**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Dostawa, instalacja i uruchomienie aparatury laboratoryjnej dla Zakładu Diagnostyki Patomorfologicznej**

**Część 12**

**Dostawa, instalacja i uruchomienie cytowirówki**

Uwagi i objaśnienia:

* Parametry określone jako „tak” są parametrami granicznymi. Udzielenie odpowiedzi „nie” lub innej nie stanowiącej jednoznacznego potwierdzenia spełniania warunku będzie skutkowało odrzuceniem oferty.
* Parametry o określonych warunkach liczbowych ( „=>” lub „<=” ) są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wartość podana przy znaku „=” oznacza wartość wymaganą.
* Brak odpowiedzi w przypadku pozostałych warunków, punktowany będzie jako 0.
* Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.
* Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji 2018) nie jest rekondycjonowany, używany, powystawowy, jest kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów.

Nazwa i typ: .............................................................

Producent: ........................................................

Kraj produkcji: ................................................................

Rok produkcji: .......................

Klasa wyrobu medycznego: ..................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot | Liczba sztuk | Cena jednostkowa bruttoaparatu | A: Cena brutto aparatu |
| cytowirówka | 1 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | B: Cena brutto dostawy, instalacji, uruchomienia, szkolenia: |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| A+ B: Cena brutto oferty |  |

**PARAMETRY TECHNICZNE I EKSPLOATACYJNE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | * + 1. **PARAMETR**
 | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** |
|  | Wirówka cytologiczna sterowana mikroprocesorem | tak | --- |
|  | Prędkość obrotowa programowana, od 200 do 2000 obrotów/min. | tak | --- |
|  | Programowana wielkość przyspieszenia w min. 3 zakresach. | tak | --- |
|  | Pamięć 23 programy z możliwością zapisania (w pamięci nieulotnej urządzenia) czasu pracy, prędkości wirowania i przyspieszanie, niezależnie dla każdego z programów | tak, podać | --- |
|  | Wyświetlanie aktualnej prędkości obrotowej oraz czasu pozostałego do końca wirowania. | podać | --- |
|  | Pokrywa wirówki wyposażona w wziernik umożliwiający obserwację przebiegu wirowania. | tak | --- |
|  | Zdejmowanie i montaż rotora w wirówce bez użycia narzędzi (szybkie wyjęcia rotora z wirówki i umieszczenia w dygestorium w celu utrwalenie materiału cytologicznego które ma zapobiec autolizie lub wysuszeniu komórek) | tak | --- |
|  | Rotor, pokrywą rotora i uszczelką odporne na sterylizację parową w 121°C przez 15 min. | tak, podać | --- |
|  | Rotor wyposażony we własną – niezależną od pokrywy wirówki - pokrywę oraz uszczelkę –stanowiącą dodatkowe zabezpieczenie przed zachlapaniem stanowiska pracy oraz urządzenia podczas przenoszenia/ wyjmowania rotora. Otwieranie i zamykanie pokrywy rotora za pomocą przycisku zwalniającego blokadę obsługiwane jedną ręką | tak | --- |
|  | Komora wykonana z jednorodnego materiału, bez łączeń mechanicznych w celu zabezpieczenia wirówki przez przypadkowym rozlaniem płynów podczas wirowania. | tak, podać i opisać | --- |
|  | Pokrywa wirówki wyposażona w przeźroczystą – nie koloryzowaną szybkę w celu szybkiego sprawdzenia czy w rotorze znajdują się kominki.  | tak | --- |
|  | Rotor na 12 pojemników na próbki. | tak | --- |
|  | Możliwość wirowania próbek o pojemnościach od 0,1 ml do 6 ml. | tak | --- |
|  | Pionowe ustawienie szkiełek podczas wirowania | tak | --- |
|  | Możliwość wirowania podwójnych próbek, łącznie 24 próbki. | tak, podać | --- |
|  | Możliwość sterylizacji wszystkich części rotora. | tak | --- |
|  | System awaryjnego otwierania pokrywy w przypadku braku zasilania. | tak | --- |
|  | Alarm akustyczny nie wyważenia. | tak | --- |
|  | Sygnalizacja akustyczna zakończenia wirowania. | tak | --- |
|  | Możliwość wykonywania cytobloków czyli umieszczania komórek w trakcie wirowania bezpośrednio do kasetek histologicznych. | tak | --- |
|  | Akcesoria - klipsy ze stali nierdzewnej - filterki podwójne - kominki jednorazowe z klipsem o pojemności 6 ml wraz z dopasowanymi szkiełkami- kominki pojedyncze jednorazowe o pojemności 0,5 ml wraz z dopasowanymi szkiełkami - kominki podwójne jednorazowe - kominki wielokrotnego użycia | tak, podać | --- |

**WARUNKI GWARANCJI I SERWISU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | * + 1. **PARAMETR**
 | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | Okres gwarancji [miesiące] | >= 24 |  | najdłuższy okres – 5 pkt,wymagane – 0 pkt,inne proporcjonalnie mniej, względem najdłuższego okresu |
|  | Przyjazd serwisu po zgłoszeniu awarii w okresie gwarancji do 2 dni (dotyczy dni roboczych rozumianych jako dni od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem świąt i dni ustawowo wolnych od pracy, w godzinach od 8.00 do 15.00 ) | <=2 dni |  | 1 dzień– 5 pkt;2 dni – 0 pkt, |
|  | Czas na naprawę usterki – do 7 dni, a w przypadku potrzeby sprowadzenia części zamiennych do - 10 dni (dotyczy dni roboczych) | tak |  | --- |
|  | Urządzenie zastępcze w przypadku niewykonania naprawy w ciągu 10 dni od zgłoszenia awarii | tak |  | --- |
|  | W ramach ceny: przeglądy w okresie gwarancji (zgodnie z wymogami producenta)  | tak, podać ilość |  | --- |
|  | Ilość przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy aparatu (w okresie 1 roku) | podać |  | jeden – 5 pkt, więcej – 0 pkt |
|  | Dokumentacja serwisowa i/lub oprogramowanie serwisowe na potrzeby Zamawiającego (dokumentacja zapewni co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, etc.) | tak |  | --- |
|  | Wraz z dostawą komplet materiałów dotyczących instalacji  | tak |  | --- |
|  | Urządzenie jest lub będzie pozbawione wszelkich blokad, kodów serwisowych, itp. które po upływie gwarancji utrudniałyby właścicielowi dostęp do opcji serwisowych lub naprawę aparatu przez inny niż Wykonawca umowy podmiot w przypadku nie korzystania przez Zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy | tak |  | --- |

**POZOSTAŁE WYMAGANIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | * + 1. **PARAMETR**
 | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie drukowanej i elektronicznej (pendrive lub płyta CD) | tak | --- |
|  | Transport krajowy i zagraniczny wraz z ubezpieczeniem, wszelkie opłaty celne, skarbowe oraz inne opłaty pośrednie po stronie wykonawcy | tak | --- |
|  | Szkolenie dla personelu medycznego – 2 osoby i technicznego – 1 osoba. Dodatkowe szkolenie dla personelu medycznego w przypadku wyrażenia takiej potrzeby przez personel medyczny – 1 osoba | tak | --- |
|  | Z uwagi na fakt, iż przedmiot umowy finansowany jest ze środków Unii Europejskiej, faktura po dostawie musi zawierać wymieniony sprzęt zgodny, co do nazwy, ze sprzętem wymienionym w opisie przedmiotu zamówienia: Cytowirówka | tak | --- |