Ogłoszenie o zamówieniu nr 10/SORFM/2024

FORMULARZ OFERTOWY CZĘŚĆ 3.

Dane Wykonawcy:

Nazwa: ....................................................................................................

Siedziba: .................................................................................................

Numer NIP: ............................................................................................

Numer REGON: .....................................................................................

Adres poczty elektronicznej: ..................................................................

Numer telefonu: ......................................................................................

1. Odpowiadając na zapytanie ofertowe dotyczące dostawy sprzętu medycznego oraz mebli do obszaru resuscytacyjno - zabiegowego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala Specjalistycznego Artmedik Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością. oferuję:

Łączną kwotę za wykonanie przedmiotu zamówienia określonego jako Część 3
w zapytaniu ofertowym:

……………………………….….. brutto

Słownie:

……………………………………………………………………………………………………………. brutto

**Analizator parametrów krytycznych – 1 sztuka.**

|  |
| --- |
| **Analizator parametrów krytycznych** |
| **Oferowane Urządzenie** |
| Producent, adres |  |
| Nazwa urządzenia, model |  |
| Kraj produkcji |  |
| Rok produkcji |  |
| Inne, podać jakie |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagania minimalne** | **Parametr wymagany** | **TAK – spełniam****NIE – nie spełniam** | **Parametr oferowany** | **Potwierdzenie spełniania danego parametru w załączonej dokumentacji technicznej.** |
| 1. | Analizator do oznaczania parametrów krytycznych pracujący na bazie wielotestowej kasety zawierającej odczynniki, kalibratory, pojemnik na ścieki, oddzielną kasetę sensorową/elektrodową  | TAK, opisać |  |  |  |
| 2. | **Wymagania ogólne** | X |  |  |  |
| 3. | Menu w języku polskim | TAK |  |  |  |
| 4. | Analizator w pełni automatyczny i bezobsługowy | TAK |  |  |  |
| 5. | Możliwość wykonania badania min. z krwi tętniczej, z krwi włośniczkowej oraz krwi żylnej | TAK, podać |  |  |  |
| 6. | Analizator wyposażony w wbudowaną drukarkę | TAK |  |  |  |
| 7. | Parametry mierzone min.: pH, pCO2, pO2, Na+, K+, Ca2+, Cl-, glukoza, mleczany, biblirubina, COHb, O2Hb, HHb, MetHb, HbF, Hb | TAK, podać |  |  |  |
| 8. | Możliwość oznaczenia poziomu mOsm oraz Ca2+ od wartości 0,1 mmol/l  | TAK |  |  |  |
| 9. | Możliwość archiwizacji wyników i ich odtwarzania | TAK |  |  |  |
| 10. | Analizator posiadający mapę równowagi kwasowo-zasadowej zawierającą wykresy wyników pacjenta w odniesieniu do wyników standardowych | TAK |  |  |  |
| 11. | Możliwość wyboru przez użytkownika stosowania różnych rodzajów zestawów odczynnikowych pod względem ilości oznaczeń | TAK |  |  |  |
| 12. | Monitorowanie poziomu odczynników | TAK |  |  |  |
| 13. | Wymiana materiałów eksploatacyjnych niezależnie od siebie | TAK |  |  |  |
| 14. | System zdalnego nadzoru nad wszystkimi analizatorami parametrów krytycznych będących w posiadaniu i użytkowaniu przez Zamawiającego. | TAK |  |  |  |
| 15. | Czas pomiaru parametrów (łącznie z wydrukiem) max. 60 [s] | TAK, podać |  |  |  |
| 16. | Wbudowany akumulator lub zewnętrzny UPS umożliwiający prace analizatora przez co najmniej 30 min. | TAK |  |  |  |
| 17. | Objętość próbki potrzebna do oznaczenia wszystkich parametrów max. 70 [μl] | TAK, podać |  |  |  |
| 18. | Automatyczna kontrola jakości zapewniająca kontrolę aparatu codziennie na 3 poziomach ( niski, średni, wysoki) bez konieczności uzupełniania materiału kontrolnego lub innej ingerencji Operatora przez co najmniej 8 dni | TAK, podać |  |  |  |
| 19. | Łączny dobowy czas kalibracji analizatora max. 30 min. | TAK, podać |  |  |  |
| 20. | **Informacje dodatkowe** | X |  |  |  |
| 21. | W ramach oferty Wykonawca na własny koszt i we własnym zakresie dokona instalacji wraz z wykonaniem testu instalacyjnego urządzenia | TAK |  |  |  |
| 22. | Kompleksowe szkolenie personelu w zakresie: obsługi analizatora oraz pobierania materiału z uwzględnieniem wpływu czynników przed analitycznych (miejsce: siedziba Zamawiającego, czas i ilość osób: do ustalenia przed szkoleniem) | TAK |  |  |  |
| 23. | Instrukcja obsługi (wraz z kodami błędów i sposobami ich rozwiązywania) do każdego egzemplarza oferowanego urządzenia w języku polskim (przy dostawie) | TAK |  |  |  |
| 24. | Oprogramowanie KS-SOLAB niezbędne do funkcjonowania urządzenia wraz z systemem medycznym używanym przez Zamawiającego , usługa wdrożeniowa w/w oprogramowania  | TAK |  |  |  |
| 25. | Materiały eksploatacyjne ( odczynniki +kasety ) niezbędne do nieprzerwanej pracy przez okres 10 miesięcy od daty uruchomienia analizatora | TAK |  |  |  |
| 26. | Gwarancja min. 24 miesiące | TAK |  |  |  |

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią zapytania ofertowego oraz jego załącznikami, udostępnioną przez Zamawiającego.
2. Oświadczam, że nie wnoszę do nich uwag oraz, że akceptuję istotne postanowienia zapytania ofertowego oraz treść umowy.
3. Zobowiązuję się do wykonania przedmiotu zamówienia w zakresie wskazanym w Zapytaniu ofertowym.
4. Oświadczam, że oferowany sprzęt jest fabrycznie nowy, rok produkcji 2023, lub nowszy, posiada Deklaracje zgodności CE i zgłoszenie/wpis do rejestru wyrobów medycznych.
5. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. 2023 poz. 129).

 ………………………………….

 /Podpis Oferenta lub osoby upoważnionej/