Załącznik nr 6a do SWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr pakietu** | **Nazwa pakietu** | **Opis** |
| **1** | **Biochemia** | **Dostawa odczynników, kalibratorów, materiałów kontrolnych i zużywalnych wraz z dzierżawą analizatora do biochemii** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **(podać model, nr katalogowy, rok produkcji analizatora):**  **……………………………………………………………………………………………………….** | | | |  |
| **Parametry graniczne** | | |
| **Określenie parametru** | **Parametr wymagany** | **Opis Wykonawcy** |
| Analizator w pełni automatyczny pracujący w trybie „pacjent po pacjencie". | **Tak** |  |
| Wydajność analizatora nie mniejsza niż 340 oznaczeń fotometrycznych | **Tak** |  |
| Wydajność analizatora nie mniejsza niż 60 oznaczeń dla ISE | **Tak** |  |
| Metody pomiaru: | **Tak** |  |
| Fotometryczne monochromatyczne i bichromatyczne: punktu końcowego i kinetyczne; ISE - minimum Na, K, Cl |
| Zakres pomiarowy fotometru 340 - 800 nm | **Tak** |  |
| Automatyczna detekcja mikroskrzepu w próbce badanej | **Tak** |  |
| Analiza w fazie ciekłej | **Tak** |  |
| Odczynniki płynne, gotowe do użycia | **Tak** |  |
| Możliwości analityczne: |  | |
| a) Biochemia - enzymy, substraty, ISE | **Tak** |  |
| b) Białka specyficzne | **Tak** |  |
| c) Monitorowanie leków | **Tak** |  |
| d) Środki uzależniające i trucizny | **Tak** |  |
| Modem serwisowy | **Tak** |  |
| Kuwety pomiarowe jednorazowego użytku | **Tak** |  |
| Automatyczne rozcieńczanie bądź zmiana objętości próbki po przekroczeniu liniowości metody | **Tak** |  |
| Priorytetowe oznaczanie próbek "cito" | **Tak** |  |
| Chłodzenie odczynników, kalibratorów i kontroli na pokładzie analizatora | **Tak** |  |
| Zapewnienie udziału w międzynarodowej kontroli jakości z opracowaniem statystycznym wyników poprzez dostarczenie odpowiednich materiałów kontrolnych (koszt należy uwzględnić w formularzu cenowym oraz załączyć opis oferowanego programu kontroli) | **Tak** |  |
| Oznaczenia dokonywane z próbek pierwotnych oraz z próbek pediatrycznych (poprzez aplikatory) | **Tak** |  |
| Analizator dwuigłowy (igła odczynnikowa i próbkowa) | **Tak** |  |
| Możliwość wykonywania badań w surowicy, osoczu, hemolizacie, moczu , PMR i krwi pełnej | **Tak** |  |
| Możliwość stałego monitorowania poziomu odczynników i badanych próbek. | **Tak** |  |
| Możliwość dostawiania lub wymiany odczynników „dostępnych na pokładzie" bez przerywania pracy analizatora. | **Tak** |  |
| Możliwość ciągłego podawania próbek bez przerywania pracy analizatora | **Tak** |  |
| Analizator oferowany fabrycznie nowy, nieużywany lub rok produkcji min. 2018, po przeglądzie technicznym wykonanym nie wcześniej niż 2 miesiące przed złożeniem oferty | **Tak** |  |
| Wirówka na 24 miejsca do wirowania probówek z krwią | **Tak** |  |
| Zgłaszanie awarii 24 godz. na dobę | **Tak** |  |
| Reakcja serwisowa w ciągu 24 godzin | **Tak** |  |
| Na czas awarii Wykonawca zapewnia analizator zapasowy lub pokrywa koszty wykonania badań w innym laboratorium, wraz z kosztami dowozu materiału | **Tak** |  |
| Zapewnienie wszystkich części zamiennych w czasie trwania umowy na koszt oferenta | **Tak** |  |
| Wykonawca zapewni klimatyzator do pomieszczenia, w którym pracować będzie analizator biochemiczny w celu zapewnienia odpowiedniej temperatury w pomieszczeniu o powierzchni ok. 20m2 | **Tak** |  |
| Stacja uzdatniania wody i zewnętrzny UPS dla podtrzymania pracy min. 30 minut | **Tak** |  |
| Możliwość jednoczesnego umieszczenia w aparacie min. 80 próbek | **Tak** |  |
| Przegląd techniczny co najmniej raz w roku przez okres trwania umowy | **Tak** |  |
| Zapewnienie bezpłatnej obsługi serwisowej w czasie trwania umowy | **Tak** |  |
| **Parametry zalecane (Kryterium II parametry techniczne)** | | |
| **Określenie parametru** |  |  |
| Zużycie wody do 2 litrów/godzinę | **10 pkt** |  |
| Zamknięty system utylizacji odpadów | **10 pkt** |  |
| Reakcja serwisowa w ciągu 12 godzin | **20 pkt** |  |

