

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

.....
Pieczętka Wykonawcy

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego 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/ 15/2019**

OFERUJEMY:

A. 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.

| 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. | | | | | | | | | |

| 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 |
|---|--------------------------|-----------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--|--|---------------|---|----------------|
| 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 jakiegokolwiek 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.**

B. WYMAGANIA TECHNICZNE STAWIANE ANALIZATOROM HEMATOLOGICZNYM

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

| <i>Lp.</i> | <i>PARAMETR</i> | Parametry wymagane | Parametry oferowane |
|------------|--|--|----------------------------|
| 1 | <p>Analizatory rok produkcji min. 2015, 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.</p> <p>Dwa automatyczne analizatory do badań hematologicznych, pracujące całodobowo, wraz z drukarką laserową czarno - białą. Dostarczenie w komplecie: komputera i monitora min.17 calowego (jeżeli jest to konieczne do pracy analizatora).</p> <p>Podać pełną nazwę i typ aparatów, producenta i rok produkcji</p> | TAK podać | |
| 2 | Automatyczna analiza min.26 raportowanych i przesyłanych do LIS parametrów morfologii krwi wraz z systemem flagowania oraz wydrukiem prezentacji graficznej: RBC,WBC, PLT , oraz z następującymi parametrami mierzonymi (nie wyliczeniowymi): WBC, RBC, PLT, HGB, LYM, NEUT, MONO, EO, BASO | TAK | |
| 3 | Jeden z analizatorów (zasadniczy) o wydajności min.80 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 | |
| 4 | Bezczyjankowa metoda pomiaru hemoglobiny (nietoksyczne odczynniki) oraz pomiar hemoglobiny niezależnie od WBC w osobnym torze pomiarowym, minimalizujący interferencje ze strony krwinek białych. Należy dołączyć karty charakterystyk materiałów niebezpiecznych (tam, gdzie to konieczne także do krwi kontrolnej) oraz ulotki odczynnikowe producenta odczynników | TAK | |
| 5 | Analizator zasadniczy wyposażony w automatyczny podajnik wraz z mieszalnikiem - do próbek 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 | TAK | |

| <i>Lp.</i> | <i>PARAMETR</i> | Parametry wymagane | Parametry oferowane |
|------------|---|---------------------------|----------------------------|
| | najmniej jeden z analizatorów z możliwością wykonywania oznaczeń w trybie „random access” z podajnika | | |
| 6 | Analizatory wyposażone w czytniki kodów kreskowych do pracy w systemie manualnym i z podajnika | TAK | |
| 7 | 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 | |
| 8 | 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. 3000 G/l Flagowanie wyników patologicznych w zakresie: WBC, RBC, PLT | TAK | |
| 9 | Wszystkie składowe tj: analizatory, odczynniki, krew kontrolna i akcesoria muszą pochodzić od producenta analizatorów i muszą stanowić jednolity, zwalidowany system analityczny | TAK | |
| 10 | Przystosowane do pracy zarówno z próbkami systemu zamkniętego, systemu otwartego jak również mikrometody hematologicznej: objętość aspirowanej próbki max. 180 mikrolitrów - tryb podajnikowy, do 120 mikrolitrów – tryb manualny oraz do 50 mikrolitrów – tryb kapilarny. Dane dotyczą każdego trybu pracy - do oznaczeń CBC+5Diff | TAK | |
| 11 | Udostępnienie protokołów transmisji danych analizatorów w celu ich wpięcia do istniejącego laboratoryjnego systemu informatycznego – Infinity Roche | TAK | |
| 12 | Wymagany wspólny system odczynnikowy pochodzący od producenta aparatów i przez niego zwalidowany (potwierdzenie protokołem walidacyjnym) - możliwość wymiany odczynników pomiędzy analizatorami w celu wykonania morfologii CBC + Diff | TAK | |
| 13 | Instrukcja obsługi analizatorów w języku polskim oraz odpowiednie certyfikaty dopuszczające oferowane produkty do obrotu na rynku polskim | TAK | |
| 14 | Termin dostawy analizatorów, pierwszej partii odczynników oraz przeszkolenie diagnostów laboratoryjnych w ciągu 21 dni od daty zawarcia umowy. | TAK | |
| 15 | W oprogramowaniu zawarty system kontroli jakości (obejmujący wykresy Levey – Jennings) | TAK | |

