **Wartość brutto najmu za okres 36 miesięcy** |
|  | |  |  | **36 miesięcy** |  |  |  |  |  |
|  | |  |  | **36 miesięcy** |  |  |  |  |  |
| **Razem czynsz najmu analizatorów 5 Diff.** | | | | | | |  |  |  |
| **WARTOŚĆ CAŁEGO ZAMÓWIENIA NETTO** | | | | | | |  | | |
| **WARTOŚĆ CAŁEGO ZAMÓWIENIA DO OCENY BRUTTO** | | | | | | |  | | |

1. **Obliczając ilość opakowań odczynników**, materiałów kontrolnych, kalibracyjnych (jeśli kalibracji dokonuje na swój koszt wyłącznie serwis – należy to zaznaczyć), zużywalnych oraz akcesoriów **należy uwzględnić następujące dane**:

a) ilość badań wykonana na jednym z analizatorów – 200 tys., na drugim – 50 tys.;

b) kontrola będzie prowadzona 7 dni w tygodniu na 2 poziomach ( normalnym i patologicznym L lub H);

c) należy to uwzględnić – doliczając ilości odczynników należne do wykonania tych analiz;

d) jeden z analizatorów będzie także pracował w systemie dyżurowym tj. 24 godziny /dobę przez 7 dni w tygodniu – należy zaoferować odpowiednią ilość płynów rozcieńczających i myjących.

e) \* cena 1 oznaczenia brutto – uwzględnia wszystkie składowe: odczynniki, kontrole, kalibracje, akcesoria, części zużywalne.

2. Zamawiający zastrzega, iż przy nieproporcjonalnie szybszym wykorzystaniu jakiejkolwiek pozycji z zestawienia asortymentowo – ilościowego ( odczynniki) w stosunku do pozostałych pozycji ( kalibratory i kontrole) - **Oferent dostarczy różnicę na własny koszt – tak, aby wykonać wszystkie zadeklarowane ilości badań.**

1. **WYMAGANIA TECHNICZNE STAWIANE ANALIZATOROM HEMATOLOGICZNYM**

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

| Lp. | OPIS PARAMETRU | Parametry wymagane | **Parametr oferowany *– (wypełnia Wykonawca)***  *UWAGA! Należy wypełnić odrębnie dla każdego parametru i szczegółowo opisać.*    Zamawiający zaleca, aby Wykonawca podał nazwę/tytuł oraz nr strony dokumentu (przedmiotowego środka dowodowego), w treści którego widnieje potwierdzenie zaoferowanego parametru |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | **Analizatory: zasadniczy** - rok produkcji min. 2021r, **pomocniczy** – nie starszy niż z 2018 r, kompletne, sprawne i gotowe do funkcjonowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji, a także gwarantujące bezpieczeństwo pacjentów oraz personelu medycznego Zamawiającego oraz zapewniające wymagany poziom świadczonych usług medycznych.  **Dwa automatyczne analizatory** do badań hematologicznych, pracujące całodobowo, wraz z drukarką laserową czarno - białą. Dostarczenie w komplecie: komputera i monitora **min. 22 calowego** ( jeżeli jest to konieczne do pracy analizatora ).  **Podać pełną nazwę i typ aparatów, producenta i rok produkcji.** | **TAK**  **podać** |  |
| 2 | Automatyczna analiza min.26 raportowanych i przesyłanych do LIS parametrów diagnostycznych morfologii krwi wraz z systemem flagowania oraz wydrukiem prezentacji graficznej: RBC,WBC, PLT, oraz z następującymi parametrami mierzonymi (nie wyliczeniowymi): WBC, RBC, PLT, HGB,HCT, LYM, NEUT, MONO, EO, BASO. | **TAK** |  |
| 3 | Możliwość oznaczenia odsetka mikrocytów i makrocytów jako parametrów diagnostycznych, zwalidowanych przez producenta, posiadających zakresy referencyjne i prezentowanych na wyniku pacjenta | **TAK** |  |
| 4 | Jeden z analizatorów (zasadniczy) o wydajności min.100 oznaczeń / godzinę CBC+Diff , a drugi (pomocniczy) min. 60 oznaczeń/godzinę CBC+Diff, dowolność trybu oznaczenia w obu aparatach dla każdej próbki: CBC lub CBC+ Diff | **TAK** |  |
| 5 | Analizator zasadniczy z możliwością wykonywania retikulocytów minimum w zakresie następujących parametrów diagnostycznych: RET%,#,IRF,LFR,MFR,HFR,RET-He, Delta-he, prezentowane na wyniku pacjenta i przesyłane do LIS | **TAK** |  |
| 6 | Parametry diagnostyczne określające ilościowo stan aktywacji neutrofili oraz limfocytów reaktywnych oraz syntetyzujących przeciwciała ( w wartościach bezwzględnych i odsetkowych), pomocne w szybkim diagnozowaniu i różnicowaniu stanów zapalnych i infekcji. Parametry te powinny być mierzone z wykorzystaniem fluorescencyjnej cytometrii przepływowej i być dostępne w rutynowym badaniu morfologii ( CBC+DIFF) | **TAK** |  |
| 7 | Bezcyjankowa metoda pomiaru hemoglobiny (nietoksyczne odczynniki) oraz pomiar hemoglobiny niezależnie od WBC w osobnym torze pomiarowym, minimalizujący interferencje ze strony krwinek białych. Należy dołączyć karty charakterystykI materiałów niebezpiecznych (tam, gdzie to konieczne także do krwi kontrolnej ) oraz ulotki odczynnikowe producenta odczynników | **TAK** |  |
| 8 | **Analizator zasadniczy** wyposażony w automatyczny podajnik wraz z mieszalnikiem - do probówek zamkniętych systemów pobrań dostępnych na polskim rynku - mieszczący min.50 próbek oczekujących na analizę a pomocniczy z podajnikiem na min. 20 próbek. Automatyczne mycie igły pobierającej po każdym pobraniu – zewnętrzne i wewnętrzne. Dodatkowo co najmniej jeden z analizatorów z możliwością wykonywania oznaczeń w trybie „random access” z podajnika | **TAK** |  |
| 9 | Analizatory wyposażone w czytniki kodów kreskowych do pracy w systemie manualnym i z podajnika | **TAK** |  |
| 10 | Automatyczny pomiar oraz bezpośrednie różnicowanie krwinek białych (dotyczy obu analizatorów ) w oparciu o fluorescencyjną cytometrię przepływową i laser na min. 5 grup: limfocyty, neutrofile, eozynofile, bazofile i monocyty. | **TAK** |  |
| 11 | Weryfikacja oznaczeń trombocytów w torze optycznym-uzyskany wynik przesyłany do LIS jako parametr diagnostyczny: potwierdzony oryginalnym dokumentem producenta analizatora **( analizator zasadniczy**) | **TAK** |  |
| 12 | Oba analizatory wyposażone w osobny tryb pracy dla próbek leukopenicznych, z możliwością manualnego wyboru przez Użytkownika z menu analizatorów | **TAK** |  |
| 13 | Minimalne wymagane zakresy liniowości parametrów z pierwszego oznaczenia ( bez rozcieńczenia) dla obu aparatów:  \* WBC min. 400 G/l  \* RBC min. 7,0 T/l  \*HGB min. 22,0 g/l  \*PLT min. 4000 G/l  Flagowanie wyników patologicznych w zakresie: WBC, RBC, PLT | **TAK** |  |
| 14 | Wszystkie składowe tj: analizatory, odczynniki, krew kontrolna i akcesoria muszą pochodzić **od producenta analizatorów i muszą stanowić jednolity, zwalidowany system analityczny** | **TAK** |  |
| 15 | Przystosowane do pracy zarówno z probówkami systemu zamkniętego, systemu otwartego jak również mikrometody hematologicznej: objętość aspirowanej próbki max. 90 mikrolitrów - tryb podajnikowy i manualny dla analizatora zasadniczego oraz do 50 mikrolitrów – w trybie podajnikowym i manualnym dla analizatora pomocniczego. Dane dotyczą każdego trybu pracy - do oznaczeń CBC+5Diff | **TAK** |  |
| 16 | Udostępnienie protokołów transmisji danych analizatorów w celu ich wpięcia do istniejącego laboratoryjnego systemu informatycznego – Infinity Roche | **TAK** |  |
| 17 | Wymagany wspólny system odczynnikowy dla obu analizatorów pochodzący od producenta aparatów i przez niego zwalidowany ( potwierdzenie protokołem walidacyjnym) - możliwość wymiany odczynników pomiędzy analizatorami w celu wykonania morfologii CBC + Diff | **TAK** |  |
| 18 | **Instrukcja obsługi** analizatorów w języku polskim oraz odpowiednie certyfikaty dopuszczające oferowane produkty do obrotu. | **TAK** |  |
| 19 | Oprogramowanie umożliwiające zarządzanie odczynnikami poprzez system zużycia odczynników wraz z podaniem graficznym na monitorze informacji o poziomie ich zużycia w trakcie pracy analizatora. | **TAK** |  |
| 20 | **Termin dostawy analizatorów, pierwszej partii odczynników** oraz **przeszkolenie diagnostów** laboratoryjnych w ciągu **21 dni roboczych** od daty zawarcia umowy. | **TAK** |  |
| 21 | Moduł kontroli jakości zawierający liczbowe i graficzne opracowanie wyników materiału kontrolnego w oprogramowaniu analizatora ( wykresy Levey-Jennigsa), wyklucza się oprogramowanie zewnętrzne: pamięć wyników min. 90 000 pacjentów w formie liczbowej i graficznej | **TAK** |  |
| 22 | **Termin ważności:**  - odczynników min. **5 miesięcy,**  - roztworów myjących min. **5 miesięcy**,  - krwi kontrolnej min. **1 miesiąc.**  Zarządzanie odczynnikami – system kontroli ich zużycia | **TAK** |  |
| 23 | Jeden rodzaj materiału kontrolnego krwi obwodowej i retikulocytów dedykowanego dla aparatów – zawarty w ofercie codziennej kontroli jakości przez 7 dni w tygodniu na 2 poziomach (normalny i patologiczny L lub H). Krew kontrolna rozsyłana w probówkach systemu zamkniętego (dostosowanych do pracy z automatycznym podajnikiem) w opakowaniach ze stabilizatorem temperatury zgodnie z przedstawionym przez dostawcę harmonogramem, skalkulowana zgodnie z terminem, w którym parametry oznaczeń nie przekraczają wyznaczonych przez producenta i określonych w arkuszu oznaczeń dopuszczalnych zakresów gwarantujących prawidłową pracę analizatorów. | **TAK** |  |
| 24 | **Możliwość** uczestniczenia w międzynarodowej kontroli hematologicznej porównawczej przez czas trwania umowy m.in. w systemie „on-line” - obejmującej aparaty producenta , w oparciu o materiał do kontrolo codziennej, wyniki wysyłane automatycznie bezpośrednio z analizatorów, umożliwiająca uzyskanie miesięcznych raportów QC i certyfikatu uczestnictwa raz w roku | **TAK** |  |
| 25 | Przynajmniej jeden analizator z funkcją analizy płynów z jam ciała, w tym płynu mózgowo-rdzeniowego, bez konieczności stosowania dodatkowych odczynników i bez dodatkowych procedur przygotowujących próbkę | **TAK** |  |
| 26 | Dostarczenie systemu podtrzymywania zasilania UPS (czas podtrzymania zasilania minimum 20 minut) dla obu analizatorów oraz klimatyzatora do pomieszczenia o poj. ok. 70 m3 montowanego na ścianie, typu inwerter. | **TAK** |  |

