**Załącznik Nr 2 do SWZ**

 **Formularz cenowy**

**\* Naza produktu, która będzie znajdowała się na fakturze o raz nazwa producenta, nr katalogowy**

**Dzierżawa aparatu do wykrywania gruźlicy latentnej z krwi TB IGRA - dzierżawa 1 rok**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa przedmiotu zamówienia** | **Okres dzierżawy****w kwartałach** | **Cena netto****dzierżawy za 1 kwartał** | **Cena brutto****dzierżawy za 1 kwartał** | **Stawka VAT****w %** | **Całkowita****wartość netto dzierżawy** | **Całkowita wartość brutto dzierżawy** |
| **1.** | **Dzierżawa aparatu do wykrywania gruźlicy latentnej z krwi TB IGRA** Należy podać :nazwę analizatora, model….....................................................nazwę producenta….................................................. | **4** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **J.m.** | **Ilość** | **Cena jednostkowa** **netto** | **Cena** **jednostkowa** **brutto** | **Stawka VAT** **w %** | **Wartość netto**  | **Wartość brutto** | **\*Nazwa handlowa produktu** |
| 1. | Test do wykrywania zakażenia latentnego prątkiem gruźlicy TB IGRA | oznaczenia | 400 |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Odczynniki, akcesoria niezbędne do wykonania i kalibracji w/w testów |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry graniczne (minimalne) dla oferowanego analizatora i odczynników** | **TAK / NIE** |
|  | Wieloparametrowy analizator do badan immunodiagnostycznych metodą enzymoimmunofluorescencyjną:  nazwa / typ / rok produkcji |   |
| 1 | Analizator fabrycznie nowy  Analizator, odczynniki, materiały kontrolne posiadają znak CE |  |
| 2 | Aparat niewymagający wykonywania czynności startowych (płukanie, wstawianie dodatkowych odczynników takich jak substraty, płyny dekontaminujace) |  |
| 3 | 3. Brak płynów płuczących i odczynników dodatkowych koniecznych do rutynowej obsługi aparatów. |  |
| 4 | 4. Aparat bezigłowy – wykluczenie możliwości kontaminacji próbki (przeniesienia oznaczanego składnika pomiędzy próbkami) i zakażenia personelu (jednorazowe zestawy testowe dla jednego pacjenta). |  |
| 5 | 5. Kompletne zestawy odczynników (zestawy testowe, kalibratory i kontrole wchodzące w skład zestawu). |  |
| 6 | 6. Możliwość wykonywania pojedynczych badań lub serii |  |
| 7 | 7. Zestawy odczynników, których otwarcie nie skraca terminu ważności opisanego na zestawie odczynnikowym. |  |
| 8 | 8. Oprogramowanie graficzne w języku polskim umożliwiające archiwizacje danych pacjentów i wyników |  |
| 9 | 9. Całkowicie automatyczny przebieg badania od momentu dodania próbki do zakończenia badania. |  |
| 10 | 10. Instalacja i przygotowanie analizatora do pracy wraz z bezpłatnym szkoleniem osób obsługujących |  |
| 11 | Automatyczne mieszanie próbek przed aspiracją w trybie pracy z podajnikiem. |  |
| 12 | 11. Analizator przeznaczony do pracy na stole laboratoryjnym |  |
| 13 | 12. Inkubacja materiału badanego dla testy w kierunku utajonego zakażenia prątkiem gruźlicy na pokładzie analizatora bez konieczności inkubowania w cieplarce zewnętrznej |  |
| 14 | 13. Wszystkie odczynniki i materiały zużywalne pochodzące od jednego producenta |  |
|  | 14. Kalibracja testu do rozpoznania utajonego zakażenia prątkiem gruźlicy nie częściej niż raz na 50 dni |  |
|  | 15. Możliwość zdalnej obsługi serwisowej analizatora z wykorzystaniem łącza internetowego |  |
|  | 16. Wpięcie do systemu laboratoryjnego |  |
| 15 | 1. Szkolenie personelu z obsługi aparatu
 |  |

Przedmiot zamówienia musi posiadać dokumenty dopuszczające do obrotu i używania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych (dla wyrobów nie zakwalifikowanych jako wyroby medyczne wymagane stosowne oświadczenie złożone przez Wykonawcę

Zamawiający wymaga dostarczenia w wersji drukowanej dla wszystkich produktów objętych umową, metodyk, kart charakterystyki preparatu niebezpiecznego, w języku polskim, które zostaną dołączone do pierwszej dostawy. Wszystkie odczynniki należy dostarczyć bezpośrednio do **Działu Diagnostyki Laboratoryjnej.**

|  |  |
| --- | --- |
|  | ................................................................................  |
|  |  (podpisy osoby/osób uprawnionej/uprawnionych  |
|  | do reprezentowania Wykonawcy) |  |
|  |  |  |  |  |