*UWAGA – Wizja lokalna jest obligatoryjna (zgodnie SWZ Część I* **Rozdział XVIII – Wizja lokalna***)*

*Wymagane jest dokonanie wizji lokalnej w celu zapewnienia funkcjonalnego rozmieszczenia oferowanego sprzętu tj. utworzenie stanowiska pracy*

*w pracowni Zamawiającego oraz celem prawidłowego podłączenia oferowanego sprzętu do Szpitalnego Laboratoryjnego Systemu Informatycznego po uprzednim uzgodnieniu terminu z Kierownikiem Pracowni Mikrobiologii nr tel. 61 8491-250*

*Wizja będzie przeprowadzona z pracownikiem z Działu Eksploatacji i Inwestycji i Działu Informatyki*

**Załącznik nr 1 – OPZ – Opis przedmiotu zamówienia**

**Pakiet nr 1** **- Dostawa odczynników, materiałów zużywalnych i eksploatacyjnych do wykonania 4360 testów w tym: 3940 testów l****ekowrażliwości bakterii Gram dodatnich i Gram ujemnych oraz 420 testów** **identyfikacji bakterii Gram dodatnich, Gram ujemnych i grzybów drożdzopodobnych** **wraz z dzierżawą analizatora na czas obowiązywania umowy tj. 24 miesiące**

**Przedmiot zamówienia stanowi:**

1. Dostawę odczynników, materiałów zużywalnych i eksploatacyjnych do wykonania 4360 testów w tym: 3940 testów lekowrażliwości bakterii Gram dodatnich i Gram ujemnych oraz 420 testów identyfikacji bakterii Gram dodatnich, Gram ujemnych i grzybów drożdzopodobnych z dzierżawą analizatora i wymaganego dodatkowego sprzętu, szczegóły określono w tabeli nr 1 i tabeli nr 2 na czas obowiązywania umowy tj. 24 miesiące
2. Przyłączenie analizatora do Szpitalnego Laboratoryjnego Systemu Informatycznego Eskulap ( interfejs programowy pomiędzy analizatorem a LIS Eskulap po stronie Wykonawcy).
3. Wykonawca dostarcza wszystkie niezbędne sprzęty i oprogramowania do należytego wykonania i interpretacji badań
4. Pełną gwarancję eksploatacyjną oraz przeglądy gwarancyjne analizatora zgodnie z zaleceniami Producenta przez okres obowiązywania umowy, ale nie rzadziej niż jeden raz na rok z wymianą części zużywalnych i zamiennych
5. Wykonawca dostarcza dodatkowy sprzęt zgodnie z wymaganiami przygotowania próbki, w tym densytometr kompatybilny do zaoferowanego systemu, worteks ( worteks z parametrem do 3000 obrotów/min z możliwością regulacji obrotów) i inny wymagany sprzęt.
6. Szkolenie z zakresu obsługi systemu, wykonywania badań oraz interpretacji wyników po podpisaniu umowy w siedzibie Zamawiającego oraz przez cały czas trwania umowy w zależności od potrzeby – wsparcie merytoryczne i techniczne na każdym etapie badania przez podmiot posiadający autoryzację producenta

**Tabela nr 1 Ilości i asortyment badań**

|  |  |
| --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia****Ilość badań /24 miesięcy** | **Opis przedmiotu zamówienia** |
| Odczynniki1. wymagane do wykonania  | 1. Testu do oznaczenia lekowrażliwości bakterii Gram dodatnich *Staphylococcu spp. Enterococcus spp -* **1200**
2. Testu do oznaczenia lekowrażliwości drobnoustrojów Gram dodatnich *Streptococcus spp*. - **300**
3. Testu do oznaczenia lekowrażliwości pałeczek Gram ujemnych izolowanych z moczu - **700**
4. Testu do oznaczenia lekowrażliwości pałeczek Gram ujemnych izolowanych z innych materiałów niż mocz – **1500**
5. Testu do oznaczania lekoważliwości pałeczek Gram ujemnych wielolekopornych - **240**
6. Testu do identyfikacji istotnych klinicznie występujących u ludzi tlenowych i względnie beztlenowych drobnoustrojów Gram dodatnich– 2**00**
7. Testu do identyfikacji istotnych klinicznie występujących u ludzi drobnoustrojów Gram ujemnych 2**00**
8. Testu do identyfikacji istotnych gatunków grzybów drożdżopodobnych- **20**
 |

**1. dotyczy asortymentu z tabeli nr 1 - Zamawiający zastrzega sobie prawo do wyboru asortymentu w ramach łącznej zamawianej ilości**

