|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zadanie 1 – Dostawa odczynników do immunochemii wraz z dzierżawą analizatorów** | | | | | | | | |
| **ANALIZATORY** | | | | | | | | |
| Nazwa i typ oferowanych urządzeń: | |  | | |  | | | |
| Producent, kraj pochodzenia: | |  | | |  | | | |
| Rok produkcji: | |  | | |  | | | |
| Rok wprowadzenia do eksploatacji: | |  | | |  | | | |
| Wykaz dodatkowego wyposażenia: | |  | | |  | | | |
| **ODCZYNNIKI** *(proszę o potwierdzenie TAK/NIE)* | | | | | | | | |
| Wykaz stosowanych odczynników: | |  | | |  | | | |
| Karty charakterystyk odczynników: | |  | | |  | | | |
| Warunki przechowywania: | |  | | |  | | | |
| Trwałość odczynników: | |  | | |  | | | |
| Warunki utylizacji pozostałości odczynników: | |  | | |  | | | |
| Inne informacje ważne dla użytkownika: | |  | | |  | | | |
| **PARAMETRY WYMAGANE** | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | | | **Wymóg graniczny / rozmiar** | | **Wartość oferowana / potwierdzenie** | |
| 1. **ANALIZATORY** | | | | | | | | |
| 1 | Dwa wieloparametrowe analizatory z możliwością dostawiania próbek badanych w każdym momencie wraz z drukarką i komputerem każdy. | | | TAK | |  | |
| 2 | Rok produkcji wymagany:  - pierwszy analizator: nie starszy niż 2017 r.  - drugi analizator: nie starszy niż 2014 r. | | | TAK | |  | |
| 3 | Metoda oznaczeń: elektrochemiluminescencja lub chemiluminescencja. | | | TAK *(proszę podać metodę)* | |  | |
| 4 | Wydajność: minimum 80 oznaczeń/godzinę każdy. | | | TAK *(proszę podać wydajność każdego z analizatorów)* | |  | |
| 5 | Analizatory dostarczone wraz z pakietem startowym wliczonym w koszt oferty. | | | TAK | |  | |
| 6 | Gwarancja na analizatory obejmująca cały okres trwania umowy. | | | TAK | |  | |
| 7 | Dokumenty – deklaracje zgodności CE z wymogami UE. | | | TAK | |  | |
| 8 | Możliwość wykonywania oznaczeń w serii i pojedynczych. | | | TAK | |  | |
| 9 | Stała gotowość analizatorów do pracy. | | | TAK | |  | |
| 10 | Gwarancja całkowitego wykluczenia kontaminacji, bez konieczności stosowania płynów dekontaminujących. | | | TAK | |  | |
| 11 | Automatyczne monitorowanie stanu odczynników. | | | TAK | |  | |
| 12 | Wykrywanie skrzepów i mikroskrzepów w próbce pacjenta. | | | TAK | |  | |
| 13 | Identyfikacja badań pacjenta i odczynników za pomocą kodów kreskowych naklejonych na probówkę. | | | TAK | |  | |
| 14 | Automatyczne rozcieńczanie próbek w analizatorze. | | | TAK | |  | |
| 15 | Materiał kontrolny dedykowany dla aparatu zawarty w ofercie. | | | TAK | |  | |
| 16 | Włączenie analizatora do systemu informatycznego PROFILAB na koszt dostawcy. | | | TAK | |  | |
| 17 | Możliwość zgłaszania awarii przez 6 dni w tygodniu. | | | TAK | |  | |
| 18 | Przystąpienie do naprawy w ciągu:  - 24 godzin od zgłoszenia awarii od poniedziałku do piątku;  - 48 godzin od zgłoszenia awarii w soboty. | | | TAK | |  | |
| 19 | Zapewnienie przez Wykonawcę autoryzowanego serwisu aparatu. | | | TAK | |  | |
| 20 | W ramach bezpłatnego serwisu wszystkie naprawy i niezbędne do napraw części zamienne na koszt Wykonawcy. | | | TAK | |  | |
| 21 | W ramach bezpłatnego serwisu przegląd diagnostyczno-konserwacyjny dwa razy do roku na koszt Wykonawcy. Rekompensata zużytych podczas przeglądów testów. | | | TAK | |  | |
| 22 | System podtrzymywania zasilania UPS do zakończenia badania. | | | TAK *(proszę podać czas podtrzymywania)* | |  | |
| 23 | Dwukierunkowa komunikacja z systemem informatycznym. | | | TAK | |  | |
| 24 | W przypadku awarii analizatorów dłużej niż 24 h, uniemożliwiającej zabezpieczenie ciągłości świadczeń w pełnym zakresie, zgodnym z załącznikiem nr 1, Wykonawca pokryje koszty oznaczeń we wskazanym przez Zamawiającego Medycznym Laboratorium Diagnostycznym, wraz z kosztami transportu. | | | TAK | |  | |
