**Załącznik nr 7 do SIWZ - Zestawienie asortymentowo - ilościowe i zestawienie parametrów technicznych**

………………………….

Pieczątka Wykonawcy

**Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na zakup i dostarczenie odczynników wraz z najmem analizatorów parametrów krytycznych oraz klimatyzatora dla Szpitala Wojewódzkiego im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży**, ***znak sprawy: ZT-SZP-226/01/30/2018***

**OFERUJEMY:**

| **Odczynniki i materiały zużywalne**  | **Nr katalogowy** | **Nazwa handlowa/ Producent** | **Ilość testów lub sztuk w opakowaniu** | **Ilość opakowań oferowana\*** | **Cena jednostkowa 1 opakowania netto** | **% VAT** | **Cena jednostkowa 1 opakowania brutto** | **Wartość netto** | **Wartość brutto** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I . Odczynniki i materiały zużywalne dla Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej w celu wykonania 20 000 pełnych oznaczeń w ciągu 24 miesięcy.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **II. Odczynniki i materiały zużywalne dla Oddziału Intensywnej Terapii w celu wykonania 7 200 pełnych oznaczeń w ciągu 24 miesięcy** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  **III. Czynsz najmu analizatorów i klimatyzatorów** |
| **Urządzenie** | **Nazwa urządzenia/typ** | **Producent/ rok produkcji** | **Okres najmu** | **xxxx** | **Cena netto** **1 miesiąca najmu** | **% Vat** | **Cena brutto 1 miesiąca najmu** | **Wartość netto najmu za okres 24 miesięcy** | **Wartość brutto najmu za okres 24 miesięcy** |
| **Analizator i klimatyzator dla Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej** |  |  | **24 miesiące** | xxxx |  |  |  |  |  |
| **Analizator i klimatyzator dla Oddziału Intensywnej Terapii** |  |  | **24 miesiące** | xxxx |
| **WARTOŚĆ CAŁEGO ZAMÓWIENIA NETTO** |  |
| **WARTOŚĆ CAŁEGO ZAMÓWIENIA DO OCENY (BRUTTO)** |  |

1. Należy podać ceny elementów zużywalnych niezbędnych do wykonania oznaczeń, kontrole, kalibratory itd.

2. Wykonawca zapewni ilość odczynników ( kaset) niezbędną do wykonania wskazanej ilości pełnych oznaczeń w czasie trwania umowy.

\* **Zaokrąglić do 1.0**

**W przypadku awarii kasety sensorowej lub pakietu odczynnikowego Zamawiający oczekuje dostarczenia przez Wykonawcę nowego elementu dającego możliwość wykonania niewykorzystanych testów.**

**Warunki konieczne stawiane analizatorom parametrów krytycznych.**

**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 | Analizator parametrów krytycznych – **2 identyczne** sztuki, fabrycznie nowe, rok produkcji 2018 | TAK |  |
| 2 | Zasilanie elementów systemu z sieci 230V50Hz oraz dodatkowo awaryjne zasilanie w postaci wbudowanego akumulatora | TAK |  |
| 3 | Automatyczne analizatory pracujące w systemie ciągłym, umożliwiające jednoczesne oznaczenie : pH, pCO2, pO2, ctHb, MetHb, O2Hb, HHb, COHb, sO2, cNa+, cK+, cCa++, cCl¯, glukoza, mleczany, bilirubina całkowita | TAK |  |
| 4 | Analizatory pracujące w oparciu o wielotestowe sensorowe kasety pomiarowe oraz pakiety odczynnikowe zawierające odczynniki, kalibratory i płyny kontroli jakości inne niż kalibratory, odczynniki zintegrowane z pojemnikiem ściekowym | TAK |  |
| 5 | Automatyczny system pobierania próbek.Możliwość aspiracji próbki bezpośrednio ze strzykawki i z kapilary, automatyczne mieszanie próbki | TAK |  |
| 6 | Możliwość wykonania pełnego panelu oznaczeń zarówno z kapilary jak i strzykawki ( gazometria, oksymetria, metabolity, elektrolity) z próbki nie większej niż 100 µl dla pełnego panelu | TAK |  |
| 7 | Czas wykonania pełnego panelu badań max 60 sekund | TAK |  |
| 8 | Wbudowana codzienna automatyczna kontrola na trzech poziomach.Materiał kontrolny niezależny od materiału kalibracyjnego. | TAK |  |
| 9 | Czytnik kodów kreskowych dla próbek badanych zintegrowany z laboratoryjnym systemem informatycznym wykorzystywanym przez Zamawiającego | TAK |  |
| 10 | Trwałość kaset pomiarowych oraz pakietów odczynnikowych, liczona od dnia zainstalowania w aparacie, nie mniej niż 30 dni | TAK |  |
| 11 | Możliwość podglądu mapy równowagi kwasowo-zasadowej zawierającej wykresy wyników pacjenta w odniesieniu do wyników standardowych | TAK |  |
| 12 | Pomiar wszystkich parametrów w jednym torze pomiarowym z jedną elektrodą referencyjną | TAK |  |
| 13 | Czas kalibracji analizatora w ciągu doby nie dłuższy niż 60 min. | TAK |  |
| 14 | Możliwość re-instalacji pakietu odczynnikowego oraz kasety sensorowej bez utraty pozostałych testów | TAK |  |
| 15 | Możliwość wyłączenia aparatu bez utraty pozostałych w kasecie sensorowej testów | TAK |  |
| 16 | Instrukcja obsługi w języku polskim ( dostarczona wraz z dostawą urządzenia) | TAK |  |
| 17 | Przeprowadzenie szkolenia personelu z zakresu instalacji, obsługi, konserwacji analizatorów oraz z zakresu interpretacji uzyskanych wyników analiz oraz użyteczności klinicznej analizatorów oraz wystawienie stosownych zaświadczeń (certyfikatów) z ww. szkoleń każdemu przeszkolonemu diagnoście laboratoryjnemu i lekarzowi ( ok 40 osób). | TAK |  |
| 18 | Dostarczenie **klimatyzatorów** naściennych do pomieszczenia 80 m³ - **2 sztuki** | TAK |  |
| 19 | Oprogramowanie i komunikaty w języku polskim | TAK |  |
| 20 | Dostępność serwisu – ciągła możliwość zgłaszania awarii oraz uzyskania telefonicznie porady technicznej przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. Czas naprawy analizatorów max. w ciągu 24 godzin od chwili zgłoszenia. | TAK |  |
| 21 | Autoryzowany serwis gwarancyjny.Dołączyć certyfikat o autoryzacji serwisowej | TAK |  |
| 22 | Wstawienie urządzenia zastępczego na czas naprawy warsztatowej w serwisie, na koszt Wykonawcy | TAK |  |

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

 **data podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy**