Zał. nr 1 do zaproszenia

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Warunki ogólne dotyczące analizatorów**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Wymagane parametry dotyczące sprzętu**  | **Wymóg** | **Odpowiedź wykonawcy****TAK/NIE****Oraz oferowane parametry (podać, opisać)** |
|  | Dwa jednakowe fabrycznie nowe analizatory, nie starsze niż 2017 r.Dopuszcza się aparaty nie starsze niż 2014r po kompletnym przeglądzie. Nazwa aparatu/ typ/ model/ producent: | TAK, podać |  |
|  | Praca w systemie ciągłym, pomiary jednoczasowo w jednej próbce min.: pH, pCO2, pO2, Na+, K+, Ca++, glukoza, mleczany, HCT. | TAK |  |
|  | Pomiar wszystkich parametrów z krwi chorego w jednym torze pomiarowym | TAK |  |
|  | Zestawy odczynnikowe w postaci jednej wymiennej kasety zawierającej wszystkie elementy zużywalne tj. odczynniki, elektrody, płyny myjące, kalibracyjne, kontrolne oraz hermetycznie zamknięty pojemnik na ścieki.Dopuszcza się analizatory pracujące w oparciu o 3 wymienne elementy: kasetę odczynnikowo-kalibracyjną zawierającą pojemnik na odpady, kasetę zwierającą materiały kontrolne oraz kartridż z czujnikami pomiarowymi. | TAK |  |
|  | Zestaw odczynnikowy z wbudowanym, automatycznym systemem kontroli jakości w czasie rzeczywistym, automatyczna kontrola po każdym oznaczeniu.Dopuszcza się automatyczną kontrolę jakości w oparciu o oddzielną kasetę z materiałem kontrolnym wg schematu 1 dziennie na jednym poziomie naprzemiennie – analizator z funkcją umożliwiającą zaprogramowanie terminów wykonania pomiarów kontrolnych o ile taki system gwarantuje wiarygodność i powtarzalność oznaczeń.  | TAK |  |
|  | Automatyczna kalibracja jedno- lub dwupunktowa | TAK |  |
|  | Objętość próbki do 150 mikrolitrów | TAK |  |
|  | Czas pomiaru do max. 2 minuty | TAK |  |
|  | Czas nagrzewania wymiennej kasety max. 60 minut | TAK |  |
|  | Podtrzymywanie pracy analizatora przy awarii zasilania minimum 30 minut (UPS) | TAK |  |
|  | Wbudowana drukarka | TAK |  |
|  | Czytniki kodów kreskowych | TAK |  |
|  | Przechowywanie zestawu odczynnikowego oraz wszelkich innych materiałów zużywalnych w temperaturze pokojowej.Dopuszcza się przechowywanie w temperaturze lodówki sensorów i materiałów kontrolnych.  | TAK |  |
|  | Przesyłanie danych w sieci w systemie dwukierunkowym – integracja z LIS (MARCEL) | TAK |  |
|  | **INNE** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Czas reakcji serwisu w dni robocze max do 8 godz. | TAK |  |
|  | Maksymalny czas naprawy – 3 dni | TAK  |  |
|  | Zapewnienie na czas naprawy przekraczającej 3 dni elementu lub urządzenia zastępczego umożliwiającego utrzymanie ciągłości pracy. | TAK |  |
|  | Termin dostawy odczynników do 3 dni roboczych od zgłoszenia. | TAK |  |
|  | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i użytkowania aparatu w miejscu instalacji po jego zainstalowaniu. | TAK |  |

 **……………………………..**

 **(podpis wykonawcy)**

***zał. nr 2 do zaproszenia do***

***składania ofert***

....................................................

/nazwa lub imię i nazwisko wykonawcy,

Adres, NIP, REGON/

**FORMULARZ OFERTY**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe na *dzierżawę dwóch analizatorów do wykonywania badań polegających na ocenie parametrów tzw. krytycznych pacjenta wraz z sukcesywną dostawą odczynników i innych materiałów eksploatacyjnych, znak postępowania:* ***A.ZP-24-1/18****,*  składam(y) poniższą ofertę:

**Cena netto za 1 badanie ……………………………………. zł**

**Podatek VAT ……………% tj. …………………………………………. zł**

**Cena brutto za 1 badanie : ……………………………………………………… zł**

**( słownie: ……………………………………………………………………… zł)**

**Łączna cena za cały okres dostawy tj. 12 miesięcy (13 500 badań):**

**netto: ................................. zł**

**Podatek VAT ……………% tj. ………………………. zł**

**brutto: ................................ zł**

Oświadczam(y), że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego.

Oświadczam(y), iż zapoznałem(liśmy) się z opisem przedmiotu zamówienia i wymogami Zamawiającego i nie wnoszę(simy) do nich żadnych zastrzeżeń.

Oświadczam(y), że oferowane analizatory spełniają wszystkie wymagania zamawiającego.

Przedmiot zamówienia będziemy realizować w terminie: **12 miesięcy od daty podpisania umowy**

Oświadczam(y), że posiadam(y) niezbędne uprawnienia, kwalifikacje, wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu zamówienia.

Oświadczam(y), że akceptuję(my) 21-o dniowy termin płatności faktury zatwierdzonej przez Zamawiającego.

Oświadczam(y), że będę(my)/nie będę(my)\* korzystać z podwykonawców.

Oświadczam(y), iż powierzam(y) podwykonawcy(om): .......................................................................................................................

.......................................................................................................................

*(nazwa/firma podwykonawcy/ów)*

 następujący zakres rzeczowy\*:

…………………………………………….……………….………………………………………………….

………………………………………………………………..……………………………………………….

………………………………………………………..……………………………………………………….

Oświadczam(y), że akceptuję(my) wzór umowy, stanowiący załącznik nr 3 do zaproszenia.

**OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Ades: |  |
| Nr telefonu |  |
| Nr faksu |  |
| Adres e-mail |  |

*........................................................................*

*(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do*

składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)

*Miejscowość ............................, dnia .................................... r.*

***\**** *niepotrzebne skreślić*