**Zmodyfikowany załącznik nr 2A do SIWZ**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**PAKIET 1 -** ZAKUP I DOSTAWA ODCZYNNIKÓW WRAZ Z DZIERŻAWĄ ANALIZATORA DO BADAŃ KOAGULOLOGICZNYCH **OCENIAJĄCYCH PROCES HEMOSTAZY** DLA POTRZEB LABORATORIUM ANALITYCZNEGO JEDNOSTKA PRZY UL.WŁADYSŁAWA TRUCHANA 7.

Nazwa Producenta Analizatora ………………………………………………

Nazwa/Typ Analizatora ………………………………………………

Kraj pochodzenia Analizatora ……………………………………………

**Wymagania techniczne – warunki graniczne i pożądane**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Parametry i funkcje** | | **Wymagane parametry** | | | **Potwierdzenie spełnienia wymaganych warunków granicznych**  **(potwierdzić wpisem w tej kolumnie oferowane parametry)** | | |
| **1** | | **2** | | | **3** | | |
| **ZAUTOMATYZOWANY ANALIZATOR DO BADAŃ HEMOSTAZY** | | | | | | | |
| **I. Wymagania** | | | | | | | |
| Kraj pochodzenia analizatora  Siedziba Producenta  Rok produkcji aparatu nie wcześniej niż 2017 rok  Stół pod analizator dostosowany do wagi i gabarytów zaoferowanego Analizatora | | | Proszę podać | | |  | |
| Analizator koagulologiczny w komplecie z komputerem sterującym z programem do obsługi urządzenia i testów,  UPS-em , monitorem, (ciekłokrystaliczny - ekran dotykowy), czytnikiem kodów kreskowych dla próbek i odczynników oraz zewnętrzną drukarką. klawiatura komputerowa, mysz  Oprogramowanie w języku polskim. Komputer i sterownik analizatora muszą być ze sobą kompatybilne, ponieważ badania muszą być przesyłane do systemu AMMS. **(Zamawiający dopuszcza oprogramowanie w języku angielskim z pełną instrukcją obsługi w języku polskim).**  Układ chłodzenia odczynników – min. 30 miejsc  Liczba miejsc dla próbek – minimum 50  Liczba kuwet dostępnych na pokładzie – minimum 400 z możliwością ich dostawiania w trakcie pracy analizatora  Oddzielne igły pipetujące dla odczynników i próbek badanych  Ukośne ustawienie odczynników w rakach w analizatorze w celu zminimalizowania objętości martwej | | | TAK, opisać | | |  | |
| **II. Wydajność aparatu** | | | | | | | |
| APTT - minimum 180 ozn. / godzinę.  AP - minimum 180 ozn. / godzinę.  **PT – min. 180 oznaczeń/godz.** | | | TAK, podać | | |  | |
| * optyczna * chromogenna * immunologiczna | | | TAK, podać | | |  | |
| **IV. Możliwości pomiarowe** | | | | | | | |
| Możliwość oznaczania wskaźników:   * PT, tromboplastyna ludzka pochodzenia łożyskowego * APTT , dostęp do odczynnika mniej i bardziej wrażliwego na antykoagulanty tocznia * Fibrynogen oznaczany metoda Clauss’a * czynniki układu krzepnięcia (w tym: cz. II, cz. IV, cz. V, cz. VII, cz. VIII, cz. IX, VW, cz. XI, cz. XII) * białko C * wolne białko S * APCR * D-Dimer , odczynnik certyfikowany przez FDA do wykluczenia choroby zatorowo - zakrzepowej * AT III * Osocza kontrolne mianowane * Kalibrator plazma z informacją o poziomach czynników krzepniecia, %wartość | | | TAK, podać | | |  | |
| **V. System pracy analizatora** | | | | | | | |
| * Możliwość wstawienia próbki „cito” w dowolnym czasie pracy aparatu. * Możliwość pobierania materiału z próbek pierwotnych bez konieczności przenoszenia osocza do kubeczków * Specjalne pozycje na próbki „cito” * Automatyczna kontrola poziomu odczynników i próbek * Możliwość równoczesnego wykonywania badań różnymi metodami * Możliwość oznaczania parametrów krzepnięcia w próbkach lipemicznych, hemolizowanych, ikterycznych, w tym z podwyższoną bilirubiną – bez konieczności zmiany ustawień analizatora, w tym bez konieczności manualnej zmiany filtrów – min. 4 filtry optyczne * Automatyczna kalibracja i kontrola * Automatyczne rozcieńczanie próbek, kalibratorów, kontroli * Automatyczne pobieranie i usuwanie zużytych kuwet z aparatu * Wyświetlanie krzywych reakcyjnych, przebiegu reakcji kalibracji | TAK, podać | | |  | | |
| **VI. Kontrola jakości** | | | | | | |
| Graficzna prezentacja kontroli jakości | TAK, opisać | | |  | | |
| **VII. System informatyczny** |  | | |  | | |
| Podłączenie analizatora do systemu LIS firmy Asseco Poland S.A./Infomedica – komunikacja dwukierunkowa. Koszt podłączenia po stronie Wykonawcy | TAK, opisać | | |  | | |