| 25 | Priorytetowe oznaczanie próbek CITO bez zaburzenia rutynowej pracy. | | | TAK | |  | |
| 26 | Instrukcja obsługi analizatora i metodyki badań w języku polskim dostarczone wraz z instalacją analizatora. | | | TAK | |  | |
| 27 | Wykonawca udostępni wirówkę do przygotowywania materiału - nie starsza niż 2017 r. | | | TAK | |  | |
| 1. **ODCZYNNIKI** | | | | | | | | |
| 28 | Odczynniki gotowe do użytku, pakowane w pojemniki nadające się do bezpośredniego włożenia do analizatora. Dopuszcza się kontrole i kalibratory w formie liofilizatu. | | | TAK | |  | |
| 29 | Termin ważności odczynników nie będących na pokładzie analizatora | | | ≥ 6 miesięcy od daty dostarczenia odczynnika do Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej | |  | |
| 30 | Karty charakterystyk odczynników: wydrukowane i zbindowane – wraz z pierwszą dostawą odczynników lub przekazane na dowolnym nośniku (CD lub USB).. | | | TAK | |  | |
| 1. **WYMAGANIA OGÓLNE** | | | | | | | | |
| 31 | Zewnętrzna kontrola jakości wyników badań (2 razy do roku, tj. kontrola LabQuality 2300, 2301, 2250, 5420, 5094, 5093, 5091, 2226, 2700). | | | TAK | |  | |
| 32 | Kontrola Standlab dla 100% oferowanych badań/odczynników. | | | TAK | |  | |
| 33 | Wbudowany system kontroli jakości. | | | TAK | |  | |
| 34 | Dostarczenie, zainstalowanie analizatora i przeszkolenie personelu Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej Zamawiającego (udokumentowane certyfikatami) w zakresie obsługi analizatora w ciągu tygodnia od chwili podpisania umowy. | | | TAK | |  | |
| 35 | Imienne wskazanie osób do stałych kontaktów w zakresie:  - obsługi handlowej,  - obsługi serwisowej  - wsparcia merytorycznego w zakresie całego trwania umowy przetargowej. | | | TAK | |  | |
| 36 | Zapewnienie przez Wykonawcę laboratorium (Szpital Zakaźny w Warszawie), gdzie będą wysyłane próbki od pacjenta celem potwierdzenia wirusa HIV (w przypadku, gdy test przesiewowy HIV 4 generacji wskazał wynik graniczny bądź reaktywny). Koszty oznaczenia i transportu pokrywa Wykonawca. Maksymalnie 15 pacjentów/rok. | | | TAK *(proszę podać nazwę firmy kurierskiej)* | |  | |
| 1. **POZOSTAŁE** | | | | | | | |
| 37 | Wymogi instalacyjne oraz dotyczące pracy analizatorów, które muszą być spełnione przez użytkownika, aby zapewnić prawidłową pracę analizatorów | | | *(podaje Wykonawca, ze wskazaniem, co musi spełnić Zamawiający)* | |  | |
| **PARAMETRY OCENIANE – KRYTERIUM FUNKCJONALNOŚĆ** | | | | | | |  | |
| **L.p.** | **Opis parametru** | | **Parametry oferowane \*** | **Zakres punktacji** | |  | |
| 38 | W obu analizatorach jednorazowe końcówki do pipetowania materiału badanego i odczynników. | |  | TAK – 5 pkt  NIE – 0 pkt | |  | |
| 39 | Odczynniki do oznaczeń TSH, fT4 i fT3 posiadają określone przez producenta odczynników wartości referencyjne dla populacji dorosłych, dzieci, kobiet w ciąży w poszczególnych trymestrach | |  | TAK – 5 pkt  NIE – 0 pkt | |  | |
| 40 | Możliwość identyfikacji statusu próby badanej włącznie z możliwością śledzenia czasu do zakończenia analizy z ekranu głównego analizatora. | |  | TAK – 10 pkt  NIE – 0 pkt | |  | |
| 41 | Wykonywanie WSZYSTKICH oznaczeń na 2 oferowanych analizatorach w laboratorium u Zamawiającego. | |  | TAK – 10 pkt  NIE – 0 pkt | |  | |
| 42 | Test do oznaczeń B-HCG posiadający oficjalne wskazania producenta do monitorowania ciąży oraz diagnostyki i monitorowania niektórych nowotworów i chorób trofoblastu. | |  | TAK – 5 pkt  NIE – 0 pkt | |  | |
| 43 | Interpretacja wyniku o jednoznacznie określony punkt odcięcia, bez wyników granicznych dla testów HBsAg i anty HCV. | |  | TAK – 5 pkt  NIE – 0 pkt | |  | |
| \* opisu dokonuje wykonawca; brak określenia w ofercie oferowanych parametrów spowoduje przyznanie Wykonawcy 0 pkt. | | | | | | |  | |

…………………………………………….

(podpis i pieczątka Wykonawcy)