**Niespełnienie jednego z warunków granicznych powoduje odrzucenie oferty.**

**Wykaz badań:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ilość badań na 12 miesięcy** | **Cena jednostkowa opakowania**  **netto** | **Cena jednostkowe opakowania brutto** | **Ilość opakowań na 12 miesięcy** | **Wartość netto na 12 miesięcy** | **Wartość brutto na 12 miesięcy** |
| **Albuminy** | **2300** |  |  |  |  |  |
| **ALT** | **11500** |  |  |  |  |  |
| **Amylaza** | **3100** |  |  |  |  |  |
| **ASO** | **200** |  |  |  |  |  |
| **AST** | **11500** |  |  |  |  |  |
| **Białko całkowite** | **3200** |  |  |  |  |  |
| **Bilirubina bezpośrednia** | **200** |  |  |  |  |  |
| **Bilirubina całkowita** | **5200** |  |  |  |  |  |
| **Cholesterol** | **10200** |  |  |  |  |  |
| **Cholesterol HDL -metoda bezpośrednia** | **9500** |  |  |  |  |  |
| **CK** | **200** |  |  |  |  |  |
| **CRP** | **11100** |  |  |  |  |  |
| **Fosfataza zasadowa** | **3700** |  |  |  |  |  |
| **Fosfor** | **400** |  |  |  |  |  |
| **GGT** | **6000** |  |  |  |  |  |
| **Glukoza** | **16200** |  |  |  |  |  |
| **Kreatynina** | **15000** |  |  |  |  |  |
| **Kwas moczowy** | **6000** |  |  |  |  |  |
| **Magnez** | **800** |  |  |  |  |  |
| **Mocznik** | **6500** |  |  |  |  |  |
| **Jony (Na,K,Cl )** | **25000** | **Moduł ISE** | | | |  |
| **TIBC/UIBC** | **500** |  |  |  |  |  |
| **Trójglicerydy** | **9600** |  |  |  |  |  |
| **Wapń całkowity** | **1500** |  |  |  |  |  |
| **Żelazo** | **3700** |  |  |  |  |  |
| **Alkohol etylowy** | **200** |  |  |  |  |  |
| **DDimery** | **700** |  |  |  |  |  |
| **Hemoglobina glikowana** | **100** |  |  |  |  |  |
| **Białko w moczu** | **100** |  |  |  |  |  |
| **LDHL** | **200** |  |  |  |  |  |
| **Kontrola, kalibratory i elementy zużywalne**  **(eksploatacyjne)** |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | |  |  |

Wykonawca jest zobowiązany przy obliczaniu kosztów oferty do uwzględnienia ilości kalibratorów, materiałów kontrolnych oraz materiałów eksploatacyjnych (przy uwzględnieniu stabilności odczynników na pokładzie analizatora po otwarciu jednostkowych opakowań odczynników, ilości oznaczeń niezbędnych do wykonania kalibracji, ilości oznaczeń niezbędnych do wykonania codziennej kontroli jakości na 2 poziomach (parametr, którego ilość jest równa lub mniejsza od 400/1-rok - kontrolę wykonujemy dwa razy w tygodniu na 2 poziomach).

Oferent uzupełni ofertę o wykaz niezbędnego sprzętu/asortymentu do wykonania ww. ilości badań w okresie trwania umowy, w tym karty do badań w ilości 5 tys. szt.

