**Załącznik nr 2 do SWZ**

**Zamawiający: Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa   
Otwartego Warszawa – Ochota**

**ul. Szczęśliwicka 36**

**02-353 Warszawa  
NIP: 526-17-71-472; REGON: 010202670**

Nazwa Wykonawcy ................................................................

Adres Wykonawcy ...............................................................

**Formularz asortymentowo-cenowy - modyfikacja**

składany w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, prowadzonego w trybie podstawowym z możliwością negocjacji, na podstawie art. 275 pkt 2 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2023 r., poz. 1605 ze zm.), którego przedmiotem jest:

***„Dostawa odczynników i dzierżawa aparatu/-ów do oceny morfologii krwi żylnej z rozdziałem krwinek białych (5-DIFF) i oceną retikulocytów oraz OB w próbce krwi pobranej na EDTA”.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Producent i Nr kat. | Ilość ozn. na 36 m-cy | Wielkość opakowania | Ilość op. | Cena 1 op. netto | Wartość netto | Vat % | Wartość brutto |
|
| 1. 1 | Odczynniki potrzebne do oceny morfologii krwi żylnej (CBC +5DIFF) |  | 80 000 |  |  |  |  |  |  |
| 1. 2 | Odczynniki do oceny parametru OB |  | 50 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | Odczynniki do oceny retikulocytów |  | 3 000 |  |  |  |  |  |  |
|  | **Kontrole\*** |  | harmonogram |  |  |  |  |  |  |
|  | **Materiały zużywalne** |  | wg potrzeb |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  | ------------ |  |  |  |  |  |  |

* Kontrole wykonywane w dni pracujące od poniedziałku do piątku
* Morfologia krwi żylnej: na 3 poziomach
* OB: na 2 poziomach
* Retikulocyty: minimum na 2 poziomach

**Uwaga!!!**

Zamawiający dopuszcza możliwość zmodyfikowania tabeli asortymentowej o dodatkową ilość wierszy, w których oferent wymieni asortyment potrzebny do wykonania wymaganej ilości badań.

Zamawiający dopuszcza zaoferowanie krwi kontrolnej skalkulowanej w ilości uwzględniającej datę przydatności na opakowaniu i w ilości gwarantującej codzienne wykonanie kontroli.

Miejscowość i data: ………………….

…………………………………

Dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osoby upoważnione do reprezentowania Wykonawcy

**MODYFIKACJA - Załącznik nr 3 do SWZ**

**Specyfikacja techniczna oferowanego analizatora/ów i odczynników,**

składany w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, prowadzonego w trybie podstawowym z możliwością negocjacji, na podstawie art. 275 pkt 2 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2023 r., poz. 1605 ze zm.), którego przedmiotem jest:

