Załącznik 2b do SWZ

**Zestawienie wymaganych parametrów jakościowo-technicznych**

|  |  |
| --- | --- |
| Producent | ....................................................................................................................... |

Dotyczy sprzętu jednorazowego użytku do zamkniętego systemu pobrań – pozycja od 1-19

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry wymagane, których nie spełnienie spowoduje odrzucenie oferty** | **Warunek konieczny****(wymagany)** | **Oświadczenie spełnienia parametru (tak/nie) oraz opis oferowanych parametrów** |
| 1. | Metoda pobrania krwi aspiracyjno-próżniowa | TAK |  |
| 2. | Probówki zaopatrzone w indywidualne etykiety | TAK |  |
| 3. | Utylizacja sprzętu (tworzywo sztuczne) | TAK |  |
| 4. | Bezpyłowe spalanie potwierdzone wiarygodnym dokumentem | TAK |  |
| 5. | Zabezpieczenie na każdym etapie pobrania krwi przed kontaktem z krwią i zakłuciem, system zapewniający stałe połączenie igły z adapterem | TAK |  |
| 6. | Możliwość wkłucia pod dowolnym kątem przy pobieraniu krwi | TAK |  |
| 7. | Posiadanie zamknięcia eliminującego efekt aerozolowy, probówki systemu zamkniętego powinny być zakręcane korkiem | TAK |  |
| 8. | System powinien umożliwiać pobieranie krwi w kierunku badań immunochemicznych, biochemicznych, hematologicznych, koagulologicznych i OB. do wystandaryzowanych probówek zawsze o pożądanej objętości – wysoka precyzja wyników badań, zawsze ta sama objętość surowicy i osocza | TAK |  |
| 9. | Dostosowanie systemu do posiadanych przez zamawiającego aparatów biochemicznych, hematologicznych i immunochemicznych | TAK |  |
| 10. | Automatyczny czytnik do OB.; rok produkcji nie starszy niż 2009,  (min.35 miejsc pomiarowych)- wyposażony w czytnik kodów kreskowych i drukarkę oraz możliwość przesłania danych do LIS. Objęty gwarancją i bezpłatnym autoryzowanym serwisem technicznym przez cały czas trwania umowy. Dołączyć zaświadczenie potwierdzające autoryzację serwisu do oferty.Gwarancja techniczna – uwzględniająca koszty napraw, wymiany podzespołów, przeglądów serwisowych (1 raz w roku) zakończonych wydaniem świadectwa sprawdzenia stanu technicznego urządzenia. W przypadku awarii sprzętu wymiana na nowy – za wyjątkiem przypadków wymiany części eksploatacyjnych jeżeli konieczność wymiany wynika z normalnej eksploatacji. | TAK |  |

**Uwaga:** W kolumnie „Warunek konieczny (wymagany )” – **TAK** – oznacza bezwzględny wymóg. Brak żądanej opcji lub niewypełnienie pola „Oświadczenie spełnienia parametru (tak/nie) oraz opis oferowanych parametrów” powoduje odrzucenie oferty

**Parametry opcjonalne podlegające ocenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry oceniane** | **Punktacja** | **TAK/NIE** |
| 1. | Połączenie zestawu igły z probówką gwarantujące stabilność zestawu za pomocą zaczepów umiejscowionych na korku | TAK – 20 pktNIE – 0 pkt |  |
| 2. | Słup krwi w probówkach pediatrycznych powinien osiągać poziom nie mniejszy niż 2,0 cm | TAK – 20 pktNIE – 0 pkt |  |

W kolumnie TAK/NIE wpisać „TAK” jeśli sprzęt posiada lub spełnia wymogi, w przeciwnym wypadku wpisać „NIE”. Jest to jednoznaczne z przyznaniem odpowiedniej ilości punktów

Oświadczamy, że oferowane urządzenia są kompletne i po zainstalowaniu będą gotowe do pracy zgodnie
z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych. Oświadczamy, że urządzenia spełniają wszystkie wymagania określone przepisami obowiązującymi na terenie RP zgodnie z przeznaczeniem urządzenia.