Numer referencyjny postępowania:

**ZP.272.16.2025**

**Załącznik nr 2.1 do SWZ (dot. Części 1)**

**FORMULARZ CENOWY**

**ORAZ PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

W postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. *„Dostawa odczynników wraz z dzierżawą sprzętu”* w zakresie ***CZĘŚCI 1 – Dzierżawa analizatora parametrów krytycznych*,** oferujemy dostawę, spełniającego nw. wymagania:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tabela nr 1** | | | |  |
| **Lp.** | **PARAMETRY WYMAGANE** | **Parametr wymagany/ Odpowiedź wymagana** | **Parametr oferowany przez Wykonawcę/**  **Odpowiedź oferowana** |
| Producent (marka) .................................................................................................. (Należy podać)  Model ...................................................................................................................... (Należy podać)  Rok produkcji: .......................................................................................................... (Należy podać)  Liczba sztuk: 2 (dwa). | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Analizator fabrycznie nowy.  Zautomatyzowany analizator parametrów krytycznych, pracujący w systemie ciągłym, dokonujący jednoczasowo i w jednej próbce pomiaru: pH, pCO2, pO2, Mleczanów, Glukozy, ct Bilirubiny, ctHb, sO2,O2Hb, MetHb, HHb, HbF,.Na,K, Cl,Ca zjonizowanego. | TAK | | *TAK/NIE*  *......................*  należy podać |
| 2 | Parametry wyliczane (pochodne): pH (T); pCO2 (T); cH+(T); pO2(T); pO2 (AT); p50 (T); pO2 (A-a, T ); pO2 a/A, T ); pO2(a)/FO2(l); RI(T);  mOsm; FO2Hb; luka anionowa. | TAK | | *TAK/NIE*  *......................* |
| 3 | Zakres pomiarowy: dla Ca zjonizowanego od 0,1mmol/l;  dla ct Bilirubiny do 50 mg/dl. | TAK | | *TAK/NIE*  *......................* |
| 4 | Możliwość aspiracji bez adapterów, nakładki, przejściówki, z próbki podanej bezpośrednio ze strzykawki, kapilary, probówki. | TAK | | *TAK/NIE*  *......................* |
| 5 | Automatyczny system pobierania próbek z funkcją wykrywania mikro i makro-skrzepów oraz pęcherzyków powietrza. Możliwość ręcznego przepłukania skrzepu. | TAK | | *TAK/NIE*  *......................* |
| 6 | Możliwość wykonania analizy z kapilary bez konieczności usuwania metalowego mieszalnika. | TAK | | *TAK/NIE*  *......................* |
| 7 | Możliwość wykonywania badań z krwi pełnej tętniczej, żylnej, włośniczkowej, tętniczej pępowinowej, żylnej pępowinowej, materiału kontrolnego. | TAK | | *TAK/NIE*  *......................* |
| 8 | Maksymalna objętość badanej próbki, konieczna do wykonania wszystkich oznaczeń: 65µl z kapilary i strzykawki. | TAK | | *TAK/NIE*  *......................* |
| 9 | Zastosowanie pakietów odczynnikowych umożliwiających łatwą ich wymianę przez użytkownika, gotowe do pracy natychmiast po zainstalowaniu w aparacie. | TAK | | *TAK/NIE*  *......................* |
| 10 | Możliwość stosowania kaset odczynnikowych o różnej ilości badań (zależnie od potrzeb). Kasety stabilne minimum 30 dni na pokładzie analizatora. | TAK | | *TAK/NIE*  *......................* |
| 11 | Wbudowany czytnik do odczytu kodu kreskowego pacjenta. | TAK | | *TAK/NIE*  *......................* |
| 12 | Wbudowana drukarka umożliwiająca wydruk wyników. | TAK | | *TAK/NIE*  *......................* |