| <i>Lp.</i> | <i>PARAMETR</i> | Parametry wymagane | Parametry oferowane |
|------------|--|---------------------------|----------------------------|
| | oraz pamięć wyników min.10 000 pacjentów w formie liczbowej i graficznej | | |
| 16 | Termin ważności: - odczynników min. 5 miesięcy , - roztworów myjących min. 5 miesięcy , - krwi kontrolnej min. 1 miesiąc . Zarządzanie odczynnikami – system kontroli ich zużycia | TAK | |
| 17 | Jeden rodzaj materiału kontrolnego krwi obwodowej 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 | TAK | |
| 18 | Możliwość uczestniczenia w międzynarodowej kontroli hematologicznej porównawczej przez czas trwania umowy m.in. w systemie „on-line” - obejmującej aparaty producenta | TAK | |
| 19 | Dostawa odczynników na zamówienie „cito” w ciągu 2 dni roboczych | TAK | |
| 20 | 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 | |
| 21 | Dostarczenie systemu podtrzymywania zasilania UPS dla obu analizatorów oraz klimatyzatora do pomieszczenia o poj. ok. 70 m ³ montowanego na ścianie, typu inwerter. | TAK | |

C. Serwis gwarancyjny na czas trwania umowy, szkolenia.

| L.p. | Parametr | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
|------|--|---|--------------------|
| 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 | 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 | Minimalna 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 cenie umowy w siedzibie Zamawiającego, | 1 x w roku lub zgodnie z zaleceniami producenta (załączyć oświadczenie producenta) | |
| 7 | - Autoryzowany serwis gwarancyjny, - ilość punktów serwisowych, ich siedziba, ilość pracowników, sposób kontaktu (tel., fax, e-mail). - Dostępność serwisu – możliwość zgłaszania awarii oraz uzyskania telefonicznie porady technicznej w dni robocze. - Dołączyć certyfikat o autoryzacji serwisowej | TAK podać dołączyć | |
| 8 | Uruchomienie urządzeń i przeprowadzenie szkolenia dla 8 (ośmiu) diagnostyków laboratoryjnych użytkujących przedmiot | TAK | |

| | | | |
|----|---|------------|--|
| | zamówienia, w zakresie instalacji, obsługi i racjonalnej eksploatacji sprzętu oraz konserwacji w siedzibie Zamawiającego. Wystawienie stosownych zaświadczeń (certyfikatów) z przeprowadzonych szkoleń uczestnikom szkolenia. | | |
| 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 i na wezwanie zamawiającego – dotyczy analizatorów. *- Jeśli dotyczy | TAK | |
| 10 | Wykonawca zapewni serwis klimatyzatorów zgodnie z zaleceniami producenta na własny koszt | TAK | |

D. Oceniane parametry techniczne analizatorów.

| Lp. | Parametry oceniane | Parametry oferowane | 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 |
| | | analizator pomocniczy (podać) | |
| 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 |
| | | analizator pomocniczy (podać) | |
| 3 | Najniższa wartość oznaczona dla leukocytów | analizator zasadniczy (podać) | 0,1 K/ul lub niższa – 10,00 pkt 0,2-0,3 K/ul – 5,00 pkt powyżej 0,3 K/ul – 1,00 pkt |
| | | analizator pomocniczy (podać) | |
| 4 | Liniowość dla płytek krwi | analizator zasadniczy (podać) | 3000G/l i szerszy – 10,00 pkt 2000-3000 G/l – 5,00 pkt do 2000G/l – 1,00 pkt |
| | | analizator pomocniczy (podać) | |
| 5 | Najniższa wartość oznaczona dla płytek krwi | analizator zasadniczy (podać) | 10-20 K/ul – 10,00 pkt 21-25 K/ul – 5,00 pkt powyżej 25 K/ul – 1,00 pkt |
| | | analizator pomocniczy (podać) | |
| | | analizator pomocniczy (podać) | |
| 6 | Wyposażenie analizatora w czujnik skrzepów | analizator zasadniczy (podać) | Tak – 10,00 pkt Nie – 0,00 pkt |
| | | analizator pomocniczy (podać) | |
| 7 | Możliwość oznaczenia cytozy w PMR w zakresach klinicznie istotnych (jeden analizator) | | 0 -7 K/ul – 10,00 pkt 8 -20 K/ul – 5,00 pkt pow.20 K/ul – 1,00 pkt |

.....
data, pieczętka i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy