|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje** **(wartości minimalne wymagane)** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **System do posiewów krwi i płynów ustrojowych** Oferowany model: …………………………………………………………Producent: …………………………………………………………Rok produkcji ………………………………………………………… |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe. Wyklucza się urządzenia demonstracyjne. Rok produkcji min. 2022. | Tak, podać |  |
|  | Hodowla i detekcja wzrostu w obrębie jednego aparatu. | Tak, podać |  |
|  | Ilość miejsc w aparacie min. 60. | Tak, podać |  |
|  | Wprowadzanie danych o numerze badania czytnikiem kodów paskowych. | Tak, podać |  |
|  | Wbudowany komputer do obsługi aparatu z oprogramowaniem w wersji graficznej – ekran min. 7 cali (minimum rejestracja i wprowadzanie prób-tworzenie zestawień i ich wydruk, podgląd prób-tworzenie zestawień i ich wydruk, podgląd wykresu próby w trakcie wzrostu). | Tak, podać |  |
|  | Podłoża kompletne bez konieczności dodawania substancji wzbogacających dla rutynowi pobieranych objętości krwi zalecanych przez producenta. | Tak, podać |  |
|  | Hodowla bakterii i grzybów w tym samym podłożu. | Tak, podać |  |
|  | Zastosowana metoda pomiaru – kolorymetria. | Tak, podać |  |
|  | Czułość pomiaru ≤10 CFU/ml. | <7 CFU/ml – 20 pkt7-10 CFU/ml – 0 pkt |  |
|  | Możliwość dwukierunkowej komunikacji z systemem informatycznym do obsługi laboratorium mikrobiologicznego. | Tak, podać |  |
|  | Możliwość posiewu małych objętości krwi minimum 0,5 ml potwierdzona w instrukcji do butelek. | Tak, podać |  |
|  | Producent posiada walidowaną, zgodną z EUCAST procedurę wykonywania lekowrażliwości bezpośrednio z dodanej próbki (RAST – Rapid Antimicrobial Susceptibility Testing) oraz potwierdzoną opinią KORDL. | Tak, podać |  |
|  | Instrukcja obsługi aparatu w języku polskim | Tak, podać |  |
|  | Dostępne podłoża z inhibitorami antybiotyków oraz podłoża bez inhibitorów antybiotyków w składzie. | Tak, podać |  |
|  | Podłoża do posiewów w butelkach nietłukliwych, wykonanych z tworzywa sztucznego, uniemożliwiających pobicie w trakcie transportu oraz w trakcie pobierania materiału od pacjenta. | Tak, podać |  |
|  | Aparat do pracy na stole laboratoryjnym. | Tak, podać |  |
|  | Swobodny dostęp do cel pomiarowych zdefiniowany przez Użytkownika, a nie aparat. | Tak, podać |  |
|  | Możliwość wyłączenia pojedynczych cel pomiarowych w razie awarii. | Tak, podać |  |
|  | Wizyta serwisu merytorycznego firmy po pierwszym miesiącu pracy analizatora u Zamawiającego. | Tak, podać |  |
|  | Wizualna, jednoznaczna zmiana zabarwienia czujnika wraz z możliwością oceny wzrostu drobnoustrojów w podłożu preinkubowanym (przed wstawieniem do aparatu). | Tak, podać |  |
|  | Wykrywanie bakterii z krwi i płynów ustrojowych | Tak, podać |  |
|  | Zwalidowana procedura opóźnionego wkładania podłoży z materiałem przed wstawieniem do aparatu do 24 h | Tak, podać |  |
|  | Integracja aparatu ze środowiskiem informatycznym KS-Solab Kamsoft posiadanym przez Zamawiającego. | Tak, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Wymagane parametry i funkcje****(wartości minimalne wymagane)** | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
|  | **Wymagania techniczne – dotyczy wszystkich powyższych urządzeń** |  |  |
|  | Paszport techniczny oraz instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z urządzeniem.  | Tak, podać |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące od dnia instalacji potwierdzonej protokołem uruchomienia i przekazania urządzenia w terminie uwzględniającym godziny pracy Zamawiającego. | 48 miesięcy – 20 pkt36 miesięcy – 10 pkt24 miesiące – 0 pkt |  |
|  | Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 24 godz. /dotyczy sprzętu medycznego/ | Tak, podać |  |
|  | Czas oczekiwania na skuteczne usunięcie uszkodzenia /dotyczy sprzętu medycznego/:a. nie wymagającej importu części nie dłużej niż 2 dni robocze /dotyczy sprzętu medycznego/b. wymagającej importu części nie dłużej niż 10 dni roboczych. /dotyczy sprzętu medycznego/ | Tak, podać |  |
|  | Wykonawca dostarczy, urządzenie oraz przeprowadzi instruktarz obsługi i konserwacji w cenie oferty. | Tak, podać |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wraz z urządzeniem uzupełnionego paszportu technicznego o dane identyfikujące urządzenie (m.in. numer seryjny, rok produkcji, model, producent, informacja o prawidłowym działaniu urządzenia). | Tak, podać |  |
|  | Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 10 lat od daty sprzedaży /dotyczy sprzętu medycznego | Tak, podać |  |
|  | Urządzenie wykonane w technologii energooszczędnej – urządzenie energooszczędne / jeśli dotyczy/ | Tak, podać |  |

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie nawet jednego z  w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w  oferowanej konfiguracji.

 …………………………………..

 Podpis osoby uprawnionej do

 reprezentowania Wykonawcy