***Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, 05-190 Nasielsk, ul. Sportowa 2***

*NIP: 531-15-01-474 Tel. 023-691-25-03 wew.3*

*Regon: 016457218 -00027 e-mail:sekretariat@zoz.nasielsk.pl*

**Wykonawca**:

Nazwa .............................................................................................................................

Adres ul. .................................................... miejscowość .....................................................

kod pocztowy ……-………………………... województwo ...................................................

REGON ..........................................................NIP ....................................................................

tel. ...................................................................fax. ....................................................................

Internet: http:// ................................................e-mail ................................................................

**O F E R T A**

**NA DOSTAWĘ ODCZYNNIKÓW DO BADAŃ BIOCHEMICZNYCH WRAZ Z DZIERŻAWĄ AUTOMATYZNEGO ANALIZATORA**

**Formularz asortymentowo-cenowy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Opis przedmiotu zamówienia | | Zasada metody/liniowość | Żądana ilość oznaczeń na 24 miesięcy | | Producent | Wielkość opakowania | | Ilość opakowań | Cena opakowania netto | | Wartość netto | | % VAT | | Wartość brutto | |
|  |
| Lp. |
|  |
|  |
|  |
| 1 | 2 | |  | 3 | | 4 | 5 | | 6 | 7 | | 8 | | 9 | | 10 | |
| I. | ODCZYNNIKI | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| 1 | Glukoza | | met. enzymatyczna,heksokinazowa, liniowość min. do 1000 mg/dl | 8 000 | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| 2 | Mocznik | | met. enzymatyczna, (ureaza/GLDH), liniowość min. do 220 mg/dl | 1400 | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| 3 | Kreatynina | | met. enzymatyczna, liniowość min. do 25,3 mg/dl | 5000 | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| 4 | Cholesterol całkowity | | met. enzymatyczna ChOD/POD, liniowość min.do 900 mg/dl | 4000 | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| 5 | Trójglicerydy | | met. enzymatyczna (GPO/POD), liniowośc min.do 2000 mg/dl | 4000 | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| 6 | HDL – cholesterol | | met. enzymatyczna, bezpośrednia bez wirowania, liniowość min. do 200 mg/dl | 3200 | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| 7 | LDL | | met. Bezpośrednia | 3200 | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| 8 | Białko całkowite | | met. biuretowa kolorymetryczna, liniowość min.do 21 g/dl | 200 | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| 9 | Kwas moczowy | | met. enzymatyczna (urikaza) i oksydazą askorbinianową, liniowość min.do 33 mg/dl | 1200 | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| 10 | Fosfor | | met. Kolorymetryczna, molibdenian amonowy | 400 | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| 11 | Wapń całkowity | | met. z Arsenazo, liniowość min.do do 22 mg/dl | 400 | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| 12 | Magnez całkowity | | met. kolorymetryczna z błękitem ksylidylowym, liniowość min. do 5 mg/dl | 300 | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| 13 | Żelazo | | met. z ferrozyną, liniowość min. do 1000µg/dl | 1400 | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| 14 | AST | | Mod. IFCC, bufor TRIS, bez fosforanu pirydoksalu, liniowość min. do 1000 U/l | 4000 | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| 15 | ALT | | Mod. IFCC, bufor TRIS, bez fosforanu pirydoksalu, liniowość min. do 1000 U/l | 4000 | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| 16 | CRP | | Imunoturbidymetria, liniowość min.do 32 mg/dl | 3200 | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| 17 | GGTP | | IFCC, buf TRIS, liniowość min. do 600 U/l | 600 | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| 18 | ALP | | IFCC, bufor AMP, liniowość min. do 1000 U/l | 400 | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| 