**Czynsz dzierżawny:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ilość analizatorów w szt.** | **Netto**  **1 miesiąc** | **Brutto**  **1 miesiąc** | **Wartośćnetto**  **12 miesięcy** | **Wartość brutto**  **12 miesięcy** |
| **Czynsz dzierżawny** | **1 szt.** |  |  |  |  |

**Razem wartość pakiet nr 1 – Biochemia (odczynniki + kalibratory, kontrole, elementy zużywalne +dzierżawa)**

**................. PLN netto (słownie: ............................)**

**................. PLN brutto (słownie: ............................)**

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

Załącznik nr 6b do SWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr pakietu** | **Nazwa pakietu** | **Opis** |
| **2** | **Immunochemia** | **Dostawa odczynników, kalibratorów, materiałów kontrolnych i zużywalnych wraz z dzierżawą analizatora do immunochemii** |

**(podać model, nr katalogowy, rok produkcji analizatora):**

**…………………………………………………………………………………………………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Parametry graniczne** | | |
| **Określenie parametru** | **Parametr wymagany** | **Opis Wykonawcy** |
| Metoda chemiluminescencyjna pomiaru | **Tak** |  |
| Wydajność analizatora nie mniejsza niż 70 oznaczeń | **Tak** |  |
| Możliwość wykonania min 7 oznaczeń z jednej próbki | **Tak** |  |
| Szybkość otrzymania wyników troponiny do 12 min | **Tak** |  |
| Detektor wykrywania skrzepów i mikroskrzepów w próbce | **Tak** |  |
| Krzywa kalibracyjna zapisana w kodzie kreskowym, wczytywana automatycznie do pamięci aparatu | **Tak** |  |
| Priorytetowe oznaczanie próbek "cito" | **Tak** |  |
| Możliwość bezpośredniego stosowania próbek pierwotnych | **Tak** |  |
| System chłodzenia odczynników na pokładzie | **Tak** |  |
| Analizator oferowany fabrycznie nowy, nieużywany lub rok produkcji min. 2018, po przeglądzie technicznym wykonanym nie wcześniej niż 2 miesiące przed złożeniem oferty | **Tak** |  |
| Automatyczne monitorowanie stanu odczynników | **Tak** |  |
| Automatyczne rozcieńczenie próbki | **Tak** |  |
| Odczynniki gotowe do użycia | **Tak** |  |
| Wymienne końcówki w pipetorze zabezpieczające przed carry-over | **Tak** |  |
| Zgłaszanie awarii 24 godz. na dobę | **Tak** |  |
| Reakcja serwisowa w ciągu 24 godzin | **Tak** |  |
| Na czas awarii Wykonawca zapewnia analizator zapasowy lub pokrywa koszty wykonania badań w innym laboratorium, wraz z kosztami dowozu materiału | **Tak** |  |
| **Parametry zalecane (Kryterium II parametry techniczne)** | | |
| **Określenie parametru** |  |  |
| Materiał kontrolny wieloparametrowy | **20 pkt** |  |
| Reakcja serwisowa w ciągu 12 godzin | **20 pkt** |  |

**Niespełnienie jednego z warunków granicznych powoduje odrzucenie oferty.**

**Wykaz badań:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ilość badań na 12 miesięcy** | **Cena jednostkowa**  **opakowania netto** | **Cena jednostkowa**  **opakowania brutto** | **Ilość opakowań na 12 miesiące** | **Wartość netto na 12 miesięcy** | **Wartość brutto na 12 miesięcy** |
| **Troponina T hs STAT** | **1000** |  |  |  |  |  |
| **PSA** | **2300** |  |  |  |  |  |
| **TSH** | **7400** |  |  |  |  |  |
| **fT4** | **3200** |  |  |  |  |  |
| **fT3** | **2500** |  |  |  |  |  |
| **Beta-HCG** | **100** |  |  |  |  |  |
| **PCT** | **1000** |  |  |  |  |  |
| **IL-6** | **50** |  |  |  |  |  |
| **Kontrola, kalibratory i elementy zużywalne**  **(eksploatacyjne)** |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | |  |  |

Wykonawca jest zobowiązany przy obliczaniu kosztów oferty do uwzględnienia ilości kalibratorów, materiałów kontrolnych oraz materiałów eksploatacyjnych (przy uwzględnieniu stabilności odczynników na pokładzie analizatora po otwarciu jednostkowych opakowań odczynników), ilości oznaczeń niezbędnych do wykonania kalibracji, ilości oznaczeń niezbędnych do wykonania codziennej kontroli jakości dla TSH na 2 poziomach, dla parametrów: Troponina, PSA, FT3, FT4, Beta HCG, PCT, IL-6 - kontrolę wykonujemy 3 razy w tygodniu na 2 poziomach

Oferent uzupełni ofertę o wykaz niezbędnego sprzętu/asortymentu do wykonania ww. ilości badań w okresie trwania umowy.