**Tabela nr 2 Tabela asortymentowo – cenowa**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Przedmiot oferty** | **Producent****Kod katalogowy****Nazwa** | **Ilość badań** | **Ilość opakowań****(a)** | **Ilość badań****z 1****opakowania / ilość miesięcy** | ***Cena jednostkowa netto 1 opakowania / cena dzierżawy netto-za 1 miesiąc(b)*** | ***Cena jednostkowa brutto 1 opakowania / cena dzierżawy netto-za 1 miesiąc*** | **Wartość****netto****(a x b = c)** | **Podatek****VAT****(w %)** | **Wartość brutto****(d)** |
| 1.. | Odczynniki. 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Kalibratory2Wyszczególnić ilość wzorców do przeprowadzenia wymaganej kalibracji np. densytometru, na czas trwania umowy tj. 24 miesięcy |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Akcesoria i materiały eksploatacyjne3.Wyszczególnić i podać wielkości opakowania do wykonania wymaganej ilości testów  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Dzierżawa analizatora Wymienić składowe systemu |  |  |  | 24 miesięcy |  |  |  |  |  |
|  | Wartość nettozamówienia (ogółem) | Podatek VAT(w %) | **Wartość brutto zamówieni****(ogółem)** |
|  … zł |  … zł |  …  **zł** |

1. Wyszczególnić wszystkie odczynniki, które zapewnią wykonanie badań zgodnie z wymaganiami SWZ z uwzględnieniem trwałości odczynników po otwarciu.

2. Wyszczególnić wszystkie materiały, które zapewnią wykonanie kalibracji.

3. Wyszczególnić wszystkie akcesoria i materiały eksploatacyjne w liczbie zapewniającej wykonanie zaplanowanej liczby badań zgodnie z wymaganiami SWZ.

Do kalkulacji należy podać liczbę opakowań zaokrągloną w górę do pełnego opakowania oraz uwzględnić trwałość odczynników po otwarciu.

1) kwota pakietu poz.1-3 ( bez VAT) :…………………………………………………………………….…

 Słownie : ……………………………………………………………………………………………………

 Cena pakietu poz.1- 3 (z VAT) ……………………………………………………………..………….....

 Słownie : …………………………………………………………………………………………….…......

2) kwota dzierżawy poz. 4 za okres 1-go miesiąca ( bez VAT)................................................... ...... …

 Słownie:…………………………………………………………………………………………………………….…

 Cena dzierżawy poz.4 za okres 1-go miesiąca (z VAT)........................................... ...... …

 Słownie:…………………………………………………………………………………………………………….…

3) kwota dzierżawy poz.4 za okres 24 miesięcy (bez VAT)............................................ ………………….

 Słownie : .......................................................................................................................................................

 Cena dzierżawy poz. 4 za okres 24 miesięcy ( z VAT) ...........................................................................

 Słownie: ........................................................................................................................................................

4) kwota pakietu całkowita brutto (poz. 1- 4 ) ( bez VAT) ……………… ……………………………….…

 Słownie :………………………………………………………………………………………………..…..

 \* Cena pakietu całkowita ( poz. 1-4) ( z VAT) ……………………………………………………….…..

 Słownie : …………………………………………………………………………………….………….…

**\*Cena brutto stanowi całkowitą cenę za całość zaoferowanego przedmiotu zamówienia tj.: za dostawę i dzierżawę**

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty.**

**Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści ofert**

Analizator:

Producent / Firma/ Kraj: ......................................................................

Urządzenie /Typ: .............................................................................

Rok produkcji: ……………..