| WYMAGANIA Z ZAKRESU GWARANCJI, SERWISU, DOPUSZCZENIA DO UŻYTKOWANIA, WARUNKI DODATKOWE DLA OFEROWANYCH URZĄDZEN LABORATORYJNYCH | | | | | | |
| Oprogramowanie i instrukcja obsługi urządzenia w języku polskim  **(Zamawiający dopuszcza oprogramowanie w języku angielskim z pełną instrukcją obsługi w języku polskim).** | TAK, podać | | |  | | |
| **Szkolenie personelu Zamawiającego** (pracowników Laboratorium w zakresie poprawnej eksploatacji urządzeń i działania systemu informatycznego – w terminie do 2 dni od instalacji urządzeń / systemu | TAK, opisać | | |  | | |
| Wykonawca gwarantuje, że wyżej wyspecyfikowane urządzenia są kompletne i będą gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji | TAK | | |  | | |
| Wykonawca gwarantuje, że dzierżawione urządzenie objęte jest gwarancją na cały czas trwania umowy | TAK, podać | | |  | | |
| Wykonawca zobowiązuje się do przeprowadzenia przeglądów serwisowych wydzierżawianych urządzeń laboratoryjnych.  Wliczony w cenę oferty przegląd nie mniej niż 1 raz w ciągu 12 miesięcy potwierdzony dokumentem / certyfikatem dopuszczającym do dalszego stosowania. Wykonawca zobowiązany jest przedstawić po podpisaniu umowy harmonogram działań serwisowych zgodny z zaleceniami producenta | TAK, podać | | |  | | |
| W okresie gwarancji Wykonawca zobowiązuje się do naprawy lub wymiany każdego elementu urządzenia na nowy oryginalny, który uległ uszkodzeniu z przyczyn niezależnych od obsługi.  Koszty naprawy zostały uwzględnione w cenie oferty | TAK, podać | | |  | | |
| Wykonawca oświadcza, że występujące awarie i usterki będące wynikiem normalnej, zgodnej z instrukcją obsługi i eksploatacji urządzeń oraz systemu informatycznego, będzie usuwał na koszt własny w terminie uzgodnionym z zamawiającym | TAK, podać | | |  | | |
| Paszporty techniczne (karty techniczne) będą dostarczone wraz z urządzeniami, przy czym zawierać będą (minimum) poniższe dane:   * nazwa urządzenia pozwalająca zidentyfikować przeznaczenie urządzenia, * nazwa producenta, * typ urządzenia i numer seryjny, * data rozpoczęcia eksploatacji.   W części ww. dokumentu dotyczącej napraw i badań stanu technicznego powinny znaleźć się zapisy dokumentujące:   * uruchomienie urządzenia, przeprowadzenie testu, * poświadczenie, że urządzenie jest sprawne i bezpieczne w użytkowaniu, * datę wykonania powyższych czynności, * datę, do której powinien zostać wykonany następny okresowy przegląd techniczny urządzenia | TAK, podać | | |  | | |
| W okresie trwania umowy Wykonawca zobowiązuje się do załatwienia wszelkich formalności celnych, związanych z ewentualną wymianą urządzeń na sprawne, jego wysyłką do naprawy gwarancyjnej i odbiorem lub jego importem we własnym zakresie – bez udziału zamawiającego | TAK, podać | | |  | | |
| **Wykonawca zapewnia Zamawiającemu aparat zastępczy o równorzędnych parametrach** w przypadku, gdy czas naprawy aparatu trwa dłuższej niż 72 godziny z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy (niedzieli, świąt) oraz sobót, licząc od momentu zgłoszenia przez Zamawiającego awarii. | TAK, podać | | |  | | |
| Obsługa serwisowa świadczona jest przez 7 dni w tygodniu 24 godziny/ dobę | TAK, podać | | |  | | |
| Czas reakcji serwisu od chwili zgłoszenia awarii do momentu przyjazdu techników do Szpitala wynosi do 24 godzin w dni robocze.  W dni wolne od pracy Zamawiający będzie mógł zgłosić awarię do **Centrum Opieki Serwisowej (24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, 365 dni w roku)** oraz skorzystać z pomocy zdalnej **inżyniera serwisowego.** | TAK, podać | | |  | | |
| Maksymalna ilość napraw głównych (np. tego samego elementu) **w ciągu 12 miesięcy**, po których urządzenie zostanie wymienione na egzemplarz wolny od wad: 3 naprawy | TAK, podać | | |  | | |
| Dojazd techników/ serwisantów do siedziby Zamawiającego oraz transport sprzętu odbywa się na koszt Wykonawcy. | TAK, podać | | |  | | |
| Siedziba serwisu - dokładny adres i nr telefonu.  ~~Dane osoby odpowiedzialnej za serwisowanie sprzętu~~ | TAK, podać | | |  | | |

