

Wykonawca:

 tel./fax:

Samodzielny Publiczny Zespół
 Zakładów Opieki Zdrowotnej w Kozienicach
 ul. Al. Wł. Sikorskiego 10
 26-900 Kozienice
 tel./fax: (48) 38 28 800/ (48) 614 81 39

PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA (UMOWY)
Zadanie nr 4 – Odczynniki do koagulologii wraz z dzierżawą analizatora

L. p.	Producent Nr kat.	Nazwa odczynnika	Wielkość op.	J. m.	Ilość badań na 36 miesięcy	Cena jedn. netto* zł., gr.	Wartość netto zł, gr.	VAT %	Wartość brutto zł., gr.
ODCZYNNIKI									
KALIBRATORY I SUROWICE KONTROLNE **									
MATERIAŁY ZUŻYWALNE , POMOCNICZE I AKCESORIA **									
RAZEM								X	

*/ Cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe.

L. p.	Nazwa	J. m.	Ilość	Cena netto za kwartał dzierżawy* zł., gr.	Wartość netto zł, gr.	VAT %	Wartość brutto zł., gr.
1	Dzierżawa analizatora koagulologicznego	szt.	1				
RAZEM						X	

* Cena jednostkowa zawiera wszystkie koszty i opłaty dodatkowe konieczne do realizacji zamówienia w tym: transport na własny koszt i ryzyko, opłaty celno – podatkowe, ubezpieczenie towaru, montaż, konieczne testy rozruchowe, uruchomienie, koszty serwisu i obowiązkowych rocznych przeglądów, szkolenia pracowników SPZZOZ w Koziencach.

**/ 1. Należy podać wszystkie odczynniki, kalibratory, materiały kontrolne, zużywalne i akcesoria niezbędne do wykonania wymienionych badań w załączniku Nr 2 w ciągu 36 miesięcy.

2. Podane ilości zawierają odczynniki potrzebne do badań kontrolnych.

3. Wykonawca gwarantuje, że proponowane ilości odczynników, kalibratorów, materiałów kontrolnych, zużywalnych i akcesoriów wystarczą na wykonanie podanych ilości badań.

4. Laboratorium pracuje 365 dni w roku, 24 godziny na dobę.

L. p.	Nazwa badania	Ilość badań w ciągu 36 miesięcy	Koszt badań w ciągu 36 miesięcy	Nazwa i ilość odczynników i akcesoriów niezbędnych do wykonania badań przez okres 36 miesięcy
1	PT	28 000		
2	APTT	16 000		
3	FIBRYNOGEN METODĄ CLAUSSA	10 000		
4	AT III	750		
5	D-DIMERY	4 200		
	RAZEM ILOŚĆ BADAŃ	58 950		

OPIS TECHNICZNO – JAKOŚCIOWY ANALIZATORA KOAGULOLGICZNEGO

Producent/Firma:

Typ sprzętu:

Data produkcji analizatora:

L. p.	Parametry techniczno – jakościowe	Jednostka/ wartość Minimalna wymagana	Parametr oferowany: Podać nr strony w ofercie TAK – należy potwierdzić i opisać Podać – należy opisać
1.	Analizator fabrycznie nowy, rok produkcji min. 2017r.	TAK/PODAĆ	
2.	Pełna automatyzacja procesu oznaczenia wraz z rozcieńczaniem próbek badanych, kalibratorów i kontroli.	TAK/PODAĆ	
3.	Wydajność aparatu co najmniej 150 ozn./h (dla PT) oraz 120 ozn. PT + APTT/h	TAK/PODAĆ	
4.	Obsługa próbek pierwotnych i wtórnych	TAK/PODAĆ	
5.	Analizator podaje aktualny stan odczynników i zgłasza stan alarmowy	TAK/PODAĆ	
6.	Możliwość oznaczeń zarówno metodami wykrzepialnymi (odczyt na zasadzie nefelometrii) jak i chromogennymi/ immunologicznymi (odczyt kolorymetryczny)	TAK/PODAĆ	