**Tabela nr 3 Zestawienie parametrów wymaganych / granicznych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry wymagane /graniczne** | **Wymagana odpowiedź** | **Wykonawca poda wymagane informacje** **Pozycje zaznaczone „xxx..” wykonawca** **nie wypełnia, tylko potwierdzi pod tabelą** **spełnienie wymagań podanych** **w niniejszej tabeli.** |
| **1.** | Analizator mikrobiologiczny, najnowszy technologicznie, wysoki poziom automatyzacji, do szybkiej diagnostyki identyfikacji i oznaczania lekowrażliwości drobnoustrojów.Analizator wyprodukowany nie wcześniej niż w 2021 r., z pełną gwarancją eksploatacyjną, po przeglądzie. | **Podać** | **Podać datę produkcji**  |
| **2.** | Liczba stacji inkubacyjno - pomiarowych w analizatorze od 30 do 60 stacji | **Tak** | **XXX** |
| **3.** | Analizator z wbudowanym oprogramowaniem i z regułami eksperckimi opartymi o aktualne obowiązujące zalecenia EUCAST ( EUCAST - Europejski Komitet ds. Oznaczania Lekowrażliwości) z obowiązkiem bieżącej aktualizacji reguł (nie rzadziej niż raz na rok).Numer wersji oprogramowania. Oprogramowanie w języku polskim.Reguły eksperckie z numerem wersji EUCAST i datą aktualizacji | **Podać** | **Podać numer wersji oprogramowania w oferowanym analizatorze oraz numer wersji EUCAST** |
| **4.** | Analizator z oprogramowaniem z obowiązkową aktualizacją zmian taksonomicznych drobnoustrojów istotnych klinicznie występujących u ludzi (tlenowe i względnie beztlenowe bakterie Gram dodatnie, bakterie Gram ujemne oraz grzyby drożdżopodobne.) Nie jest wymagana identyfikacja *Neisseria spp., Haemophilus spp*, oraz beztlenowców | **Tak** | **XXX** |
| **5.** | Testy do oznaczania lekowrażliwości wykrywające mechanizmy:1. metycylinooporności u *Staphylococcus spp*.
2. oporności typu MLS (oporność na makrolidy linkosamidy streptograminy)
3. oporności na glikopeptydy *Enterococcus spp,* VRE, *Staphylococcus spp*. VISA, GISA
4. oporności na gentamicine *Enterococcus spp.* HLAR
 | **Tak** | **XXX** |
| **6.** | Testy do oznaczania lekowrażliwości wykrywające mechanizmy:1. typu ESBL (poszerzone spektrum beta – laktamaz)
2. oporności na karbapenemy u pałeczek z rodziny *Enterobacterales*
3. oporności na karbapenemy u pałeczek niefermentujących
 | **Tak** | **XXX** |
| **7.** | Wynik testu przedstawiony w postaci wartości MIC i zinterpretowany przez system reguł eksperckich analizatora. Reguły zgodne z aktualnie obowiązującymi zaleceniami EUCAST. | **Tak** | **XXX** |
| **8.** | Testy do oznaczania lekowrażliwości bakterii Gram dodatnich i Gram ujemnych, zgodne co do składu leków i ich stężeń dla szczepów klinicznych i szczepów wzorcowych. Interpretacja wyników testów przez system zgodna z aktualnie obowiązującymi zaleceniami EUCAST.  | **Podać** | **Wymienić szczepy wzorcowe do kontroli oferowanych testów** |
| **9.** | Test do oznaczania lekowrażliowsci bakterii Gram ujemnych wielolekoopornych z:Ceftazydym/awibactam Ceftolozan/tazobactamFosfomycyną Meropenem/waborbactam  | **Tak** | **XXX** |
| **10.** | Testy lekowrażliwości i identyfikacji odczytywane wyłącznie przez analizator | **Tak** | **XXX** |
| **11.** | Inokulacja zawiesiny patogenu do testu wykonana NIE manualnie, tj. przy pomocy pipety jednokanałowej/wielokanałowej dozującej wymaganą ilości zawiesiny do każdej celki testu | **Tak** | **XXX** |
| **12.** | Testy do identyfikacji i/ lub do oznaczenia lekowrażliwości z opatrzone kodem kreskowym Producenta | **Tak** | **XXX** |
| **13.** | Wykonanie gęstości zawiesiny wyłącznie za pomocą densytometru | **Tak** | **XXX** |
| **14.** | Testy do identyfikacji i/ lub do oznaczenia lekowrażliwości zapewniające bezpieczeństwo pracy Użytkownika i środowiska. Testy szczelne po napełnieniu | **Tak** | **XXX** |
| **15.** | Termin ważności odczynników minimum 4 miesiące od daty dostarczenia do Zamawiającego | **Tak** | **XXX** |
| **16.** | Odczynniki robocze, materiały kontrolne/kalibratory, akcesoria, części zamienne analizatora pochodzą od jednego Producenta – Producenta analizatora; potwierdzone w oryginalnych dokumentach producenta. Rekomendacja Wykonawcy na odczynniki innego Producenta. | **Tak** | **XXX** |
| **17.** | Podłączenie na koszt Wykonawcy oferowanego systemu do Szpitalnego Laboratoryjnego Systemu Informatycznego Eskulap, w zakresie transmisji danych o próbce i danych demograficznych między analizatorem a LIS, dwukierunkowy interfejs.Podłączenie należ dokonać w okresie do 4 tygodni od daty instalacji aparatu | **Tak** | **XXX** |
| **18.** | Proces diagnostyczny od momentu rozpoczęcia testu do momentu uzyskania wyniku nie dłużej niż 24 h | **Podać** | **Podać czas wykonania oznaczeń** |
| **19.** | Odczynniki gotowe do użycia. Zamawiający nie dopuszcza przygotowania manualnego odczynników/roztworów | **Tak** | **XXX** |
| **20.** | Instrukcja obsługi analizatora zgodna z oferowanym analizatoremInstrukcja z numerem wersji, datą aktualizacji i symbolem modelu oferowanego analizatora. Instrukcja w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | **Tak**  | **XXX** |
| **21.** | Zaoferowany system kompletny zawierający wymagany wg procedury sprzęt do wykonania identyfikacji i lekowarażliwości drobnoustrojów | **Tak** | **XXX** |
| **22.** | Pełną gwarancję eksploatacyjną oraz przeglądy gwarancyjne aparatów zgodnie z zaleceniami Producenta przez okres obowiązywania umowy, ale nie rzadziej niż jeden raz na rok z wymianą części zużywalnych i zamiennych | **Podać** | **Podać wymagany procedurą harmonogram przeglądów serwisowych** |
| **23.** | Dostawa kompletnego analizatora i sprzętu dodatkowego wraz z ich instalacją w terminie do 4 tygodni od zawarcia umowy | **Tak** | **XXX** |
| **24.** | Bezpłatne przeszkolenie personelu w pełnym zakresie niezbędnym do poprawnej obsługi analizatora i sprzętu dodatkowego w siedzibie Zamawiającego w okresie do 5 dni roboczych od daty instalacji analizatora oraz wsparcie merytoryczne i techniczne w siedzibie Zamawiającego przez cały czas trwania umowy w zależności od potrzeby | **Tak** | **XXX** |
| **25.** | Maksymalne wymiary analizatora:- szerokość do 90 cm- wysokość do 70 cm- głębokość do 90 cm | **Podać** | **Podać** **wymiary analizatora** |
| **26.** | Zasilanie 230V (16A) wg PN | **Tak**  | **XXX** |
| **27.** | Wszystkie prace związane z podłączeniem analizatora do mediów szpitalnych po stronie Wykonawcy | **Podać** | **Podać media** |
| **28.** | UPS do podtrzymania pracy całego systemu na minimum 10 minut z pełną gwarancją eksploatacyjną oraz przeglądami gwarancyjnym na czas trwania umowy tj. 24 miesiące  | **Podać** | **Podać rodzaj UPS** |
| **29.** | Możliwość archiwizacji wykonanych testów na nośniku pamięci | **Tak** | **XXX** |
| **KRYTERIA JAKOŚCIOWE** |
| **30.** | Automatyzacja wykonywanego testu, etap napełniania testu, zamykania napełnionego testu i usuwania testu po zakończonym odczycie bez udziału Użytkownika | **Tak/ Nie** | Tak – 20 pktNie – 0 pktPodać ……….W przypadku braku informacji Zamawiający przyjmuje NIE |
| **31.** | Test bez dodatkowych odczynników dodawanych do zawiesiny w celu interpretacji lekowrażliowści przez analizator. | **Tak/ Nie** | Tak – 20 pktNie – 0 pktPodać ……….W przypadku braku informacji Zamawiający przyjmuje NIE |