###### Uwaga: Dzierżawiony aparat musi odpowiadać parametrom opisanym przez Zamawiającego.

###### Nie wypełnienie którejkolwiek z rubryk w kolumnie 3 tabeli „Potwierdzenie spełnienia wymaganych warunków granicznych”, bądź nie spełnienie warunków granicznych będzie skutkować odrzuceniem oferty.

Powyższe warunki graniczne stanowią wymagania odcinające. Nie spełnienie nawet jednego z w/w wymagań spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia. Zamawiający zastrzega sobie prawo do sprawdzenia wiarygodności podanych przez Wykonawcę parametrów technicznych we wszystkich dostępnych źródłach w tym również poprzez zwrócenie się o złożenie dodatkowych wyjaśnień przez Wykonawcę lub Producenta.

* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy, że w ramach zaoferowanej wartości brutto przeprowadzimy szkolenia personelu Zamawiającego w zakresie obsługi zaoferowanego przedmiotu zamówienia, szkolenie będzie kompleksowe i obejmować będzie wszystkie zagadnienia, które są niezbędne do prawidłowej eksploatacji przedmiotu zamówienia. Zobowiązujemy się do dostarczenia na swój koszt materiałów związanych z przedmiotem zamówienia dla wszystkich uczestników szkolenia.
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.
* Wymagania dotyczące oprogramowania sterującego wskazanego **w powyższej tabeli, w sekcji I. Wymagania**:

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

Data, podpis Wykonawcy

**Zmodyfikowany załącznik nr 2B do SIWZ**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**PAKIET 2 -** ZAKUP I DOSTAWA ODCZYNNIKÓW WRAZ Z DZIERŻAWĄ ANALIZATORA MIKROBIOLOGICZNEGO DLA POTRZEB LABORATORIUM MIKROBIOLOGICZNEGO JEDNOSTKA PRZY UL. WŁADYSŁAWA TRUCHANA 7.

Nazwa Producenta Analizatora ………………………………………………

Nazwa/Typ Analizatora ………………………………………………

Kraj pochodzenia Analizatora ……………………………………………

**Wymagania techniczne – warunki graniczne i pożądane**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Potwierdzenie spełnienia wymaganych warunków granicznych**  **(potwierdzić wpisem w tej kolumnie oferowane parametry)** |
| **1** | **2** | **3** |
| Rok produkcji Analizatora nie wcześniej niż 2016r.  **Zamawiający dopuszcza aparat z 2010 roku lub nowszy niż 2010 rok, po przeglądzie technicznym oraz w pełni sprawny** | TAK | TAK/NIE\* |
| Liczba miejsc inkubacyjno – pomiarowych w systemie | TAK  minimum 30 | TAK/NIE\*  Podać ……. |
| System wyposażony w komputer, będący integralną częścią całości, umożliwiający rejestrację, przechowywanie danych o pacjentach, kontrolę jakości badań, odczyt i automatyczną transmisję wyników oraz ich interpretację | TAK | TAK/NIE\* |
| Czytnik kodów kreskowych | TAK | TAK/NIE\* |
| Specjalne urządzenie do pomiaru gęstości zawiesiny bakteryjnej | TAK | TAK/NIE\* |
| Zapewnienie podłączenia analizatora do pracującego w Zespole Szpitali Miejskich systemu informatycznego firmy Asseco Poland S.A./Infomedica oraz do komputera pracowni. Pokrycie kosztów podłączenia do w/w systemu wraz z zapewnieniem dwukierunkowej transmisja danych i komunikacja z systemem informatycznym | TAK | TAK/NIE\* |
| Zapewnienie bezpieczeństwa danych poprzez logowanie do systemu | TAK | TAK/NIE\* |
| Możliwość archiwizacji danych w systemie i na CD lub/i DVD oraz opracowania w programie EXCEL | TAK | TAK/NIE\* |
| Pełna automatyzacja analizatora w zakresie odczytu oraz inkubacji (w zakresie wszystkich testów określonych w załączniku nr 3) Pozostałe parametry dot. automatyzacji są nieobowiązkowe, ale punktowane zgodnie z załącznikiem nr 1 do SIWZ. | TAK | TAK/NIE\* |
| Oddzielne testy do identyfikacji i lekowrażliwości  Testy łączone maksymalnie 30% | TAK | TAK/NIE\* |
| Identyfikacja następujących drobnoustrojów: bakterie Gram- dodatnie, bakterie Gram – ujemne, *Neisseria, Haemophilus, Corynebacterium,* bakterie beztlenowe, grzyby drożdżopodobne | TAK | TAK/NIE\* |
| Oznaczenie lekowrażliwości bakterii Gram -ujemnych, bakterii Gram – dodatnich, grzybów drożdżopodobnych w wartościach MIC i w postaci kategori S, I, R | TAK | TAK/NIE\* |
| Interpretacja wyników antybiogramów w oparciu o wytyczne EUCAST | TAK | TAK/NIE\* |
| Automatyczne wykrywanie następujących mechanizmów oporności: MRSA, MRCNS, VRSA, GISA, MLSb, VRE, HLAR, ESBL, AmpC, KPC, MBL. **Dopuszcza się również wykrywanie następujących mechanizmów oporności: MRSA, MRSE, ELAR, ESBL, VRE, GISA, MLSb, AmpC oraz jeśli informację o podejrzeniu produkcji karbapenemaz zostanie potwierdzona wydrukiem z aparatu.** | TAK | TAK/NIE\* |
| Zaawansowany System Expertowy ( AES ) przygotowany w oparciu o bazę wiedzy zawierającą dane ze światowych publikacji naukowych | TAK | TAK/NIE\* |
| Średni czas oznaczania lekowrażliwości większości drobnoustrojów 6- 12 godzin. | TAK | TAK/NIE\* |
| Data ważności odczynników:  **Tabela 1:**  **poz. 1, 5, 6 i 7 – 7 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego**  **poz. 2, 3 i 4 – 4-7 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego**  **Tabela 2:**  **poz. 1– 7 miesięcy od daty dostawy do Zamawiającego**  **poz. 2- 4 miesiące od daty dostawy do Zamawiającego** | TAK | TAK/NIE\* |
| Zapewnienie aktualizacji oprogramowania oraz systemu eksperckiego | TAK | TAK/NIE\* |
| Stół lub szafka dopasowana parametrami do ciężaru aparatu i jego wymiarów | TAK | TAK/NIE\* |
| Podczas pracy analizatora możliwość dostawienia kolejnych testów bez konieczności oczekiwania na zakończenie wykonania poprzedniej tury | TAK | TAK/NIE\* |
| Oddzielny program do kontroli jakości będący częścią systemu | TAK | TAK/NIE\* |
| Analizator pracujący w sposób ciągły (całą dobę) | TAK | TAK/NIE\* |
| Analizator dostosowany wymiarami do dedykowanej powierzchni tj. maksymalna wysokość 220cm, maksymalna szerokość 180cm, maksymalna głębokość 76cm | TAK | TAK/NIE\* |
| Vortex dwie sztuki | TAK | TAK/NIE\* |
| Drukarka laserowa | TAK | TAK/NIE\* |
| UPS o odpowiedniej mocy | TAK | TAK/NIE\* |
| Gwarancja na analizator przez cały czas trwania umowy  Naprawa powinna być wykonana w terminie do 24 godzin w dni robocze od chwili otrzymania zgłoszenia, a w przypadku, gdy naprawa wymaga sprowadzenia nowych elementów w terminie 5 dni roboczych od dnia otrzymania zgłoszenia a w przypadku konieczności sprowadzenia części zapasowych z zagranicy do 14 dni roboczych. | TAK | TAK/NIE\* |
| Serwis aparatu w czasie obowiązywania umowy może być, ale nie musi realizowany również zdalnie poprzez bezpieczne połączenie vpn w zakresie rozwiązywania problemów w oprogramowaniu, przeprowadzania obowiązkowych aktualizacji, udzielania szybkiej pomocy merytorycznej pracownikom laboratorium. W tym celu Zamawiający umożliwi Wykonawcy dostęp do łącza internetowego. Wszelkie działania serwisowe będą realizowane z uwzględnieniem wymagań prawnych w zakresie powierzenia i przetwarzania danych Osobowych. Wykonawca realizujący serwis zdalnie oświadcza, iż zastosuje środki zabezpieczające, o których mowa w ustawie z dnia 14 grudnia 2018 r. o ochronie danych osobowych przetwarzanych w związku z zapobieganiem i zwalczaniem przestępczości (Dz.U. 2019 poz. 125). | TAK | TAK/NIE\* |
| Możliwość bezpośredniego telefonicznego kontaktu z serwisantem od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00 – 16:00, numer telefonu | TAK | TAK/NIE\*  Podać …… |
| Instrukcja obsługi w języku polskim. | TAK | TAK/NIE\* |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