**Czynsz dzierżawny:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ilość analizatorów w szt.** | **Netto**  **1 miesiąc** | **Brutto**  **1 miesiąc** | **Wartośćnetto**  **12 miesięcy** | **Wartość brutto**  **12 miesięcy** |
| **Czynsz dzierżawny** | **1 szt.** |  |  |  |  |

**Razem wartość pakiet nr 2 – Immunochemia: (odczynniki + kalibratory, kontrole, elementy zużywalne +dzierżawa)**

**................. PLN netto (słownie: ............................)**

**................. PLN brutto (słownie: ............................)**

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

Załącznik nr 6c do SWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr pakietu** | **Nazwa pakietu** | **Opis** |
| **3** | **Analityka** | **Dostawa odczynników, kalibratorów, materiałów kontrolnych i zużywalnych wraz z dzierżawą analizatora do analityki** |

**(podać model, nr katalogowy, rok produkcji analizatora):**

**…………………………………………………………………………………………………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ANALIZATOR MOCZU** | **Parametr wymagany** | **Opis Wykonawcy** |
| **Parametry graniczne** | | |
| **Określenie parametru** |  | |
| Wydajność min 400 oznaczeń na godzinę | **Tak** |  |
| Odczyt 10 parametrów fizykochemicznych moczu | **Tak** |  |
| Praca z wykorzystaniem pasków charakteryzujących się eliminacją kwasu askorbinowego na wynik | **Tak** |  |
| Możliwość wydruku w wybranych jednostkach | **Tak** |  |
| Flagowanie wyników patologicznych | **Tak** |  |
| Możliwość zdefiniowania barwy moczu | **Tak** |  |
| Kompensacja własnego zabarwienia moczu | **Tak** |  |
| Możliwość wyboru klarowności moczu | **Tak** |  |
| Barkodowe identyfikowanie próbek | **Tak** |  |
| Pamięć min 500 wyników | **Tak** |  |
| Kontrola jakości – pamięć min 20 wyników | **Tak** |  |
| Dotykowy ekran ciekłokrystaliczny | **Tak** |  |
| Wymagana czułość dla białka nie gorsza niż 20 mg/dl, dla glukozy nie gorsza niż 50 mg/dl | **Tak** |  |
| Automatyczne usuwanie zużytych pasków | **Tak** |  |
| Wykonawca dostarczy wirówkę laboratoryjną, kątową na 24 miejsca (nie starszą niż 4 lata) | **Tak** |  |
| Testy paskowe 10 parametrowe: glukoza, ciężar właściwy, ciała ketonowe, urobilinogen, bilirubina, leukocyty, białko, azotyny, erytrocyty, pH | **Tak** |  |
| Zgłaszanie awarii 24 godz. na dobę | **Tak** |  |
| Reakcja serwisowa w ciągu 24 godzin | **Tak** |  |
| Na czas awarii Wykonawca zapewnia analizator zapasowy lub pokrywa koszty wykonania badań w innym laboratorium, wraz z kosztami dowozu materiału | **Tak** |  |
| Analizator oferowany fabrycznie nowy, nieużywany lub rok produkcji min. 2017, po przeglądzie technicznym wykonanym nie wcześniej niż 1 miesiąc przed złożeniem oferty | **Tak** |  |
| **Parametry zalecane (Kryterium II parametry techniczne)** | | |
| **Określenie parametru** |  |  |
| Dwukrotny odczyt optyczny jednego paska w określonych przedziałach czasowych | **5 pkt** |  |
| Możliwość stosowania moczy kontrolnych innego producenta pasków z podanymi zakresami wartości dla oferowanego aparatu i pasków | **5 pkt** |  |
| Menu aparatu w języku polskim | **10 pkt** |  |
| Reakcja serwisowa w ciągu 12 godzin | **10 pkt** |  |
| Potwierdzona przez producenta walidacja testów paskowych i aparatu do ich odczytu | **5 pkt** |  |
| Kontrola zewnętrzna 2 x w roku- udostępniona dla laboratorium darmowo | **5 pkt** |  |

**Niespełnienie jednego z warunków granicznych powoduje odrzucenie oferty.**

**Wykaz badań:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ilość badań na 12 miesięcy** | **Cena opak. netto** | **Cena opak. brutto** | **Ilość opakowań na 12 miesięcy** | **Wartość netto na 12 miesięcy** | **Wartość brutto na 12 miesięcy** |
| **Badanie ogólne moczu** | **12000** |  | | | | |
| **testy paskowe** | **120 op**  **a’( 1x100)** |  |  |  |  |  |
| **mocz kontrolny**  **- poziom normal**  **- poziom patologiczny** | **360 oznaczeń** |  |  |  |  |  |
| **papier do drukarki** |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | |  |  |

Wykonawca jest zobowiązany przy obliczaniu kosztów oferty do uwzględnienia odpowiedniej ilości kalibratorów, materiałów kontrolnych oraz materiałów eksploatacyjnych (uwzględnić kontrolę jakości na 2 poziomach 180 dni w roku Oferent uzupełni ofertę o wykaz niezbędnego sprzętu/asortymentu do wykonania ww. ilości badań w okresie trwania umowy.