| 13 | Możliwość wygenerowania wykresu równowagi kwasowo- zasadowej. | TAK | | *TAK/NIE*  *......................* |
| 14 | Możliwość monitorowania poziomu odczynników i ich stabilności na pokładzie. | TAK | | *TAK/NIE*  *......................* |
| 15 | Automatyczna, codzienna kalibracja z 3 niezależnych roztworów kalibracyjnych dla wszystkich parametrów i kontrola jakości z zakresami referencyjnymi dla 3-poziomowego materiału kontrolnego. | TAK | | *TAK/NIE*  *......................* |
| 16 | Kontrola jakości umożliwiająca prowadzenie analizy: całkowitego błędu dopuszczającego, odchylenia standardowego, współczynnika zmienności dla poszczególnych parametrów oraz krzywych Levey-Jenningsa (na wszystkich trzech poziomach). | TAK | | *TAK/NIE*  *......................* |
| 17 | Możliwość korekty wyników do temperatury pacjenta. | TAK | | *TAK/NIE*  *......................* |
| 18 | Możliwość wymuszenia kalibracji i dodatkowej kontroli oraz podania zewnętrznych materiałów kontrolnych. | TAK | | *TAK/NIE*  *......................* |
| 19 | Komunikacja dwukierunkowa z siecią informatyczną **– podłączenie 1 analizatora do LIS ramach oferty. (System informatyczny PROMETEUSZ)** | TAK | | *TAK/NIE*  *......................* |
| 20 | Zewnętrzny UPS gwarantujący prace analizatora przez minimum 30 minut, w przypadku braku zasilania. | TAK | | *TAK/NIE*  *......................* |
| 21 | Flagowanie wyników patologicznych oraz wartości referencyjne na wydruku. | TAK | | *TAK/NIE*  *......................* |
| 22 | Instrukcja obsługi i oprogramowanie umożliwiające użytkownikowi komunikację z analizatorem**- w języku polskim**. | TAK | | *TAK/NIE*  *......................* |
| 23 | Wykonawca zapewni autoryzowany serwis przez cały czas trwania umowy obejmujący naprawy, części zamienne i dojazd inżyniera serwisu oraz wykonanie bezpłatnego przeglądu technicznego analizatora przynajmniej raz w roku (zgodnie z wymogami producenta) | TAK | | *TAK/NIE*  *......................* |
| 24 | Wykonawca gwarantuje dostęp do nowych, oryginalnych, tj. pochodzących od producenta aparatu, odczynników i części zamiennych przez cały okres trwania dzierżawy. | TAK | | *TAK/NIE*  *......................* |
| 25 | Wykonawca gwarantuje bezpośredni, telefoniczny dostęp do bezpłatnego serwisu oraz wsparcie online. | TAK | *TAK/NIE*  *......................* | |
| 26 | Czas reakcji na zgłoszoną awarię 24 godziny w dni powszednie, 48 godzin w dni wolne od pracy. | TAK | *TAK/NIE*  *......................* | |
| 27 | Czas naprawy przedmiotu umowy liczony od momentu zgłoszenia uszkodzenia przez Zamawiającego nie może przekraczać 4 dni. | TAK | *TAK/NIE*  *......................* | |
| 28 | Jeśli naprawa okaże się niemożliwa, Wykonawca zobowiązuje się do dostarczenia sprzętu zastępczego o takich samych parametrach maksymalnie do 5 dni od zgłoszenia awarii. | TAK | *TAK/NIE*  *......................* | |
| 29 | Wykonawca zapewni bezpłatne szkolenie w siedzibie Zamawiającego po zainstalowaniu aparatów (udokumentowane certyfikatami). | TAK | *TAK/NIE*  *......................* | |
| 30 | Dostawa do zamawiającego, montaż i uruchomienie w terminie do 14 dni od dnia podpisania umowy. | TAK | *TAK/NIE*  *......................* | |

