**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

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

**Część 13**

**Dostawa, instalacja i uruchomienie hybrydyzatora**

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: .......................

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

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

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

**PARAMETRY TECHNICZNE I EKSPLOATACYJNE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | * + 1. **PARAMETR**
 | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** |
|  | Hybrydyzator przeznaczony do procedur FISH oraz inkubacyjnych | tak | --- |
|  | Wymiary maksymalnie (dł x szer x wys) 420x226x145 mm (+/- 10 mm) | tak | --- |
|  | Waga maksymalnie do 7 kg | tak | --- |
|  | 12 lub więcej pozycji na szkiełka mikroskopowe | tak | --- |
|  | Dwupłytowe ogrzewanie, bloki grzejne zarówno w podstawie jak i w pokrywie | tak | --- |
|  | System kontrolowania wilgotności komory z wymienialnymi pojemnikami na wodę | tak | --- |
|  | Zakres temperatur min. od 30 do 99 °C | tak | --- |
|  | Ekran dotykowy | tak | --- |
|  | Programowanie minimum 60 gotowych protokołów | tak | --- |
|  | Gniazdo pamięci USB | tak | --- |
| **Wyposażenie** |
|  | Sonda FISH MYC, Break Apart 8q24.21, próbka na 3 testy. Sonda gotowa do użycia, bez konieczności rozcieńczania w buforze, znakowana orange / green , wraz ze wszystkimi niezbędnymi odczynnikami i buforami do wykonania oznaczeń | tak | --- |
|  | Sonda FISH BCL6 Break Apart 3q27.3, próbka na 3 testy. Sonda gotowa do użycia, bez konieczności rozcieńczania w buforze, znakowana orange / green , wraz ze wszystkimi niezbędnymi odczynnikami i buforami do wykonania oznaczeń | tak | --- |
|  | Sonda FISH RREB1/MYB/CCCP6/CCND1, próbka na 3 testy. Sonda gotowa do użycia, bez konieczności rozcieńczania w buforze, czterokolorowa znakowana red / gold / aqua / green , wraz ze wszystkimi niezbędnymi odczynnikami i buforami do wykonania oznaczeń | tak | --- |

**WARUNKI GWARANCJI I SERWISU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | * + 1. **PARAMETR**
 | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | Okres gwarancji [miesiące] | >= 12 |  | najdłuższy okres – 5 pkt,wymagane – 0 pkt,inne proporcjonalnie mniej, względem najdłuższego okresu |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji (dotyczy dni roboczych rozumianych jako dni od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem świąt i dniustawowo 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 |  | --- |
|  | 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: Hybrydyzator | tak | --- |