**Czynsz dzierżawny:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ilość analizatorów w szt.** | **Netto**  **1 miesiąc** | **Brutto**  **1 miesiąc** | **Wartośćnetto**  **12 miesięcy** | **Wartość brutto**  **12 miesięcy** |
| **Czynsz dzierżawny** | **1 szt.** |  |  |  |  |

**Razem wartość pakiet nr 3 – Analityka: (odczynniki + kalibratory, kontrole, elementy zużywalne +dzierżawa)**

**................. PLN netto (słownie: ............................)**

**................. PLN brutto (słownie: ............................)**

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

Załącznik nr 6d do SWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr pakietu** | **Nazwa pakietu** | **Opis** |
| **4** | **Hematologia** | **Dostawa odczynników, kalibratorów, materiałów kontrolnych i zużywalnych wraz z dzierżawą analizatora do hematologii** |

**…………………………………………………………………………………………………**

**(podać model, nr katalogowy, rok produkcji analizatora)**

**Parametry bezwzględne wymagane dla analizatora 5 diff (z rozdziałem krwinek białych na 5 populacji):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ANALIZATOR HEMATOLOGICZNY** | **Parametr wymagany** | **Opis Wykonawcy** |
| **Parametry graniczne** | | |
| **Określenie parametru** | | |
| Wydajność min. 60 oznaczeń na godzinę | **Tak** |  |
| Podajnik próbek na min. 20 próbówek (bez potrzeby ich otwierania) z czytnikiem kodów kreskowych i UPS w wyposażeniu analizatora | **Tak** |  |
| Wykonanie oznaczeń min 24 parametrów (5 DIFF) | **Tak** |  |
| Możliwość stosowania próbek systemu próżniowego lub systemu otwartego z przebijanym korkiem | **Tak** |  |
| Bezcyjankowa metoda pomiaru hemoglobiny | **Tak** |  |
| Automatyczne płukanie końcówki pobierającej krew | **Tak** |  |
| Analizator oferowany fabrycznie nowy, nieużywany lub rok produkcji min. 2016, po przeglądzie technicznym wykonanym nie wcześniej niż 1 miesiąc przed złożeniem oferty | **Tak** |  |
| Różnicowanie WBC na 5 populacji z wykorzystaniem fluorescencji cytometrii przepływowej w oparciu o laser półprzewodnikowy | **Tak** |  |
| Liniowość (bez wstępnego rozcieńczenia)  RBC min. do 8 mln / µl  WBC min do 300 mln / µl  PLT min do 5 mln / µl  HGB do 25g/dl | **Tak** |  |
| Termin ważności odczynników min. 6 miesięcy od daty dostawy - nie dotyczy krwi kontrolnej, dla której ważność wynosi 2 miesiące od daty dostawy do Zamawiającego zgodnie z harmonogramem dostaw | **Tak** |  |
| Kontrola zewnętrzna udostępniona dla laboratorium | **Tak** |  |
| Dla wszystkich parametrów jeden rodzaj krwi kontrolnej, której parametry wprowadzone są do aparatu za pomocą kodu | **Tak** |  |
| Całodobowa gotowość analizatora do pracy bez konieczności wyłączania - standby | **Tak** |  |
| Możliwość identyfikacji pacjenta w oparciu o kod paskowy | **Tak** |  |
| Instrukcja użytkowania w języku polskim | **Tak** |  |
| Zgłaszania awarii 24 godz. na dobę | **Tak** |  |
| Reakcja serwisu w ciągu max 24 godz. | **Tak** |  |
| Na czas awarii Wykonawca zapewnia analizator zapasowy lub pokrywa koszty wykonania badań w innym laboratorium, wraz z kosztami dowozu materiału. | **Tak** |  |
| Możliwość nadawania indywidualnych numerów dla badanych próbek | **Tak** |  |
| Dowolność trybu oznaczania dla każdej próbki (CBC lub CBC + DIFF), oszczędność odczynników w trybie pracy CBC | **Tak** |  |
| Możliwość oceny niedojrzałych granulocytów jako odrębnej populacji wyrażonej w wartościach bezwzględnych i procentach IG | **Tak** |  |
| Możliwość oceny całkowitej liczby WBC metodą optyczną | **Tak** |  |
| Flagowanie wyników patologicznych wraz z komunikatami opisującymi typowe patologie oraz stopniu zaawansowania patologii | **Tak** |  |
| Jeden rodzaj krwi kontrolnej dla wszystkich parametrów, parametry krwi kontrolnej wczytywane za pomocą kodu, ewentualnie z CD | **Tak** |  |
| Możliwość dwukierunkowej komunikacji z systemem informatycznym w czasie rzeczywistym i wprowadzenia danych demograficznych pacjenta z LIS | **Tak** |  |
| Analizator oferowany fabrycznie nowy, nieużywany lub rok produkcji min. ~~2018~~ **2016**, po przeglądzie technicznym wykonanym nie wcześniej niż 1 miesiąc przed złożeniem oferty | **Tak** |  |
| **Parametry zalecane (Kryterium II parametry techniczne)** | | |
| **Określenie parametru** |  |  |
| Wbudowana drukarka | **5 pkt** |  |
| Możliwość dokonywania pomiarów ze wstępnie rozcieńczonej krwi kapilarnej | **10 pkt** |  |
| Komputerowa baza danych | **5 pkt** |  |
| Reakcja serwisu w ciągu 12 godz. | **20 pkt** |  |