19 | Bilirubina całkowita | | met. wanadowa liniowość do min. 49 mg/dl | 800 | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| 20 | CK | | CK NAC, IFCC, liniowość min. do 2000 U/l | 600 | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| 21 | AMYLAZA | | met. CNP-G3, bufor MES liniowość min.do 1500 U/l | 400 | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| II. | Kalibratory i kontrole | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| 1 |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| 2 |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| 3 |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| 4 |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| III | Materiałe zużywalne | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| 1 |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| 2 |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| 3 |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| 4 |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| 5 |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
|  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| Razem | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | | |  | | |  | | |  | |  |  |  | |  | |  |  |
|  | |  | | |  | | |  | | |  | |  |  |  | |  | |  |  |
| **Warunki graniczne :** | | | | |  | | |  | | |  | |  |  |  | |  | |  |  |
| 1) Odczynniki w opakowaniach umożliwiających ich bezpośrednie umieszczenie na pokładzie analizatora bez konieczności ich wcześniejszego przelewania/przygotowania | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| poza pokładem analizatora. Wszystkie odczynniki max. 2-reagentowe. | | | | | | | |  | | |  | |  |  |  | |  | |  |  |
| 2) Wymaga się zaoferowania multikalibratora na dwóch poziomach | | | | | | | |  | | |  | |  |  |  | |  | |  |  |
| 3) Wszystkie kalibratory i kontrole tego samego producenta co oferowane odczynniki | | | | | | | | | | |  | |  |  |  | |  | |  |  |
| 4) Kalibrator do CRP na min.5 poziomach, bez konieczności wykonywania rozcieńczeń | | | | | | | | | | |  | |  |  |  | |  | |  |  |
| 5) Wykonawca do oferty dołaczy Certyfikat Jakości ISO 13485 producenta oferowanych odczynników na projektowanie, wytwarzanie i dystrybucję odczynników | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| do diagnostyki in vitro dla laboratoriów medycznych | | | | | | | |  | | |  | |  |  |  | |  | |  |  |
| 6) Wykonawca zapewni autoryzowany serwis analizatora przez okres trwania umowy. | | | | | | | | | | |  | |  |  |  | |  | |  |  |
| Materiały kalibracyjne, kontrole i zużywalne potrzebne do wykonania podanej ilosci badań uzupełnia wykonawca. | | | | | | | | | | | | | |  |  | |  | |  |  |
| 7) Proszę skalkulować dla parametrów, których ilosć na 24 miesiące jest powyżej 600 oznaczeń w dni robocze 2 poziomy kontroli wykonywane codziennie na dwóch poziomach. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8) W przypadku badań poniżej 600 na 24 miesiące proszę skalkulować oznaczenie kontrolne raz na tydzień (dwa poziomy) ................................................. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | |  | | |  | |  |  |  | |  | |  |  |
|  | |  | | |  | | |  | | |  | |  |  |  | |  | |  |  |
|  | |  | | |  | | |  | | |  | |  |  |  | |  | |  |  |
|  | |  | | | Podpis Wykonawcy | | |  | | |  | |  |  |  | |  | |  |  |
|  | |  | | |  | | |  | | |  | |  |  |  | |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **PARAMETRY BEZWZGLĘDNIE WYMAGANE DLA ANALIZATORA BIOCHEMICZNEGO**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **1** | **2** | **3** | **4** | | ***Lp*** | **Parametry wymagane:** | **Potwierdzenie o spełnieniu wymaganych parametrów**  **TAK/NIE** | **Opis parametru** | |  | W pełni automatyczny analizator biochemiczny typu  ,, bench top ,, - wyklucza się analizator wolnostojący |  |  | |  | Wyklucza się analizator demonstracyjny. |  |  | |  | Analizator biochemiczny fabrycznie nowy lub po gruntownym przeglądzie technicznym, gwarantującym ciągłość realizacji badań, nie starszy niż 12 