**Uwaga:** Niespełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów skutkuje odrzuceniem oferty.

1. W przypadku, gdy w rubryce ,,Parametr oferowany przez Wykonawcę” widnieje odpowiedź Tak/Nie - Wykonawca zobowiązany jest do określenia oferowanego parametru poprzez wybranie odpowiedzi Tak lub Nie.
2. W przypadku, gdy w rubryce ,,Parametr oferowany przez Wykonawcę” widnieje odpowiedź ,,Należy podać…’’ – Wykonawca zobowiązany jest do opisania w tej rubryce oferowanego parametru.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tabela nr 2** | | | |
| **Lp.** | **PARAMETRY OCENIANE ANALIZATORA** | **Parametr oceniany /punktacja** | **Parametr oferowany (wypełnić/podać)** |
| 1 | Analizator z wbudowanym mieszadłem probówek gazometrycznych. | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. | *TAK/NIE*  *......................* |
| 2 | Możliwość ponownej instalacji pakietu odczynnikowego bez utraty pozostałych testów przez cały ich okres ważności na pokładzie analizatora.  Możliwość przenoszenia zestawów pomiędzy analizatorami tego samego typu. | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. | *TAK/NIE*  *......................* |
| 3 | Czas konieczny do uzyskania wyników wszystkich parametrów nie większy niż 60 sekund. | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. | *TAK/NIE*  *......................* |

*Wpisanie w przypadku parametrów punktowanych odpowiedzi NIE, nie spowoduje odrzucenia oferty. Wykonawcy zostanie przydzielone 0 punktów.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tabela nr 3** | | | | | | | | | | |
| **Lp.** | **Nazwa**  **odczynników/**  **materiałów eksploatacyjnych** | **Liczba oznaczeń / sztuk w okresie 24 miesięcy**  **(z uwęgleniem Kontroli)** | **Producent i numer katalogowy** | **Wielkość opakowania** | **Liczba opakowań / sztuk na 24 miesiące** | **Cena jedn. opakowania netto** | **Cena jedn. opakowania brutto** | **Wartość netto** | **Stawka podatku**  **VAT w %** | **Wartość brutto** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | **RAZEM** |  | x |  |

**Przewidywana ilość badań wykonana w trakcie trwania umowy: 10 400 badań na obu analizatorach. W podanej ilości nie uwzględniono kontroli.**

W tabeli proszę umieścić odczynniki, kalibratory i kontrole oraz materiały eksploatacyjne (części zużywalne) konieczne do realizacji umowy na oba analizatory.

Dodatkowo proszę uwzględnić w ofercie 1000 kapilar o pojemności 45 µl z „łapaczami skrzepu” (dla noworodków) oraz 3 000 strzykawek kompatybilnych z analizatorem (jeśli takie są w ofercie)

Ilość odczynników, materiałów kontrolnych i eksploatacyjnych, każdy z oferentów oblicza samodzielnie na podstawie informacji podanych przez zamawiającego.

Kalkulację ilości kalibratorów i kontroli oraz wszystkich materiałów zużywalnych należy podać na podstawie ilości oznaczeń i zaleceń producenta.

Obliczając ilość odczynników należy kierować się zasadą zaokrąglania ilości oferowanych odczynników do pełnego opakowania w górę, biorąc pod uwagę trwałość odczynnika na pokładzie analizatora po otwarciu, zgodnie z oficjalna instrukcją podaną na opakowaniu.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tabela nr 4 - Dzierżawa** | | | | | | |
| Lp. | Przedmiot dzierżawy | Ilość miesięcy | Cena netto  za miesiąc | Wartość netto | Stawka VAT  % | Wartość brutto |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 =(3x4) | 6 | 7=(5+VAT) |
| 1 | Dzierżawa Analizatora, zgodnie ze specyfikacją wskazaną w Tabeli nr 1 | 24 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tabela nr 5 - Podsumowanie** | | | |
| L.p. | Nazwa | Całkowita  wartość  netto | Całkowita  wartość  brutto |
| 1 | Tabela 3 |  |  |
| 2 | Tabela 4 |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |

*Formularz podpisany elektronicznie*