***„Dostawa odczynników i dzierżawa aparatu/-ów do oceny morfologii krwi żylnej z rozdziałem krwinek białych (5-DIFF) i oceną retikulocytów oraz OB w próbce krwi pobranej na EDTA”.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry graniczne** | **Wymagana odpowiedź: TAK** |
|  | Analizator/y nie starszy niż z roku 2019 typu nastołowego, automatyczny |  |
|  | Wydajność analizatora 60 ozn./godz.,dotyczy morfologii CBC+DIFF |  |
|  | Kompatybilność z probówkami 2 ml K3E K3EDTA 13x75 |  |
|  | Flagowanie wyników patologicznych wraz z komunikatami opisującymi typowe patologie oraz informacje o stopniu zaawansowania patologii, dostęp do histogramów i scatergramów, opcja CITO – wykonywanie badań pilnych (dotyczy analizatora do oceny morfologii i retikulocytów) |  |
|  | Wymagana objętość próbki do wykonania pomiarów morfologii i retikulocytów poniżej 100 μl |  |
|  | Minimum dla zakresów liniowości dla próbki pierwotnej:  WBC do 400 000/μl, RBC do 8,0 mln/μl, PLT do min. 5 mln/μl, HCT do 75% |  |
|  | Parametry NRBC (wartość względna i bezwzględna) i PLT- O oznaczane i prezentowane na wyniku przy każdym pomiarze, metodą impedancyjną - Zamawiający dopuszcza zaoferowanie analizatora, który flaguje obecność NRBC oraz podaje ich wartościach (#/ %) jako parametr badawczy |  |
|  | Podajnik próbek – co najmniej 20 pozycji |  |
|  | Wbudowany czytnik kodów do identyfikacji próbek umożliwiający jednoczesny odczyt wszystkich wkładanych w danym nośniku próbek, bez konieczności ich indywidualnego, kolejnego przykładania przez użytkownika do okienka czytnika |  |
|  | Czujnik poziomu próbki (dotyczy analizatora do oceny morfologii i retikulocytów) |  |
|  | Certyfikowana, posiadająca ISO kontrola zewnątrzlaboratoryjna producenta  (dotyczy analizatora do oceny morfologii i retikulocytów) |  |
|  | Kontrola jakości parametrów min. na 2 poziomach dla OB i retykulocytów oraz min. na 3 poziomach dla morfologii krwi obwodowej. Pomiar i prezentacja wartości parametru w karcie kontroli z dokładnością do setnych części. (0,00) |  |
|  | Uczestnictwo w kontroli międzylaboratoryjnej dla badanych parametrów (minimalna częstotliwość to 2 razy na 12 miesięcy dla wszystkich parametrów czyli minimum 6 rund przez okres trwania umowy) |  |
|  | Zarządzanie odczynnikami -szacowanie zużycia odczynników przez system, sygnalizacja o kończącym się odczynniku. (dotyczy analizatora do oceny morfologii i retykulocytów) |  |
|  | Termin ważności materiałów kontrolnych minimum 2 miesiące od daty dostawy - Zamawiający dopuszcza zaoferowanie krwi kontrolnej skalkulowanej w ilości uwzględniającej datę przydatności na opakowaniu i w ilości gwarantującej codzienne wykonanie kontroli. |  |
|  | Dostawa analizatora/ów w ciągu 3 tygodni od podpisania umowy wraz ze wszelkimi akcesoriami umożliwiającymi prawidłową instalację aparatu zgodnie z wymaganiami przepisów BHP i PPOŻ i wpięciem do sytemu LIS. |  |
|  | Wykonanie walidacji metody oznaczania OB z metodą referencyjną Westergrena na minimum 30 próbkach pacjentów, z uwzględnieniem próbek w całym zakresie klinicznym parametru w Pracowni wskazanej przez Zamawiającego. (Walidacja obejmuje: dostarczenie niezbędnych probówek i innego sprzętu, opracowanie statystyczne uzyskanych wyników, wyznaczenie współczynnika korelacji tak aby wartość kliniczna uzyskanych wyników była tożsama z wynikami uzyskanymi metodą referencyjną) |  |
|  | Zapewnienie serwisu w formie zdalnej. (dotyczy analizatora do oceny morfologii i retikulocytów) |  |
|  | Czas reakcji serwisu – nie przekraczający 24 godzin w dni robocze, czas realizacji czynności serwisowych nie dłuższy niż 48 godzin, w dni robocze lub w razie stwierdzenia trwałej niesprawności analizatora wymiana w ciągu 4 dni roboczych na urządzenie wolne od wad.  Jeżeli podczas awarii analizatora zaistnieje konieczność wykonania badań, to Wykonawca zobowiązuje się pokryć koszty ich wykonania w innym MLD oraz koszty transportu materiału biologicznego. |  |