7.	Panel badań: PT, APTT, Fibrynogen, D-Dimer, ATIII, TT, czynniki krzepnięcia, białko C i S.	TAK/PODAĆ	
8.	Aparat wyposażony w wewnętrzny czytnik kodów paskowych do próbek jak również w czytnik kodów paskowych do odczynników	TAK/PODAĆ	
9.	Automatyczny załadunek kuwet z magazynku kuwet do bloku reakcyjnego i automatyczny wyładunek z bloku reakcyjnego do zbiornika na odpadki, bez konieczności przerywania pracy aparatu; możliwość załadunku kuwet także w trakcie pracy analizatora	TAK/PODAĆ	
10.	Możliwość dokładania odczynników w trakcie trwania pomiarów	TAK/PODAĆ	
11.	Możliwość oznaczania poziomu fiibrinogenu zarówno na podstawie pomiaru czasu protrombinowego jak i klasyczną metodą Claussa	TAK/PODAĆ	
12.	Chłodzenie odczynników na pokładzie aparatu	TAK/PODAĆ	
13.	Oddzielne igły pipetujące do odczynników i próbek badanych (zapobieganie kontaminacji)	TAK/PODAĆ	
14.	Ten sam producent odczynników i analizatora	TAK/PODAĆ	
15.	Możliwość zmiany statusu próbki pacjenta z standardowego na cito w dowolnym czasie	TAK/PODAĆ	
16.	Praca metodą „mikro”	TAK/PODAĆ	
17.	Możliwość ciągłego dokładania próbek pacjentów w trakcie trwania pomiarów bez przerywania pracy analizatora	TAK/PODAĆ	
18.	D-dimery odczynnik w oparciu o przeciwciało monoklonalne; maksymalna ilość oznaczeń do wykonania z jednej fiolki 25 oznaczeń. Odczynnik z wskazanymi w oficjalnej oryginalnej ulotce producenta wartościami czułości klinicznej i negatywnej wartości predykcyjnej do wykluczenia żylny choroby zakrzepowo – zatorowej nie mniejszej niż 97%	TAK/PODAĆ	
19.	Łączny czas wykonania PT, APTT i D-Dimerów nie dłuższy jak 20 minut	TAK/PODAĆ	
20.	Odczynnik do PT tromboplastyna rekombinowana ludzka (ISI 1,0 ± 0,1)	TAK/PODAĆ	
21.	Trwałość odczynników do PT, APTT, Fibrynogen co najmniej 5 dni na pokładzie aparatu	TAK/PODAĆ	
22.	Odczynnik do Antytrombiny ciekłej, APTT ciekłe na bazie syntetycznych fosfolipidów	TAK/PODAĆ	
23.	W opakowaniach tromboplastyny zawarty rozcieńczalnik producenta do rekonstrukcji	TAK/PODAĆ	
24.	Odczynnik do Fibrynogenu odporny na interferencje ze strony doustnych bezpośrednich inhibitorów trombiny (dabigatran) liniowość minimum 40 – 1000 mg/dl bez rozcieńczania	TAK/PODAĆ	
25.	Stabilność kontroli po rekonstrukcji minimum 24 godziny	TAK/PODAĆ	
26.	Liniowość D-Dimerów z automatycznym rozcieńczeniem minimum 5000ng/ml	TAK/PODAĆ	
27.	Pojemność bazy danych: wyniki pacjentów – minimum 300 próbek i krzywe przebiegu reakcji – minimum 500 testów	TAK/PODAĆ	
28.	Wyposażony w kolorowy monitor LCD (dotykowy), klawiaturę, mysz UPS i drukarkę	TAK/PODAĆ	

29	Program wewnętrznej kontroli jakości stanowiący integralną część oprogramowania stosujący wykresy typu Levy – Jennings'a	TAK/PODAĆ	
30	Oprogramowanie analizatora wyposażone w wewnętrzną bazę danych wyników pacjentów i danych kalibracyjnych (zapamiętywanie kalibracji)	TAK/PODAĆ	
31	Analizator przystosowany do podłączenia do laboratoryjnego systemu informatycznego MARCEL – komunikacja dwukierunkowa. Wpięcie analizatora do systemu laboratoryjnego MARCEL na koszt Wykonawcy.	TAK/PODAĆ	
32	Dostarczenie instrukcji obsługi analizatora i aplikacji do odczynników potwierdzających jakość i wymogi w języku polskim.	TAK/PODAĆ	
33	Bezpłatne szkolenie personelu w siedzibie Zamawiającego po instalacji aparatu (zakończone wystawieniem stosownych certyfikatów) i pełny serwis gwarancyjny na okres trwania umowy.	TAK/PODAĆ	
34	Komunikacja poprzez RS232 z systemem laboratoryjnym MARCEL	TAK/PODAĆ	
35	Możliwość archiwizacji wyników na zewnętrznym nośniku dostarczonego przez Wykonawcę.	TAK/PODAĆ	
36	<p>1. Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i używania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy o wyrobach medycznych:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) deklaracja zgodności, 2) certyfikat CE wystawiony przez jednostkę notyfikowaną (jeżeli dotyczy), 3) wpisy lub zgłoszenia do rejestru wyrobów medycznych (jeżeli dotyczy) dla wyrobów niemedycechnych występujących w opisie techniczno – jakościowym. <p>2. Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i używania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy o systemie oceny zgodności:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) deklaracji zgodności, 2) certyfikat CE wystawiony przez jednostkę notyfikowaną (jeżeli dotyczy) dla wyrobów niemedycechnych występujących w opisie techniczno – jakościowym. <p>Dokumenty dostarczone na wezwanie Zamawiającego lub z pierwszą dostawą.</p>	TAK/PODAĆ	
37	W przypadku nie doszacowania oferty Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć bezpłatnie odczynniki.	TAK	

WARUNKI GWARANCJI I SERWISU

Zestawienie parametrów wymaganych

L. p.	Parametry wstępne	Jednostka/wartość minimalna wymagana	Tak – należy potwierdzić i opisać, Podać – należy opisać
1	Wykonawca gwarantuje bezpłatny serwis analizatora w czasie trwania umowy.	TAK/Podać	
2	Czas reakcji serwisu od przyjęcia zgłoszenia do podjętej naprawy – max 24 godz. roboczych.	TAK/Podać	
3	Zapewnić bezpłatnie minimum jeden przegląd techniczny aparatu w terminie obowiązywania umowy, w czasie wskazanym przez Zamawiającego.	TAK/Podać	
4	W przypadku awarii której usunięcie będzie trwało dłużej niż 24 godziny Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć bez dodatkowej opłaty aparat zastępczy o koszcie jednostkowym badań nie wyższym niż w przedmiotowej umowie	TAK/Podać	

Cena netto /wartość/ Zadania nr 4, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi zł.
 /słownie zł:

Cena brutto /wartość/ Zadania nr 4, ze wszystkimi kosztami i opłatami dodatkowymi z % podatkiem VAT zł.
 /słownie zł:

.....
 Miejscowość Data Podpis i pieczęć Wykonawcy