**Uwaga! Należy (bezwzględnie) wypełnić wszystkie pola odpowiedzi!**

**Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi traktowany będzie jako brak danego parametru/warunku w oferowanym asortymencie i spowoduje odrzucenie oferty, z zastrzeżeniem art. 107 ust 2 pzp.**

**Wykonawca oświadcza, że Zamawiający nie poniesie żadnych dodatkowych kosztów związanych z realizacją przedmiotu zamówienia.**

**Zakres zamówienia obejmuje: dostawę (zakup) oraz montaż, uruchomienie i przeszkolenie personelu.**

**Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia wszystkie wymagania określone przez Zamawiającego, określone w SWZ, wymienione w tabeli nr 3**

**Osobą/osobami odpowiedzialną/nymi za realizację umowy ze strony Wykonawcy jest/są:………………………..… (imię, nazwisko, telefon, e-mail)**

**Załącznik nr 1 – OPZ – Opis przedmiotu zamówienia**

**PAKIET nr 2 - Dostawa odczynników, części eksploatacyjnych do wykonania 16.000 badań hodowli krwi, wraz z dzierżawą analizatorów do monitorowania i hodowli drobnoustrojów z krwi w płynnych podłożach na czas trwania umowy tj. okres 24 miesięcy**.

**Przedmiot zamówienia stanowi:**

1. Dostawę odczynników, części eksploatacyjnych do wykonania **16.000** badań hodowli krwi, wraz z dzierżawą analizatorów do monitorowania i hodowli drobnoustrojów z krwi w płynnych podłożach szczegóły określono w tabeli nr 1 na czas trwania umowy tj. okres 24 miesięcy.
2. Dzierżawę aparatów:
* analizator główny nr 1 - lokalizacja: budynek Klinika Psychiatrii, Pracownia Mikrobiologii, minimalna pojemność analizatora **200** miejsc pomiarowych
* analizator satelitarny nr 2 – lokalizacja: budynek główny Szpitala, Centralne Laboratorium, pomieszczenie nr 131b, minimalna pojemność analizatora **120** miejsc pomiarowych
1. Przyłączenie aparatury do Szpitalnego Laboratoryjnego Systemu Informatycznego Eskulap ( interfejs programowy pomiędzy analizatorem a LIS Eskulap po stronie Wykonawcy).
2. Wykonawca dostarcza wszystkie niezbędne sprzęty i oprogramowania do należytego wykonania i interpretacji badań
3. Szkolenie z zakresu obsługi sprzętu, wykonywania badań oraz interpretacji wyników po podpisaniu umowy w siedzibie Zamawiającego oraz przez cały czas trwania umowy w zależności od potrzeby – wsparcie merytoryczne i techniczne na każdym etapie badania przez podmiot posiadający autoryzację Producenta

**Tabela nr 1 Tabela asortymentowo – cenowa**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Przedmiot oferty** | **Producent****Kod katalogowy****Nazwa** | **Ilość badań** | **Ilość opakowań****(a)** | **Ilość badań****z 1****opakowania / ilość miesięcy**  | ***Cena jednostkowa netto 1 opakowania / cena dzierżawy netto-za 1 miesiąc(b)*** | ***Cena jednostkowa brutto 1 opakowania / cena dzierżawy netto-za 1 miesiąc*** | **Wartość** **netto** **(a x b = c)** | **Podatek****VAT****(w %)** | **Wartość brutto** **(d)** |
| 1. | Butelki z podłożem płynnym do hodowli:- bakterii tlenowych jak i grzybów drożdżopodobnych - bakterii beztlenowych - od pacjentów dorosłych - od pacjentów pediatrycznych - podłoża **z** czynnikiem neutralizującym antybiotyk Wymienić proponowane butelki1. |  | **16.000** |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Kalibratory2Wyszczególnić: jeżeli takie kalibratory są wymagane wg Producenta |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Akcesoria i materiały eksploatacyjne3.Wyszczególnić i podać wielkość opakowania:- do wykonania podhodowli z dodatniej butelki w liczbie **2000,** z podaniem wielkości opakowania, na czas trwania umowy tj. 24 miesięcy |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Dzierżawa - analizator główny nr 1 wymienić składowe systemu |  |  |  | 24 miesięcy |  |  |  |  |  |
| 5. | Dzierżawa -analizator satelitarny nr 2wymienić składowe systemu |  |  |  | 24 miesięcy |  |  |  |  |  |
|  | Wartość nettozamówienia (ogółem) | Podatek VAT(w %) | **Wartość brutto zamówieni****(ogółem)** |
|  … zł |  … zł |  …  **zł** |

**1.dotyczy tabeli nr 1, punkt 1 - Zamawiający zastrzega sobie prawo do wyboru asortymentu w ramach łącznej zamawianej ilości odczynników**

**Do kalkulacji podać liczbę opakowań zaokrągloną w górę do pełnego opakowania oraz uwzględnić trwałość odczynników po otwarciu**

1.Wyszczególnić wszystkie odczynniki, które zapewnią wykonanie badań zgodnie z wymaganiami SWZ, z uwzględnieniem trwałości odczynnika.

2.Wyszczególnić wszystkie materiały, które zapewnią wykonanie kalibracji.

3.Wyszczególnić wszystkie akcesoria i materiały eksploatacyjne w liczbie zapewniającej wykonanie zaplanowanej liczby badań zgodnie z wymaganiami SWZ, z uwzględnieniem trwałości odczynnika po otwarciu

1) Cena pakietu poz.1 ( bez VAT) :…………………………………………………………………….…

 Słownie : ……………………………………………………………………………………………………

 Cena pakietu poz.1 (z VAT) ……………………………………………………………..………….....

 Słownie : …………………………………………………………………………………………….…......

2) Cena dzierżawy poz. 4 i 5 za okres 1-go miesiąca ( bez VAT)................................................... ...... …

 Słownie:…………………………………………………………………………………………………………….…

 Cena dzierżawy poz.4 i 5 za okres 1-go miesiąca (z VAT)........................................... ...... …

 Słownie:…………………………………………………………………………………………………………….…

3)Cena dzierżawy poz. 4 i 5 za okres 24 miesięcy (bez VAT)............................................ ………………….