###### Uwaga: Dzierżawiony aparat musi odpowiadać parametrom opisanym przez Zamawiającego.

###### Nie wypełnienie którejkolwiek z rubryk w kolumnie 3 tabeli „Potwierdzenie spełnienia wymaganych warunków granicznych”, bądź nie spełnienie warunków granicznych będzie skutkować odrzuceniem oferty.

Powyższe warunki graniczne stanowią wymagania odcinające. Nie spełnienie nawet jednego z w/w wymagań spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia. Zamawiający zastrzega sobie prawo do sprawdzenia wiarygodności podanych przez Wykonawcę parametrów technicznych we wszystkich dostępnych źródłach w tym również poprzez zwrócenie się o złożenie dodatkowych wyjaśnień przez Wykonawcę lub Producenta.

* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy, że w ramach zaoferowanej wartości brutto przeprowadzimy szkolenia personelu Zamawiającego w zakresie obsługi zaoferowanego przedmiotu zamówienia, szkolenie będzie kompleksowe i obejmować będzie wszystkie zagadnienia, które są niezbędne do prawidłowej eksploatacji przedmiotu zamówienia. Zobowiązujemy się do dostarczenia na swój koszt materiałów związanych z przedmiotem zamówienia dla wszystkich uczestników szkolenia.
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

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

Data, podpis Wykonawcy