|  | Stacja robocza umożliwiająca wpięcie analizatora/ów do LIS: procesor dwurdzeniowy, 10 GB pamięci RAM, oprogramowanie min. Windows 10 lub nowsze, Antivirus ESET Endpoint Antyvirus, podstawowy pakiet Office, minimum 3 wejścia USB, monitor płaski min. 24 cali, awaryjny zasilacz UPS (400 VA) |  |
|  | Dostarczenie i bezpłatne serwisowanie inkubatora/cieplarki laboratoryjnej o regulowanym zakresie temperatury -5oC do +65oC, pojemności min 5l, zasilanego sieciowo 220V.  Po zakończeniu umowy urządzenie przechodzi na własność zamawiającego. |  |
|  | Dostarczenie i bezpłatne serwisowanie 2 mieszadeł hematologicznych wahliwych. Umożliwiających mieszanie cieczy w całym szeregu probówek od 0,5ml do 50ml.  Po zakończeniu umowy urządzenie przechodzi na własność zamawiającego. |  |
|  | W celu zapewnienia odpowiedniej temperatury:  dostawa klimatyzatora przenośnego o następujących parametrach:   Nominalna moc chłodzenia/grzania [kW]: **3,5** / 3,1   Pobór energii– (chłodzenie/grzanie) [kW]: **1,35/1,2**   Prąd znamionowy– (chłodzenie/grzanie) [A]: **5,9/5,3**   Napięcie znamionowe: **1/N/230 V~/50 Hz**   Współczynniki efektywności-(EER/COP): **2,6/2,6**   Sugerowana powierzchnia dla skutecznego chłodzenia [m2]: **16–35**   Klasa energetyczna– (chłodzenie/grzanie): **A/A+**   Poziom mocy akustycznej [dB(A)]: **65 do 62**   Prędkość obrotów wentylatora [rpm]: **1080/890/Auto**   Wielkość strumienia powietrza [m3/h]: **385/355/325**  Po zakończeniu umowy urządzenie przechodzi na własność zamawiającego. |  |
|  | Włączenie analizatora/ów do istniejącej w laboratorium sieci LIS Marcel na koszt oferenta |  |
|  | Dokumentacja techniczno-ruchowa w tym: instrukcje metodyczne, obsługi analizatora w języku polskim w wersji papierowej lub elektronicznej, karty charakterystyki odczynników dostarczone wraz z aparatem lub całodobowy dostęp online do aktualnych kart charakterystyki na stronie online. |  |
|  | Zapewnienie szkolenia pracowników w miejscu instalacji analizatora; |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry oceniane** | **Odpowiedź**  **TAK lub NIE** |
| 1 | Termin ważności odczynników minimum 6 miesięcy od daty dostawy (za wyjątkiem materiałów kontrolnych) |  |
| 2 | Dostawa cząstkowa odczynników w terminie maksymalnie do 4 dni roboczych od daty złożenia zamówienia. Uwaga – w przypadku zaoferowania terminu dłuższego niż 4 dni robocze od daty złożenia zamówienia, oferta zostanie odrzucona, jako niezgodna z warunkami zamówienia. | w terminie ……. dni |
| 3 | Instrukcja obsługi w języku polskim wbudowana w oprogramowanie z funkcją automatycznego przekierowania do opisu działań naprawczych dotyczących aktualnie wyświetlanego błędu bez konieczności manualnego wyszukiwania |  |
| 4 | Pomiar PLT metodą optyczną przy każdym pomiarze (punkty zostaną przyznane, gdy analizator posiada możliwość oznaczenia płytek w kanale optycznym) |  |

**Ocena jakości systemu**

1. Cechy graniczne – wszystkie odpowiedzi obowiązkowo twierdzące
2. Cechy oceniane :

* odpowiedź twierdząca– 10 pkt
* odpowiedź negatywna – 0 pkt

**Maksymalna ilość punktów łącznie za cechy oceniane – 40 pkt.**

**Łączna ocena jakości zadania**

* spełnienie wszystkich cech granicznych
* suma punktów za cechy oceniane

**Uwaga!**

„Parametry oceniane” są danymi ocennymi w kryteriach oceny ofert. W przypadku barku informacji Zamawiający przyjmie, że Wykonawca nie oferuje parametrów dodatkowo punktowanych wskazanych w kryterium i przyzna 0 (zero) punktów.

Miejscowość i data: ………………….

………………………………………………

Dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osoby upoważnione do reprezentowania Wykonawcy