 Słownie : .......................................................................................................................................................

 Cena dzierżawy poz. 4 i 5 za okres 24 miesięcy ( z VAT) ...........................................................................

 Słownie: ........................................................................................................................................................

4) Cena pakietu całkowita brutto (poz. 1-5 ) ( bez VAT) ……………… ……………………………….…

 Słownie :………………………………………………………………………………………………..…..

 Cena pakietu całkowita ( poz. 1-5) ( z VAT) ……………………………………………………….…..

 Słownie : …………………………………………………………………………………….………….…

**\*Cena brutto stanowi całkowitą cenę za całość zaoferowanego przedmiotu zamówienia tj.: za dostawę i dzierżawę.**

**Niespełnienie warunków podanych w powyższej tabeli lub nie wypełnienie tabeli skutkuje odrzuceniem oferty.**

**Zamawiający nie może wezwać do uzupełnienia treści oferty.**

|  |  |
| --- | --- |
| Analizator nr 1Producent / Firma/ Kraj: ...................................................................... Urządzenie /Typ: ................................................................................ Rok produkcji: ………………………………………………………Analizator nr 2 Producent / Firma/ Kraj: ...................................................................... Urządzenie /Typ: ................................................................................ Rok produkcji: ………………………………………………………**Tabela nr 2 Zestawienie parametrów wymaganych/granicznych** |  |