**Niespełnienie jednego z warunków granicznych powoduje odrzucenie oferty.**

**Wykaz badań:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ilość badań na 12 miesięcy** | **Cena jednostkowa**  **netto 1 badania** | **Cena jednostkowa**  **brutto 1 badania** | **Wartość netto na 12 miesięcy** | **Wartość brutto na 12 miesięcy** |
| **Morfologia CBC** | **9400** |  |  |  |  |
| **5DIFF** | **11500** |  |  |  |  |
| **Razem** | **20900** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ilość badań na 12 miesięcy | **Odczynniki**  (nazwa odczynnika, ilość, j.m., cena netto / brutto, wartość netto/ brutto) | **Materiały kontrolne**  (ilość, j.m., cena netto / brutto, wartość netto/ brutto) | **Materiały zużywalne**  (ilość, j.m., cena netto / brutto, wartość netto/ brutto) |
| Morfologia CBC | 9400 |  |  |  |
| 5DIFF | 11500 |  |  |  |
| Razem | 20900 |  |  |  |

Wykonawca jest zobowiązany przy obliczaniu kosztów oferty do uwzględnienia odpowiedniej ilości kalibratorów, materiałów kontrolnych oraz materiałów eksploatacyjnych (przy uwzględnieniu stabilności odczynników na pokładzie analizatora po otwarciu jednostkowych opakowań odczynników, ilości oznaczeń niezbędnych do wykonania kalibracji, ilości oznaczeń niezbędnych do wykonania codziennej kontroli jakości na poziomie normalnym, na poziomie niskim 3 razy w tygodniu , na poziomie wysokim 2 razy w tygodniu.

Oferent uzupełni ofertę o wykaz niezbędnego sprzętu/asortymentu do wykonania ww. ilości badań w okresie trwania umowy

**Czynsz dzierżawny:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ilość analizatorów w szt.** | **Netto**  **1 miesiąc** | **Brutto**  **1 miesiąc** | **Wartośćnetto**  **na 12 miesięcy** | **Wartość brutto**  **na 12 miesięcy** |
| **Czynsz dzierżawny** | **1 szt.** |  |  |  |  |

**Razem wartość pakiet nr 4 – Hematologia: (odczynniki + kalibratory, kontrole, elementy zużywalne +dzierżawa)**

**................. PLN netto (słownie: ............................)**

**................. PLN brutto (słownie: ............................)**

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

Załącznik nr 6e do SWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr pakietu** | **Nazwa pakietu** | **Opis** |
| **5** | **Serologia transfuzjologiczna mikrometodą kolumnową** | **Dostawa kart żelowych, materiałów zużywalnych wraz z dzierżawą aparatu do mikrometody kolumnowej** |