**C. Serwis gwarancyjny na czas trwania umowy, szkolenia.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany ( wypełnia Wykonawca)** |
| 1 | **Okres gwarancji** na urządzenia, wyposażenie, akcesoria liczony od daty podpisania protokołu zdawczo-odbiorczego przez obie strony | **min. 36 m-cy** |  |
| 2 | **- Czas reakcji**: przyjęcie zgłoszenia - podjęcie naprawy w okresie gwarancji  **- uzyskiwanie telefonicznych** porad technicznych | **24 godziny w dni robocze, tj. pn - pt**, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy**.**  **Kontakt telefoniczny z serwisem –**call center- 7 dni w tygodniu 24 -godziny |  |
| 3 | **Maksymalny czas** niezbędny do usunięcia awarii od czasu lokalizacji i zgłoszenia uszkodzenia w okresie gwarancji | **5 dni robocze tj.** pn - pt, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy |  |
| 4 | **Maksymalna liczba** napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy w okresie umowy | **3** |  |
| 5 | **Wstawienie urządzenia zastępczego** o porównywalnych parametrach na czas trwania naprawy warsztatowej w serwisie, trwającej dłużej niż **5 dni** ( wstawienie w 6 – tym dniu od zgłoszenia awarii) na koszt Wykonawcy ( oprócz urządzeń/ elementów urządzeń zamocowanych na stałe) | **TAK** |  |
| 6 | **Liczba przeglądów** okresowych w siedzibie Zamawiającego, na koszt Wykonawcy | **1 x w roku lub zgodnie z zaleceniami producenta** |  |
| 7 | - **Autoryzowany serwis gwarancyjny**,    - ich siedziba, sposób kontaktu ( tel., fax, e-mail).  - Dostępność serwisu – możliwość zgłaszania awarii oraz uzyskania telefonicznie porady technicznej w dni robocze.  - Dołączyć certyfikat o autoryzacji serwisowej dla oferowanych modeli analizatorów, | **TAK**  **podać**  **TAK**  **dołączyć** |  |
| 8 | **Uruchomienie urządzeń** i **przeprowadzenie szkolenia** dla **8 ( ośmiu) diagnostyków** laboratoryjnych użytkujących przedmiot zamówienia, w zakresie instalacji, obsługi i racjonalnej eksploatacji sprzętu oraz konserwacji w siedzibie Zamawiającego.  Wystawienie stosownych zaświadczeń (certyfikatów) z przeprowadzonych szkoleń uczestnikom szkolenia. | **TAK** |  |
| 9 | **Paszport techniczny -** w języku polskim ( dopuszczony na nośniku elektronicznym) **przy odbiorze – dotyczy analizatorów.**  **Instrukcje** obsługi i konserwacji, certyfikaty\*, w języku polskim ( dopuszczone na nośniku elektronicznym) **przy odbiorze – dotyczy analizatorów.**  \*- jeśli dotyczy | **TAK**  **TAK** |  |
| 10 | Wykonawca zapewni serwis klimatyzatorów zgodnie z zaleceniami producenta na własny koszt | **TAK** |  |