|  |
| --- |
| **Analizator główny nr 1 - lokalizacja Pracownia Mikrobiologii** |
| **L.p.** | **Parametry wymagane /graniczne** | **Wymagana odpowiedź** | **Wykonawca poda wymagane informacje** **Pozycje zaznaczone „xxx..” wykonawca** **nie wypełnia, tylko potwierdzi pod tabelą** **spełnienie wymagań podanych** **w niniejszej tabeli.** |
| **1.** | Analizator najnowszy technologicznie do ciągłego monitorowania i hodowli krwi w podłożach płynnych z minimalną liczbą 200 miejsc pomiarowych Analizator wyprodukowany nie wcześniej niż w 2021 r., z pełną gwarancją eksploatacyjną, po przeglądzie | **Podać** | **Podać datę produkcji** |
| **2.** | Pełną gwarancję eksploatacyjną oraz przeglądy gwarancyjne aparatów zgodnie z zaleceniami Producenta przez okres obowiązywania umowy, ale nie rzadziej niż jeden raz na rok z wymianą części zużywalnych i zamiennych | **Tak** | **XXX** |
| **3.** | Butelki z podłożem hodowlanym z neutralizatorem środków przeciwdrobnoustrojowych do wykrywania bakterii tlenowych, beztlenowych i grzybów drożdżopodobnych z krwi od pacjentów pediatrycznych i pacjentów dorosłych  | **Tak** | **XXX** |
| **4.** | Możliwość podglądu w aparacie krzywej wzrostu | **Tak** | **XXX** |
| **5.** | Butelki z podłożem hodowlanym wykonane z materiału nietłukącego, innego niż szkło | **Tak** | **XXX** |
| **6.** | Termin ważności wszystkich dostarczonych odczynników minimum 6 miesięcy od daty dostarczenia do Zamawiającego | **Tak** | **XXX** |
| **7.** | Bezpłatne przeszkolenie personelu w pełnym zakresie niezbędnym do poprawnej obsługi analizatora i sprzętu dodatkowego w siedzibie Zamawiającego w okresie do 5 dni kalendarzowych od daty instalacji analizatora oraz wsparcie merytoryczne i techniczne w siedzibie Zamawiającego przez cały czas trwania umowy w zależności od potrzeby | **Tak** | **XXX** |
| **8.** | System zabezpieczający oraz zapisujący dane o butelkach w aparacie w przypadku awarii sieci energetycznej lub spadku napięcia i pozwalający na kontynuowanie wykonywanych badań po awarii | **Tak** | **XXX** |
| **9.** | Dostawa kompletnego analizatora w terminie do 4 tygodni od daty podpisania umowy | **Tak** | **XXX** |
| **10.** | Instrukcja obsługi analizatora zgodna z oferowanym analizatoremInstrukcja z numerem wersji, datą aktualizacji i symbolem modelu oferowanego analizatora. Instrukcja w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | **Tak** | **XXX** |
| **11.** | Przechowywanie butelek w temperaturze pokojowej | **Tak** | **XXX** |
| **12.** | Możliwość archiwizacji danych z aparatu na nośniku pamięci | **Tak** | **XXX** |
| **13.** | Podłączenie na koszt Wykonawcy oferowanego analizatora do Szpitalnego Laboratoryjnego Systemu Informatycznego, Eskulap w zakresie transmisji danych o próbce i danych demograficznych między aparatami a systemem, dwukierunkowy interfejs. Podłączenie należ dokonać w okresie do 3 tygodni od daty instalacji aparatu.  | **Tak** | **XXX** |
| **14.** | Umieszczenie butelki w celi pomiarowej bez dodatkowego sprzętu wymaganego do butelki | **Tak** | **XXX** |
| **15.** | Łatwo odklejany fragment kodu kreskowego z kodu kreskowego etykiety butelki, który identyfikuje butelkę. Kod kreskowy butelki dwudzielny | **Tak** | **XXX**  |
| **16.** | Szufladowa budowa analizatora | **Tak** | **XXX** |
| **17.** | Podłoże z dodatniej hodowli nie interferuje podczas barwienia podłoże bez węgla drzewnego  | **Tak** | **XXX** |
| **18.** | Posiadanie zwalidowanej przez EUCAST i potwierdzonej dokumentem, procedury wykonania lekowrażliwości bezpośrednio z dodatniej hodowli krwi oferowanych podłoży dot. metody RAST | **Tak** | **XXX** |
| **19.** | Sygnalizacja wizualna i dźwiękowa dodatniej hodowli oraz generowanie raportu z dodatniej hodowli  | **Tak** | **XXX** |
| **20** |  Czytnik kodów kreskowych wybudowany w analizator | **Tak** | **XXX** |
| **21.** | Jeden producent analizatora i butelek do hodowli | **Tak** | **XXX** |
| **22.** | Butelki do hodowli kompatybilne do analizatora głównego i analizatora satelitarnego | **Tak** | **XXX** |
| **23.** | Możliwość zastosowania różnego czasu inkubacji dla pojedynczej butelki | **Tak** | **XXX** |
| **24.** | Oryginalne odczynniki Producenta, nie zamienniki | **Tak** | **XXX** |
| **25.** | Losowe umieszczanie butelek w analizatorze | **Tak** | **XXX** |
| **26.** | Natychmiastowa sygnalizacja próbki dodatniej wizualna i dźwiękowa | **Tak** | **XXX** |
| **27.** |  Maksymalne wymiary analizatora:- szerokość do 90 cm- głębokość do 90 cm | **Podać** | **Podać wymiary analizatora** |
| **28.** | Wykonawca zobowiązuje się do sprzedaży wprowadzonych nowych butelek z podłożem, w czasie trwania umowy, w cenie identycznej do proponowanej w umowie | **Tak** | **XXX** |
| **29.** | Zasilanie 230V (16A) wg PN | **Tak** | **XXX** |
| **30.** | Wszystkie prace związane z podłączeniem aparatu do mediów szpitalnych po stronie Wykonawcy | **Podać** | **Podać media** |