Dostawa kart żelowych, materiałów zużywalnych i dzierżawy sprzętu do mikrometody kolumnowej na wykonanie przez 12 miesięcy (wykonawcy zobowiązani są do przeliczenia odpowiedniej ilości produktów na okres 12 miesięcy z wyłączeniem pozycji nr 8 w której Zamawiający określił wymaganą ilość).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | | **Nazwa** | **Ilość** | **J.m.** | **nazwy handlowa, numer katalogowy, wielkość opakowania, nazwa producenta** | **Cena netto** | **cena**  **brutto** | **VAT**  **8 %** | **Wartość netto** | **Wartość**  **Brutto** |
| **1** | | **Karty żelowe 6 – dołkowe do wykonywania prób zgodności, badań przeglądowych przeciwciał** | **1152** | **4 op. a’24x12 szt** |  |  |  |  |  |  |
| **2** | | **Kart żelowe do oznaczania grupy krwi noworodków z BTA w zakresie A-B-DVI-DVI-kontrola-DAT** | **50** | **1 op. a’4x12 szt** |  |  |  |  |  |  |
| **3** | | **Potwierdzenie grupy krwi noworodka innym klonem niż w pkt. 2 A-B-DVI+/A-B-DVI+** | **50** | **1 op. a’4x12 szt** |  |  |  |  |  |  |
| **4** | | **Krwinki do badania przeglądowego przeciwciał gotowe do użycia (termin ważności min. 5 tyg.) (1 zestaw zawiera krwinki wzorcowe 1, 2, 3 każdy po 10 ml)** | **13** | **13 zestawów** |  |  |  |  |  |  |
| **5** | | **Standard anty-D do kontroli przeciwciał zwalidowany dla oferowanej mikrometody** | **20 ml** | **20 ml a’2x10 ml** |  |  |  |  |  |  |
| **6** | | **Zewnętrzna laboratoryjna kontrola jakości 4 x w roku prowadzona przez IHiT QC Survey Basic** | **5 zestawów** | **5 zestawów** |  |  |  |  |  |  |
| **7** | | **Diluent o ważności min. 6 miesięcy od daty otwarcia** | **3 x 500 ml** | **3 op. a’1x500** |  |  |  |  |  |  |
| **8** | | **Końcówki do pipet** | **4000 szt** | **4 op. a’1x1000 szt.** |  |  |  |  |  |  |
| **9** | | **BTA zawierający: IgA, IgG, IgM, C3C, C3d** | **4 op** | **~~1 op. a’4x12 szt.~~ 1 op. a’1x12 szt.** |  |  |  |  |  |  |
| **10** | | **Grupa krwi z rewersem (A-B-DVI-/A1,B)** | **100 kart** | **2 op. a’4x12 szt** |  |  |  |  |  |  |
| **11** | | **Potwierdzenie grupy krwi biorców (A-B-DVI-)** | **100 kart** | **2 op. a’4x12 szt** |  |  |  |  |  |  |
| **12** | | **Potwierdzenie grupy krwi dawców (A-B-DVI+)** | **100 kart** | **2 op. a’4x12 szt** |  |  |  |  |  |  |
| **13** | | **Karty z surowicą monowalentną Coombs Anti-IgG (ważność ok 12 miesięcy)** | **48 szt** | **1 op. a’4x12 szt** |  |  |  |  |  |  |
|  | **SUMA** | | | | | |  |  |  |  |

**Dzierżawa urządzeń**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Wirówka na 6 – 8 mikrokart | 2 szt. |
| 2 | Pipeta automatyczna (nie elektroniczna) | 2 szt. |
| 3 | Dozownik diluentu | 2 szt. |
| 4 | Inkubator | 1 szt |

1. Kolumny umieszczone na mikrokartach zawierające nie więcej niż 6 kolumn.
2. Wirówka na 6-8 mikrokart z możliwością wyjmowania rotora, celem ułatwienia dezynfekcji urządzenia
3. Sprzęt oraz wszystkie odczynniki muszą pochodzić od jednego producenta (za wyjątkiem standardu anty-D)
4. Czas wykonania badania wraz z wirowaniem nie dłuższy niż 30 minut.
5. Wysoka czułość
6. Brak wymogu płukania krwinek po inkubacji przy PTA.
7. Termin ważności od momentu dostawy min 12 miesięcy (krwinki minimum 4 tygodnie).
8. Wymagane są stężenia robocze krwinek czerwonych (wzorcowych i badanych)

poniżej 1 % (całkowita eliminacja płukania krwinek w PTA LISS).