1. **Oceniane parametry techniczne analizatorów.**

**Analizator zasadniczy**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane (** *wypełnia Wykonawca* | **Punktacja** |
| 1 | Minimalna objętość próbki krwi potrzebna do wykonania analizy w trybie manualnym | analizator zasadniczy (podać) | do 50 ul – **10,00 pkt**  51-100ul – 5,00 pkt  powyżej 100 ul – 1,00 pkt |
| 2 | Liniowość dla leukocytów ( pierwszy pomiar) | analizator zasadniczy (podać) | 401 G/l lub szerszy – **10,00 pkt**  351-400 G/l - 5,00 pkt  do 350 G/l - 1,00 pkt |
| 3 | Możliwość oznaczania hemoglobiny wewnątrzkomórkowej metodą optyczną | analizator zasadniczy (podać) | **Tak -10,00 pkt**  Nie – 0,00 pkt |
| 4 | Liniowość dla płytek krwi | analizator zasadniczy (podać) | 4000G/l i szerszy – **10,00 pkt**  2000-3900 G/l - 5,00 pkt  do 2000G/l - 1,00 pkt |
| 5 | Wbudowana w oprogramowanie analizatora instrukcja obsługi | analizator zasadniczy (podać) | **Tak - 10,00 pkt**  Nie – 1,00 pkt |
| 6 | Wyposażenie analizatora w czujnik skrzepów | analizator zasadniczy (podać) | **Tak – 10,00 pkt**  Nie – 0,00 pkt |
| 7 | Możliwość oznaczenia cytozy w PMR w zakresach klinicznie istotnych ( jeden analizator) | analizator zasadniczy (podać) | 0 -7 K/ul – **10,00 pkt**  8 -20 K/ul – 5,00 pkt  pow.20 K/ul – 1,00 pkt |

**Analizator pomocniczy**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry oceniane** | **Parametry oferowane** ( wypełnia Wykonawca | **Punktacja** |
| 1 | Minimalna objętość próbki krwi potrzebna do wykonania analizy w trybie manualnym | analizator pomocniczy (podać) | do 50 ul – **10,00 pkt**  51-100ul – 5,00 pkt  powyżej 100 ul – 1,00 pkt |
| 2 | Liniowość dla leukocytów ( pierwszy pomiar) | analizator pomocniczy (podać) | 401 G/l lub szerszy – **10,00 pkt**  351-400 G/l - 5,00 pkt  do 350 G/l - 1,00 pkt |
| 3 | Możliwość oznaczania hemoglobiny wewnątrzkomórkowej metodą optyczną | analizator pomocniczy (podać) | **Tak – 10,00 pkt**  Nie – 0,00 pkt |
| 4 | Liniowość dla płytek krwi | analizator pomocniczy (podać) | 3000G/l i szerszy – **10,00 pkt**  2000-3000 G/l - 5,00 pkt  do 2000G/l - 1,00 pkt |
| 5 | Wbudowana w oprogramowanie analizatora instrukcja obsługi | analizator pomocniczy (podać) | **Tak – 10,00 pkt**  Nie – 0,00 pkt |
| 6 | Wyposażenie analizatora w czujnik skrzepów | analizator pomocniczy (podać) | **Tak – 10,00 pkt**  Nie – 0,00 pkt |
| 7 | Możliwość oznaczenia cytozy w PMR w zakresach klinicznie istotnych ( jeden analizator) | analizator pomocniczy (podać) | 0 -7 K/ul – **10,00 pkt**  8 -20 K/ul – 5,00 pkt  pow.20 K/ul – 1,00 pkt |

*Maksymalna liczba punktów jednostkowych, jaką może uzyskać oferta w oparciu o punktację określoną w kolumnie ,,Punktacja” (przy ocenie analizatora zasadniczego i analizatora pomocniczego) wynosi* ***140,00 pkt.***