miesięcy od daty produkcji |  |  | |  | Praca w systemie odczynnikowym całkowicie otwartym – otwarte wszystkie kanały aplikacyjne. |  |  | |  | Analizator pracujący w zakresie pomiarowym dł. fali 340 –650 nm. |  |  | |  | Wydajność analizatora : minimum 200 testów fotometrycznych na godzinę , bez ISE |  |  | |  | Wykorzystywane metody pomiarowe :  - kinetyczna  - punktu końcowego  - turbidymetryczna |  |  | |  | Możliwość wykonywania badań w :  - surowicy  - osoczu  - moczu  - hemolizacie krwi pełnej |  |  | |  | Możliwość wykonywania badań w zakresie :  - substraty  - enzymy  - białka specyficzne |  |  | |  | System pracy analizatora w trybie  „pacjent po pacjencie” |  |  | |  | Próby pilne ,, cito ,, - możliwość dostawienia dowolnej ilości prób citowych w rotorze próbkowym |  |  | |  | Analizator wyposażony w detektory :  a)automatycznego monitorowania poziomu próbki  b) automatycznego monitorowania poziomu odczynnika. |  |  | |  | Kuwety pomiarowe jednorazowego użytku bez układu myjącego. |  |  | |  | Analizator wyposażony w system kontroli czystości kuwet. |  |  | |  | Zużycie wody dejonizowanej nie większe niż 4 litry na godzinę pracy analizatora , bez stacji uzdatniania wody. |  |  | |  | Rotor próbkowy : min. 40 pozycji . |  |  | |  | Możliwość wykonywania oznaczeń z próbek pediatrycznych (mikro) – mini pojemniki – objętość martwa próbki nie większa niż 50 µl – potwierdzenie zapisem w instrukcji obsługi analizatora dołączone do oferty . |  |  | |  | Możliwość wykonywania oznaczeń z probówek pierwotnych – również zamknięty system pobierania krwi |  |  | |  | Rotor odczynnikowy : min. 40 pozycji |  |  | |  | Wszystkie odczynniki w opakowaniach umożliwiających bezpośrednie wstawienie do rotora odczynnikowego bez konieczności przelewania ich poza analizatorem |  |  | |  | Chłodzenie rotora odczynnikowego zapewniające rzeczywistą stałą temperaturę odczynników :  4 - 10 st. C niezależnie od temperatury otoczenia dla wszystkich pozycji odczynnikowych |  |  | |  | Chłodzenie na pokładzie analizatora kontroli ,kalibratorów oraz próbek w rzeczywistej temperaturze 4 - 10 st. C niezależnie od temperatury otoczenia |  |  | |  | Możliwość tworzenia profili zlecanych badań. |  |  | |  | Możliwość stałego monitorowania stanu wykonania oznaczeń na ekranie monitora |  |  | |  | Możliwość stałego monitorowania poziomu odczynników na ekranie monitora |  |  | |  | Automatyczne rozcieńczanie próbek badanych po przekroczeniu liniowości metody , do co najmniej 1 : 120 |  |  | |  | Wbudowany system kontroli jakości badań :  a)wykresy Levey Jenningsa  ( pojedyncze i podwójne : Twin Plot )  b) reguły Westgarda |  |  | |  | Automatyczna archiwizacja wyników – możliwość wykonywania zestawień statystycznych – dziennych , miesięcznych oraz raportów kontroli jakości. |  |  | |  | Możliwość drukowania wyników badań wraz z normami oraz flagowanie wyników patologicznych |  |  | |  | Możliwość współpracy z komputerem zewnętrznym oraz laboratoryjną siecią informatyczną : komunikacja dwukierunkowa |  |  | |  | Oprogramowanie sterujące pracą analizatora w języku polskim – zewnętrzny komputer z systemem operacyjnym Windows XP lub VISTA , monitor zewnętrzny -19 cal , zewnętrzna drukarka laserowa |  |  | |  | Zewnętrzny UPS (możliwość podtrzymania pracy analizatora w przypadku awarii zasilania sieci elektrycznej) – min. 20 minut. |  |  | |  | Czas reakcji serwisu : do 24 godzin od chwili zgłoszenia awarii. |  |  | |  | Okres gwarancji na całość zestawu z wyłączeniem części zużywalnych – minimum 24 miesiące od daty instalacji |  |  | |  | Podłączenie do LSI, komunikacja dwukierunkowa |  |  |   **UWAGA :**  **Oferowane urządzenie musi posiadać parametry techniczne nie gorsze niż wymagane przez Zamawiającego oraz posiadać cechy użytkowe wymagane przez Zamawiającego.**  **Nie spełnienie któregokolwiek z wymaganych parametrów ( brak potwierdzenia ,, TAK ,, w kolumnie nr 3 z wyłączeniem pkt. 33,34,35 )**  **lub brak opisu ( kolumna nr 4) spowoduje odrzucenie oferty.** |  |  |  |  | Podpis wykonawcy |  |  |  |

