**Zmodyfikowany załącznik nr 2 do SIWZ**

**PAKIET 2 – Cytometr przepływowy – 1 SZTUKA**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ/ model Urządzenia ………………...............

Kraj pochodzenia ………………...............

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/****Odpowiedź Wykonawcy** |
|  | Fabrycznie nowy, rok produkcji 2019 r. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Analizator w swoim wyposażeniu posiada min. trzy lasery (niebieski 488nm; czerwony 638nm; fioletowy 405 nm) **Zamawiający dopuszcza laser c** | TAK, podać | TAK/NIE\*.......................................... |
|  | W zestawie z oprogramowaniem do akwizycji, stacją roboczą, podajnikiem próbek z probówek oraz zestawem odczynników startowych**Zamawiający *dopuszcza, ale nie wymaga*, aby oferowane oprogramowanie wspierało zgodność z zaleceniami FDA’s Electronic Records and Electronic Signatures Rule (21 CFR Part 11) celem zapewnienia bezpieczeństwa danych i ich integralności poprzez elektroniczny podpis i elektroniczny szyfrowany zapis z unikalną identyfikacją użytkownika:****a. Kontrolę dostępu użytkowników****b. Audit Trails (Ślady zmian)`****c. Podpisy elektroniczne****d. Szyfrowanie danych****Zamawiający *dopuszcza, ale nie wymaga* możliwości ręcznego podawania próbek z pominięciem podajnika.** | TAK, ***podać*** | TAK/NIE\****………………………..*** |
|  | Waga max. 105 kg | TAK, podać | TAK/NIE\*..................................... |
|  | Szer x Wys x Gł (95 x 60 x 70 cm) +/- 5 cm | TAK, podać | TAK/NIE\*..................................... |
|  | Możliwość detekcji różnych konfiguracji znaczników min. 10 kolorów jednocześnie. | TAK, podać | TAK/NIE\*....................................... |
|  | Przepustowość dla 10 000 standardowych leukocytów min. 82 próbki na godzinę | TAK, podać | TAK/NIE\*............................................................... |
|  | Posiada detektor rozpraszania w przód, detektor rozpraszania bocznego, detektory fluorescencji FL1- FL10 | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Detekcja maksymalna: do 40 mikronów | TAK, podać | TAK/NIE\*................................................................ |
|  | Komora przepływowa kanał prostokątny 430µm x 180 µm  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Aparat posiada pięć różnych sygnałów odbieranych z każdego detektora: zintegrowany liniowy i logarytmiczny, szczytowy liniowy i logarytmiczny oraz liniowy z Czasu Przelotu | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Czułość pomiaru fluorescencji: nie gorsza niż 105 cząstek FITC (MESF).  | TAK, podać | TAK/NIE\*........................................... |
|  | Tryby pobierania – karuzela dla 32 próbek (MCL) | TAK | TAK/NIE\* |
|  | **INNE WYMAGANIA** |  |  |
|  | Wykonawca gwarantuje dostępność części zamiennych przez okres co najmniej 10 lat | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim (wersja papierowa) | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Deklaracja zgodności, CE oraz wpis do rejestru wyrobów medycznych | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Usługa serwisu gwarancyjnego realizowana jest przez autoryzowany serwis producenta – podać adres i telefon kontaktowy | TAK | TAK/NIE\*…………………. |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

UWAGI:

W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.

* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzeba do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

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

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy