**DOSTAWA TESTÓW I MATERIAŁÓW ZUŻYWALNYCH WRAZ Z DZIERŻAWĄ AUTOMATYCZNEGO ANALIZATORA IMMUNOSEROLOGICZNEGO.**

**POZYCJA I – TESTY I MATERIAŁY ZUŻYWALNE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lp.* | *Opis przedmiotu zamówienia* | *wielkość opakowania lub j.m.* | *Ilość wymagana* | *Nazwa oferowanego produktu/numer katalogowy* | *Producent oferowanego produktu* | *Oferowana wielkość opakowania* | *Ilość zaoferowanych opakowań* | *cena jednostkowa netto za op.* | *wartość netto PLN* | *VAT %* | *wartość brutto PLN* |
| **TESTY** | | | | | | | | | | | |
| 1. | Testy do oznaczenia poziomu przeciwciał CMV w klanie IgM. Zestaw zawierający gotowe do użycia:  - paski testowe,  - pipety SPR opłaszczone antygenem CMV,  - kontrola dodatnia (ludzka surowica zawierająca anty-CMV IgM + 1g/l azydek sodu),  - kontrola ujemna (bufor fosforanowy + stabilizator białek pochodzenia zwierzęcego + środki konserwujące),  - standard (ludzka surowica zawierająca anty-CMV IgM + 1g/l azydek sodu). | szt. | 750 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Testy do oznaczenia poziomu przeciwciał CMV w klasie IgG. Zestaw zawierający gotowe do użycia:  - paski testowe,  - pipety SPR opłaszczone antygenem CMV,  - kontrola dodatnia (ludzka surowica zawierająca anty-CMV IgG+ 1g/l azydek sodu),  - kontrola ujemna (bufor fosforanowy + stabilizator białek pochodzenia zwierzęcego + środki konserwujące),  - standard (ludzka surowica zawierająca anty-CMV IgG + 1g/l azydek sodu). | szt. | 1080 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Testy do oznaczenia poziomu przeciwciał EBV VCA IgM. Zestaw zawierający gotowe do użycia:  - paski testowe,  - pipety SPR opłaszczone mysimi monoklonalnymi anty ludzkimi przeciwciałami klasy IgM,  - kontrola dodatnia (zpulowane ludzkie osocze zawierające przeciwciała anty-VCA IgM w buforze fosforanowym ph 7.4 + 50g/lBSA + środki konserwujące),  - kontrola ujemna (bufor fosforanowy + stabilizator białek pochodzenia zwierzęcego + środki konserwujące),  - standard (ludzka surowica zawierająca anty-CMV IgM+ 1g/l azydek sodu). | szt. | 630 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Testy do oznaczenia poziomu przeciwciał EBV anty - VCA i anty EA IgG. Zestaw zawierający gotowe do użycia:  - paski testowe,  - pipety SPR opłaszczone antygenami VCA P18 i EA P54,  - kontrola dodatnia (zpulowana ludzka surowica zawierająca przeciwciała anty-VCA IgG w buforze fosforanowym pH 7.4 + 50g/l BSA + środki konserwujące),  - kontrola ujemna (bufor fosforanowy + stabilizator białek pochodzenia zwierzęcego + środki konserwujące),  - standard (zpulowana ludzka surowica zawierająca anty-VCA IgG w buforze fosforanowym pH 7,4 + 50g/lBSA + środki konserwujące). | szt. | 630 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Testy do oznaczenia poziomu przeciwciał EBV EBNA IgG. Zestaw zawierający gotowe do użycia:  - paski testowe,  - pipety SPR opłaszczone antygenami EBNA-1 P72,  - kontrola dodatnia (zpulowane ludzkie osocze zawierające przeciwciała anty-EBNA IgG w buforze fosforanowym pH 7.4 + 50g/l BSA + środki konserwujące),  - kontrola ujemna (bufor fosforanowy + stabilizator białek pochodzenia zwierzęcego + środki konserwujące),  - standard (ludzka osocze zawierające przeciwciała anty-EBNA IgG w buforze fosforanowym pH 7.4 + 50g/l BSA + środki konserwujące). | szt. | 630 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Testy do wykrywania przeciwciał IgM przeciw toksoplazmozie. Zestaw zawierający gotowe do użycia:  - paski testowe,  - pipety SPR opłaszczone kozimi przeciwciałami anty-ludzkim łańcuchom µ,  - kontrola dodatnia (ludzka surowica zawierające anty-Toksoplazma IgM + stabilizator białkowy + 1g/l azydek sodu),  - kontrola ujemna (ludzka surowica ujemna pod względem obecności anty- Toksoplazma IgM IgM + stabilizator białkowy + 1g/l azydek sodu),  - standard (ludzka surowica zawierająca anty-Toksoplazma IgM + stabilizator białkowy + 1g/l azydek sodu). | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Testy do wykrywania przeciwciał IgG przeciw toksoplazmozie. Zestaw zawierający gotowe do użycia:  - paski testowe,  - pipety SPR pokryty błonowym i cytoplazmatycznym antygenem toksoplazmy, RH szczep Sabina uzyskiwany z myszy),  - kontrola dodatnia (ludzka surowica zawierające anty-Toksoplazma IgG + stabilizator białkowy + 1g/l azydek sodu),  - kontrola ujemna (ludzka surowica ujemna pod względem obecności anty- Toksoplazma IgG + stabilizator białkowy + 1g/l azydek sodu),  - standard (ludzka surowica zawierająca przeciwciała IgG anty-Toksoplazma i skalibrowana wg 2-go standardu międzynarodowego WHO + stabilizator białkowy + 1g/l azydek sodu). | szt. | 600 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **MATERIAŁY ZUŻYWALNE** | | | | | | | | | | | |
| 1. | Materiały zużywalne w ilościach niezbędnych do prawidłowego oznaczenia ww testów. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | | | | | | |  |  |  |

Parametry graniczne dla testów i materiałów zużywalnych:

1. Kompletne zestawy (zestawy testowe, kalibratory i kontrole wchodzące w skład zestawu).

2. W formie monotestów.

3. Zestawy testów, których otwarcie nie skraca terminu ważności opisanego na zestawie odczynnikowym.

4. Wszystkie testy od jednego producenta.

**POZYCJA II – DZIERŻAWA AUTOMATYCZNEGO ANALIZATORA IMMUNOSEROLOGICZNEGO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot zamówienia | Ilość miesięcy | Wartość netto za 1 miesiąc | Stawka VAT % | Łączna wartość netto w PLN (za 36 miesiecy) | Łączna wartość brutto w PLN (za 36 miesiecy) |
| **Dzierżawa analizatora wraz z wyposażeniem dodatkowym**  ………………………………...…………..  (nazwa)  **Parametry techniczno – użytkowe oraz elementy składowe zestawu zgodnie z opisem wskazanym w tabeli poniżej** | **36** |  |  |  |  |

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dla:** Zakład Mikrobiologii Klinicznej | | | |
| **Producent**: …………………………………….. | | | |
| **Oferowany model/typ**: ……………………………………….. | | | |
| **Kraj pochodzenia**: …………………………………. | | | |
| **Data produkcji nie starsza niż 2018:** ……………………. | | | |
| **L.p.** | **Opis** | **Wymagania graniczne** | **Potwierdzenie Wykonawcy: TAK lub opis parametrów lub funkcji oferowanych** *(wypełnia Wykonawca)* |
| 1. | Wieloparametrowy analizator do badan immunodiagnostycznych metodą enzymoimmunofluorescencyjną. | TAK |  |
| 2. | Obsługa oprogramowania analizatora za pomocą ekranu dotykowego. | TAK |  |
| 3. | Stała gotowość aparatu do pracy przez 24 h na dobę bez przerw powodujących niedostępność analizatora do rutynowej pracy. | TAK |  |
| 4. | Minimum 6 miejsc pomiarowych. | TAK |  |
| 5. | Brak płynów płuczących i odczynników dodatkowych koniecznych do rutynowej obsługi aparatów. | TAK |  |
| 6. | Aparat bezigłowy – wykluczenie możliwości kontaminacji próbki (przeniesienia oznaczanego składnika pomiędzy próbkami) i zakażenia personelu (jednorazowe zestawy testowe dla jednego pacjenta). | TAK |  |
| 7. | Krzywa kalibracyjna przechowywana w pamięci aparatu, a rekalibracja wykonywana nie częściej niż co dwa tygodnie. | TAK |  |
| 8. | Oprogramowanie graficzne w systemie Windows w języku polskim umożliwiające archiwizacje danych pacjentów i wyników. | TAK |  |
| 9. | Podłączenie analizatora do LIS ProfLab po stronie Wykonawcy (program będący w posiadaniu Zamawiającego). | TAK |  |
| 10. | Analizator posiadający możliwość dwustronnej komunikacji z systemem laboratoryjnym. | TAK |  |
| 11. | Możliwość zdalnej obsługi serwisowej analizatora z w wykorzystaniem łącza internetowego. | TAK |  |
| 12. | Aparat nie wymagający wykonywania czynności startowych (płukanie, wstawianie dodatkowych odczynników takich jak substraty, płyny dekontaminujace). | TAK |  |
| 13. | W skład analizatora wchodzi wbudowany komputer, drukarka zewnętrzna, czytnik kodów kreskowych, zasilacz UPS. | TAK |  |
| **SERWIS** | | | |
| 1. | Wykonawca zobowiązuje się do zapewnienia pełnego serwisu na czas dzierżawy urządzenia. | TAK |  |
| 2. | O każdym wypadku wadliwej pracy urządzenia Zamawiający zawiadomi Wykonawcę niezwłocznie za pośrednictwem faksu, maila lub telefonicznie. | TAK *proszę podać* | Imię i nazwisko …………………………………….  Tel./fax…………  Email: ……………. |
| 3. | Czas reakcji\*serwisu gwarancyjnego **nie dłuższy niż 48 godzin** od chwili zgłoszenia awarii w dzień roboczy, tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.  *Zamawiający dopuszcza zdalne wsparcie techniczne.*  \*)Przez „czas reakcji” należy rozumieć czas, w którym serwisant, po otrzymaniu zgłoszenia, stawi się w siedzibie użytkownika i przystąpi do niezwłocznego usunięcia usterek. | TAK |  |
| 4. | Wykonawca zobowiązuje się do usunięcia usterek i wad urządzenia w terminie do **5\*** dni roboczych od czasu ich zgłoszenia, tj. od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.  \*w przypadku wymagalności ściągnięcia części zamiennych z zagranicy - do **10 dni** roboczych od daty zgłoszenia.  W przypadku przekroczenia terminu usunięcia usterek i wad urządzenia Wykonawca dostarczy urządzenie zastępcze o takich samych parametrach lub wyższych. | TAK |  |
| 5. | Dokumenty (w języku polskim) do przekazania Zamawiającemu podczas instalacji:  Wykonawca do Zakładu Mikrobiologii Klinicznej dostarczy następujące dokumenty w języku polskim:  - Zgodny z wzorem umowy *Protokół z dostawy, instalacji, uruchomienia i odbioru końcowego wraz z przeprowadzonym szkoleniem* uzupełniony o numer seryjny sprzętu i z wpisem, że jest sprawny i dopuszczony do eksploatacji oraz z datą następnego przeglądu (oryginał do potwierdzenia),  - Instrukcja obsługi, mycia, dezynfekcji (kopia lub wersja PDF),  - Karta katalogowa oferowanego urządzenia (kopia lub wersja PDF),  - Paszport techniczny urządzenia. |  |  |
| 6. | Podpisany oryginał *Protokołu z dostawy, instalacji, uruchomienia i odbioru końcowego wraz z przeprowadzonym szkoleniem* Wykonawca zobowiązuje się dostarczyć do Działu Gospodarki Aparaturowej w dniu uruchomienia urządzenia. | TAK |  |
| 7. | Potwierdzeniem zakończenia dzierżawy urządzenia będzie podpisany przez Użytkownika i Wykonawcę *Protokół deinstalacji i odbioru po zakończeniu dzierżawy,* dostarczony do DGA. | TAK |  |
| **SZKOLENIE INSTRUKTAŻOWE** | | | |
| 1. | Wykonawca, w ramach wartości umowy, przeprowadzi szkolenie pracowników Zamawiającego w zakresie podstawowej jego obsługi. Przeprowadzony instruktaż (minimum 2 osoby) udokumentowany zostanie stosownym zaświadczeniem. | TAK |  |
| 2. | Lista osób przeszkolonych potwierdzona podpisem uczestników szkolenia oraz organizatora zostanie przekazana do DGA. | TAK |  |
| **INNE** | | | |
| 1. | Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia, instalacji, montażu, uruchomienia oraz przeprowadzenia szkolenia personelu Zamawiającego w zakresie użytkowania urządzenia **do 28 dni** od daty podpisania umowy. | TAK |  |
| 2. | Wykonawca podłączy dostarczone urządzenie do sieci „NIO-PIB” w miejscu wskazanym przez uprawnionego przedstawiciela Zamawiającego zgodnie z DTR dostarczoną przez producenta. | TAK |  |
| 3. | W ramach współpracy dotyczącej realizacji umowy Wykonawca upoważnia. | TAK *proszę podać* | Imię i nazwisko …………………………………….  Tel: …………  Email: ……………. |

**Uwaga:** W kolumnie „Potwierdzenie Wykonawcy” należy wpisać „Tak” oraz potwierdzić spełnienie warunków. Brak wypełnienia tej rubryki lub wpisanie „Nie” spowoduje odrzucenie oferty jako nie spełniającej wymaganych warunków technicznych, o ile z treści innych dokumentów stanowiących załączniki do oferty nie będzie wynikało, iż przedmiot oferty spełnia wymagania określone w ww. tabeli.

**UWAGA:**

**1. Zamawiającym zaleca przed podpisaniem, zapisanie dokumentu w formacie .pdf**

**2. Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania wykonawcy, kwalifikowanym podpisem elektronicznym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę.**