Oświadczamy, że:

1. Posiadamy wiedzę i doświadczenie w zakresie przedmiotu zamówienia;
2. Dysponujemy odpowiednim potencjałem technicznym
3. Oferujemy dzierżawę analizatora spełniającego poniższe wymagania:
4. Wieloparametrowy, w pełni automatyczny analizator do badań diagnostycznych w zakresie biochemii klinicznej.
5. Nie starszy niż 12 miesięcy od daty produkcji.
6. Wydajność analizatora 200 oznaczeń fotometrycznych na godzinę (bez ISE)
7. Dzienne czynności konserwacyjne/przygotowawcze (z wyłączeniem procedury kontroli jakości i kalibracji) wykonywane przez operatora lub automatycznie nie dłuższe niż 20 minut.
8. Możliwość dokonywania pomiaru w surowicy i w moczu.
9. Możliwość wykonywania analiz z tzw. próbki pierwotnej.
10. Kuwety reakcyjne jednorazowego użytku
11. QC w czasie rzeczywistym oraz na zlecenie użytkownika; wykresy Levey-Jenningsa
12. Maksymalne zużycie wody do 4,0 l/h
13. Aparat wyposażony w system detekcji poziomu cieczy, detektor kolizji, pomiar pozostałej ilości odczynnika
14. Zapewnienie na własny koszt podłączenia/konfiguracji analizatora do funkcjonującego w laboratorium systemu informatycznego (MARCEL ).
15. Oprogramowanie w języku polskim.
16. Automatyczny proces kalibracji - po zatwierdzeniu trybu przez operatora.
17. Wyposażenie analizatora w fabrycznie nowe UPS pozwalającego na podtrzymanie pracy aparatu w przypadku spadku napięcia przez minimum 15 minut.
18. Znajdujemy się sytuacji ekonomicznej i finansowej umożliwiającej prawidłowe wykonanie zamówienia
19. Wyrażamy zgodę na otrzymanie należności w formie przelewu w ciągu 30 dni od daty otrzymania faktury przez Zamawiającego
20. Akceptujemy termin związania ofertą
21. Akceptujemy wzór umowy i w razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego
22. Zapewnimy na własny koszt podłączenia/konfigurację analizatora do funkcjonującego w laboratorium systemu informatycznego (MARCEL)
23. W razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do dostarczenia instrukcji metodycznych wszystkich zaplanowanych przez zamawiającego testów (na nośniku CD) oraz aktualne karty charakterystyki substancji niebezpiecznych (na nośniku CD)
24. Dostawy będące przedmiotem zamówienia wykonamy sami / z udziałem podwykonawców/\*

Osobą/osobami upoważnionymi do podpisania umowy jest/są/\*:

1. Imię i Nazwisko:................................................................................................................

stanowisko .............................................................................................................................

tel./fax. …………………………………………….………………………………………..

e-mail………………………………………………………………………………………..

2. .Imię i Nazwisko:................................................................................................................

stanowisko ..............................................................................................................................

tel./fax. ……………………………………………………………..……………………….

e-mail…………………………………………………………………………………………

Osobą do kontaktów z zamawiającym odpowiedzialnymi za wykonanie zobowiązań umowy jest:

1 Imię i Nazwisko:………………………………….……………………………………….

stanowisko ..............................................................................................................................

tel./fax. ………………………….……………………………………………………………

e-mail…………………………………………………………………………………………

2. Imię i Nazwisko ………………………………………………………………………….

stanowisko ..............................................................................................................................

tel./fax……………………………. ………………………………………………………….

e-mail…………………………………………………………………………………………

Integralną częścią oferty są załączniki:

1. Zaakceptowany wzór umowy
2. Odpis z właściwego rejestru albo zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej
3. Dokument pełnomocnictwa – w przypadku udzielenia pełnomocnictwa do podpisania oferty wraz załącznikami innej osobie niż upoważniona do reprezentacji

Na .......... kolejno ponumerowanych stronach składamy całość oferty.

........................... dnia............2021 r. .........................................................

podpisy osób uprawnionych do reprezentacji

wykonawcy lub pełnomocnik

\*niepotrzebne skreślić