1. Certyfikat zgodności w języku polskim na zamawiane produkty w języku polskim (Zamawiający dopuszcza brak CE na końcówki do pipety)
2. Instrukcje zastosowania każdego produktu w języku polskim.
3. Przechowywanie mikrokart w temperaturze pokojowej
4. Sprzęt nie starszy niż z 2016 roku i gwarancja na okres trwania umowy.
5. Gwarancja na czas dzierżawy urządzenia obejmuje bezpłatny przegląd autoryzowanego serwisu i walidacja raz w roku urządzenia, które tego wymaga, paszport techniczny oraz instrukcje obsługi w języku polskim dostarczona podczas instalacji sprzętu.
6. Dostawy odczynników zgodnie z wcześniej ustalonym harmonogramem, transportem monitorowanym pod względem temp. (wydruk ze wskazaniami temperatury z wykonanych dostaw stanowi załącznik do dostawy odczynników).

**Czynsz dzierżawny:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ilość aparatów w szt.** | **Netto**  **1 miesiąc** | **Brutto**  **1 miesiąc** | **Wartośćnetto**  **12 miesięcy** | **Wartość brutto**  **12 miesięcy** |
| **Czynsz dzierżawny** | **7 szt. (j.w.)** |  |  |  |  |

**Razem wartość pakiet nr 5 – Serologia transfuzjologiczna mikrometodą kolumnową:**

**(odczynniki + kalibratory, kontrole, elementy zużywalne +dzierżawa)**

**................. PLN netto (słownie: ............................)**

**................. PLN brutto (słownie: ............................)**

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***

Załącznik nr 6f do SWZ

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr pakietu** | **Nazwa pakietu** | **Opis** |
| **6** | **Serologia** | **Dostawa odczynników i krwinek wzorcowych do badań serologicznych do metody manualnej** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa odczynnika** | **Ilość** | **Cena netto 1 op.** | **VAT**  **%** | **Wartość netto** | **Cena brutto 1 op.** | **Wartość brutto** |
| **1** | **Odczynnik monoklonalny anty A klon I** | **200 ml** |  |  |  |  |  |
| **2** | **Odczynnik monoklonalny anty A klon II** | **200 ml** |  |  |  |  |  |
| **3** | **Odczynnik monoklonalny anty B klon I** | **200 ml** |  |  |  |  |  |
| **4** | **Odczynnik monoklonalny anty B klon II** | **200 ml** |  |  |  |  |  |
| **5** | **Odczynnik monoklonalny anty D IgM klon I** | **300 ml** |  |  |  |  |  |
| **6** | **Odczynnik monoklonalny anty D IgM/IgG klon II** | **300 ml** |  |  |  |  |  |
| **7** | **Surowica AB** | **2 ml** |  |  |  |  |  |
| **8** | **Standaryzowane 10% krwinki wzorcowe do układu AB0 gotowe do użycia do metody szkiełkowej z możliwością rozcieńczenia do metody probówkowej**  **1 zestaw zawiera 10% krwinki A1,B,0, każdej po nie mniej niż 4 ml**  **1(3x4ml), lub nie więcej niż po 10 ml**  **1(3x10ml)** | **150 ml krwinki gr. A1**  **150 ml krwinki gr. B**  **150 ml krwinki gr. 0**  **w przeliczeniu na liczbę szt zestawów** |  |  |  |  |  |
| **9** | **Zestaw kontrolny A1,B, krew pełna** | **12 zestawów**  **1 zawiera**  **(2x 4-5 ml)** |  |  |  |  |  |
| **10** | **Standard anty D do mikrometody** | **10 ml** |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | | |  |  |  |

Warunki graniczne:

Odczynniki powinny posiadać znak CE

Termin ważności odczynników min 12 miesięcy od daty dostarczenia

Do każdej serii odczynnika powinno zostać dołączone świadectwo kontroli jakości w języku polskim

Wielkość opakowań:

- odczynniki monoklonalne (5-10 ml)

- surowica AB – 2 ml

- standard anty D 2 ml

Świadectwo kontroli serii odczynnika w czasie ważności produktu (walidacja).

Odczynniki dwóch różnych klonów anty-A, anty-B, anty-D mają pochodzić od tego samego producenta.

Instrukcje odczynników w języku polskim.

**Razem wartość pakiet nr 6 – Serologia:**

**................. PLN netto (słownie: ............................)**

**................. PLN brutto (słownie: ............................)**

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***