Znak sprawy: SNW/ZP-371-18/2019 Rozdział II Załącznik nr 1.1

**ZESTAWIENIE MINIMALNYCH PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH DLA ANALIZATORA DO BADAŃ SEROLOGICZNYCH – po modyfikacji**

|  |  |
| --- | --- |
| ANALIZATOR/NAZWA |  |
| PRODUCENT/ MODEL/TYP |  |
| Certyfikat CE | załączyć  |
| Rok produkcji |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Warunki wymagane i podlegające ocenie** | **Wartość wymagana TAK/NIE** | **Wartość oferowana; potwierdzenie parametru\*** |
| 1. | Mikrokolumnowa metoda żelowa | TAK/NIE |  |
| 2. | Analizator nie starszy niż rok produkcji 2014 r. | TAK/NIE |  |
| 3. | Analizator automatyczny nablatowy | TAK/NIE |  |
| 4. | Oprogramowanie w języku polskim | TAK/NIE |  |
| 5. | Automatyczny odczyt kart, próbek i odczynników | TAK/NIE |  |
| 6. | Analizator wyposażony w system detekcji skrzepu zapobiegający złamaniu igły | TAK/NIE |  |
| 7. | Analizator wyposażony w system ciągłego monitorowania odczynników, kart, płynów myjących | TAK/NIE |  |
| 8. | Wstawienie i uruchomienie urządzenia:nie później niż w ciągu 14 dni od podpisania umowy.  | TAK/NIE |  |
| 9. | **Serwis gwarancyjny analizatora oraz wykonywanie walidacji zgodnie z wymogami określonymi przepisami urządzeń wchodzących w skład przedmiotu zamówienia (analizator, automatyczny, ~~system informatyczny,~~ system back up) przez cały czas trwania dzierżawy w cenie oferty.** | TAK/NIE |  |
| 10. | Naprawy wykonywane w ciągu 48 godzin od zgłoszenia awarii 6 dni w tygodniu ( poniedziałek-sobota) | TAK/NIE |  |
| 11. | Maksymalny czas usunięcia awarii od rozpoczęcia naprawy – 48 godz. | TAK/NIE |  |
| 12. | Jeżeli naprawa będzie trwała dłużej niż 2 dni zamawiający wymaga dostarczenia aparatu zastępczego o parametrach nie gorszych od oferowanego | TAK/NIE |  |
| 13. | Wymiana aparatu na inny o parametrach nie gorszych od dzierżawionego po trzech awariach dotyczących tego samego podzespołu | TAK/NIE |  |
| 14. | Wbudowany system kontroli jakości QC dla poszczególnych modułów: - wirówki: kontrola prędkości wirowania - inkubatora: kontrola temperatury inkubacji - igły/ głowicy pipetującej: kontrola objętości pipetowania | TAK/NIE |  |
| 15. | dwustronna komunikacja z siecią laboratoryjną (przyjmowanie zleceń i przesył wyników) – system Prometeusz – włączenie do sieci LIS i niezbędne do tego oprzyrządowanie na koszt Wykonawcy | TAK/NIE |  |
| 16. | Wszystkie odczynniki od jednego producenta posiadające znak CE | TAK/NIE |  |
| 17. | Analizator umożliwia wykorzystanie częściowo zużytych kart- wszystkich kolumn. | TAK/NIE |  |
| 18. | Analizator wyposażony w automatyczny system usuwania zużytych kart. | TAK/NIE |  |
| 19. | Karty charakterystyki odczynników i specyfikacje dołączone do pierwszej dostawy i zawsze w przypadku zmiany wersji. | TAK/NIE |  |
| 20. | Dokładne opracowanie zaleceń producenta oraz instrukcja obsługi dostarczonego sprzętu w formie jednego dokumentu w języku polskim. | TAK/NIE |  |
| 21 | Przeprowadzenie bezpłatnego szkolenia użytkowników w zakresie obsługi aparatu potwierdzone certyfikatem w siedzibie Zamawiającego. | TAK/NIE |  |

**Opis parametru /funkcji**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Opis parametru/funkcji** | **Wartości wymagane TAK/NIE** | **Wartość oferowana / potwierdzenie** |
| 1. | Wszystkie oferowane karty dostarczane z terminem ważności nie krótszym niż 6 miesięcy | TAK/NIE |  |
| 2. | Analizator otwierający pojedyncze kolumienki w kartach - jednoczesne otwieranie kart i dozowanie przy pomocy igły | TAK/NIE |  |
| 3. | Zminimalizowanie czynności konserwacyjnych – optymalnie jeden raz na miesiąc | TAK/NIE |  |
| 4. | Wszystkie oferowane karty do oznaczeń grup krwi zawierają kolumnę z kontrolą wewnętrzną | TAK/NIE |  |
| 5. | Karta noworodkowa zawierająca:- 2 odczynniki anty-D dwóch różnych klonów (DVI- i DVI+)- możliwość powtórnego oznaczenia antygenów układu ABO (kolumna z anty-AB) | TAK/NIE |  |
| 6. | Karta noworodkowa zawierająca mikrokolumny do oznaczenia BTA z surowicą antyglobulinową poliwalentną i monowalentną IgG | TAK/NIE |  |

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

(Miejscowość, data) (pieczęć i podpis Wykonawcy lub osób upoważnionych)