| **31.** | UPS do podtrzymania pracy całego systemu na minimum 10 minut z pełną gwarancją eksploatacyjną oraz przeglądami gwarancyjnym na czas trwania umowy tj. 24 miesiące | **Podać** | **Podać symbol UPS** |
| **Analizator satelitarny nr 2 – lokalizacja Centralne Laboratorium, pomieszczenie nr 131 b**  |
| **32.** | Analizator najnowszy technologicznie do ciągłego monitorowania i hodowli krwi z minimalną liczbą 120 miejsc pomiarowychAnalizator wyprodukowany nie wcześniej niż w 2021 r., z pełną gwarancją eksploatacyjną, po przeglądzie | **Podać** | **Podać datę produkcji** |
| **33.** | Pełna gwarancja eksploatacyjna oraz przeglądy gwarancyjne analizatora według zaleceń Producenta | **Tak** | **XXX** |
| **34.** | Modułowa budowa analizatora zapewniająca możliwość rozbudowy | **Tak** | **XXX** |
| **35.** | Oryginalne odczynniki Producenta, nie zamienniki | **Tak** | **XXX** |
| **36.** |  System zabezpieczający oraz zapisujący dane o próbach w analizatora w przypadku awarii sieci energetycznej lub spadku napięcia i pozwalający na kontynuowanie wykonywanych badań po awarii  | **Tak** | **XXX** |
| **37.** | Sygnalizacja wizualna i dźwiękowa dodatniej hodowli oraz generowanie raportu z dodatniej hodowli  | **Tak** | **XXX** |
| **38.** | Dostawa kompletnego analizatora w terminie do 4 tygodni od daty zawarcia umowy | **Tak** | **XXX** |
| **39.** | Zaoferowany system kompletny zawierający wymagany wg procedury sprzęt do wykonania hodowli krwi | **Tak** | **XXX** |
| **40.** | Butelki kompatybilne do analizatora głównego i analizatora satelitarnego | **Tak** | **XXX** |
| **41.** | Maksymalne wymiary analizatora:- szerokość do 80 cm- głębokość do 90 cm | **Podać** | **Poda wymiary analizatora** |
| **42.** | Losowe umieszczanie butelek w analizatorze | **Tak** | **XXX** |
| **43.** | Możliwość zastosowania różnego czasu inkubacji dla pojedynczej butelki | **Tak** | **XXX** |
| **44.** | Podłączenie na koszt Wykonawcy oferowanego aparatu do Szpitalnego Laboratoryjnego Systemu Informatycznego Eskulap w zakresie transmisji danych o próbce i danych demograficznych między aparatem a systemem, dwu kierunkowy interfejs. Podłączenie należ dokonać w okresie do 3 tygodni od daty instalacji aparatu | **Tak** | **XXX** |
| **45.** | Możliwość generowania raportu o butelkach umieszczonych w analizatorze | **Tak** | **XXX** |
| **46.** | Bezpłatne przeszkolenie personelu w pełnym zakresie niezbędnym do poprawnej obsługi analizatora i sprzętu dodatkowego w siedzibie Zamawiającego w okresie do 5 dni kalendarzowych od daty instalacji analizatora oraz wsparcie merytoryczne i techniczne w siedzibie Zamawiającego przez cały czas trwania umowy w zależności od potrzeby. | **Tak** | **XXX** |
| **47.** | Zasilanie 230V (16A) wg PN | **Tak** | **XXX** |
| **48.** | Wszystkie prace związane z podłączeniem analizatora do mediów szpitalnych po stronie Wykonawcy | **Podać** | **Podać media** |
| **49.** | UPS do podtrzymania pracy całego systemu na minimum 10 minut z pełną gwarancją eksploatacyjną oraz przeglądami gwarancyjnym na czas trwania umowy tj. 24 miesiące | **Podać** | **Podać model UPS** |
| **50.** | Możliwość generowania raportu o butelkach umieszczonych w analizatorze  | **Tak** | **XXX** |
| **KRYTERIA JAKOŚCIOWE** |
| **51.** | System umożliwiający kontynuację hodowli butelki tj. zachowany protokół inkubacji butelki usuniętej z analizatora satelitarnego znajdującego się poza Pracownia Mikrobiologii celem umieszczenia w analizatorze głównym w Pracowni Mikrobiologii budynek Klinika Psychiatrii | **Tak / Nie** | **Tak – 30 pkt****Nie – 0 pkt****Podać ……….****W przypadku braku informacji Zamawiający przyjmuje NIE** |
| **52.** | System sygnalizujący w Pracowni Mikrobiologii, status dodatniej butelki w analizatorze satelitarnym zainstalowanym poza Pracownią Mikrobiologii | **Tak / Nie** | **Tak – 5 pkt****Nie – 0 pkt****Podać ……….****W przypadku braku informacji Zamawiający przyjmuje NIE** |
| **53.** | Bezpieczny przesiew dodatnich butelek przy pomocy adapteru, NIE przy pomocy standardowej igły lub igły i strzykawki.Eliminacja aerozolu | **Tak / Nie** | **Tak – 5 pkt****Nie – 0 pkt****Podać ……….****W przypadku braku informacji Zamawiający przyjmuje NIE** |

**Uwaga! Należy (bezwzględnie) wypełnić wszystkie pola odpowiedzi!**

**Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola odpowiedzi traktowany będzie jako brak danego parametru/warunku w oferowanym asortymencie i spowoduje odrzucenie oferty, z zastrzeżeniem art. 107 ust 2 pzp.**

**Wykonawca oświadcza, że Zamawiający nie poniesie żadnych dodatkowych kosztów związanych z realizacją przedmiotu zamówienia.**

**Zakres zamówienia obejmuje: dostawę (zakup) oraz montaż, uruchomienie i przeszkolenie personelu.**

**Oświadczam, że oferowany przedmiot zamówienia spełnia wszystkie wymagania określone przez Zamawiającego, określone w SWZ, wymienione w tabeli nr 2.**

**Osobą/osobami odpowiedzialną/nymi za realizację umowy ze strony Wykonawcy jest/są :………………………..… (imię, nazwisko, telefon, mail)**