**Załącznik nr 2 do SWZ**

………………………………………………

*Nazwa Wykonawcy*

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

**PAKIET 8**

**Dostawa odczynników wraz z dzierżawa analizatora mikrobiologicznego do identyfikacji drobnoustrojów i określenia lekowrażliwości.**

Wymagania:

1. Termin ważności odczynników minimum 7 miesięcy.
2. Odczynniki, z nadrukowaną datą ważności i nr serii.
3. Parametry aparatu podane w tabeli B „Zestawienie parametrów technicznych aparatu” stanowią minimalne wymagania graniczne, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Do oferty należy dołączyć firmowe materiały informacyjne, w których powinny być zaznaczone parametry dotyczące warunków wymagalnych dzierżawionego aparatu.
4. Oświadczamy, że oferowany aparat jest kompletny i po zainstalowaniu i uruchomieniu będzie gotowy do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych, z wyłączeniem materiałów eksploatacyjnych.
5. Oświadczamy, że oferowany aparat, oprócz spełniania odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany poziom usług medycznych.
6. Wykonawca zapewni szkolenie z obsługi aparatu potwierdzone certyfikatem oraz opiekę merytoryczną na cały okres obowiązywania umowy.
7. Zamawiający wymaga aby wymieniony w pakiecie asortyment oraz analizator pochodziły od tego samego producenta.
8. Wykonawca wraz z pierwszą dostawą dostarczy karty charakterystyki w języku polskim na płycie CD.

…………………….………………………………………

*(podpis i pieczęć Wykonawcy lub upoważnionej osoby*

**Tabela A**

**Zestawienie kosztów odczynników do badań**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa produktu**  **i jego opis** | **Liczba produktów na okres**  **24 m-cy** | **Wielkość**  **opakowania** | **Liczba opakowań na 24 m-ce** | **Cena netto za 1 opakowanie** | **Wartość netto**  **na 24 m-ce** | **Stawka VAT** | **Wartość VAT** | **Wartość brutto**  **na 24 m-ce** | **Nr katalogowy**  **Nazwa producenta** |
| **1** | Automatyczny test do identyfikacji bakterii Gram-ujemnych | 1000 | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | Automatyczny test do identyfikacji bakterii Gram-dodatnich | 800 | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** | Automatyczny test do identyfikacji grzybów | 40 | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** | Automatyczny test do identyfikacji Neisseria, Haemophilus | 20 | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** | Automatyczny test do oznaczania lekooporności bakterii Gram-ujemnych wyhodowanych z moczu | 740 | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** | Automatyczny test do oznaczania lekooporności bakterii Gram-ujemnych fermentujących | 60 | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** | Automatyczny test do oznaczania lekooporności bakterii Gram-ujemnych niefermentujących | 200 | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** | Automatyczny test do oznaczania lekooporności Streptococcus | 60 | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** | Automatyczny test do oznaczania lekooporności Enterococcus | 200 | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** | Automatyczny test do oznaczania lekooporności Staphylococcus | 80 | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** | Automatyczny test do oznaczania lekooporności grzybów | 40 | 20 |  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | **x** | **x** | **x** | **x** |  | **x** |  |  |  |

**Tabela B**

**Zestawienie parametrów technicznych analizatora**

PRODUCENT …………………………………………………………

MODEL ………………………………………………………………..

ROK PRODUKCJI …………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane parametry** | **Wymagania graniczne** | **Oferowane parametry**  **Podać zakresy i opisać** |
|  | Pełna automatyzacja wykonywanych badań (napełnianie testów, inkubacja, odczyt wyników i usuwanie testów po zakończonym odczycie) | TAK |  |
|  | Turbidymetryczna metoda określania lekowrażliwości | TAK |  |
|  | Czytnik kodów kreskowych | TAK |  |
|  | Specjalne urządzenie do pomiaru gęstości zawiesiny bakteryjnej | TAK |  |
|  | Wynik wrażliwości podany w wartościach MIC i w postaci kategorii (S, I, R) | TAK |  |
|  | Graficzna wersja oprogramowania | TAK |  |
|  | Oddzielny program do kontroli jakości będący częścią systemu | TAK |  |
|  | Zapewnienie protokołów transmisji pozwalających na dwukierunkowe przesyłanie danych z aparatu do zewnętrznego systemu komputerowego | TAK |  |
|  | Urządzenie musi być w pełni zintegrowane z systemem Esculap według technologii uzgodnionej z producentem systemu HIS | TAK |  |
|  | Oprogramowanie w systemie WINDOWS | TAK |  |
|  | Kolorymetryczna metoda identyfikacji | TAK |  |
|  | System złożony z modułu inkubacyjno-pomiarowego, komputera z monitorem i drukarka oraz UPS | TAK |  |
|  | Interpretacja wyników przez zawansowany System Expertowy, przedstawiona graficznie. System EUCAST | TAK |  |
|  | Archiwizacja danych na CD lub innym nośniku | TAK |  |
|  | Testy do identyfikacji i antybiogramów rozdzielne | TAK |  |
|  | Identyfikacji następujących drobnoustrojów: gram-ujemnych, gram-dodatnich, beztlenowców, Neisseria, Heamophilus, drożdżaków | TAK |  |
|  | Oznaczenie lekowrażliwości: gram-ujemnych, gram-dodatnich, drożdżaków | TAK |  |
|  | Wykonania lekowrażliwości na testach automatycznych dla Streptococcus pneumoniae | TAK |  |
|  | Możliwość identyfikacji mechanizmów oporności: MRSA, MRSE, HLAR, ESBL, VRE,GISA, KPC | TAK |  |
|  | Testy identyfikacji i antybiogramowe oddzielnie pakowane | TAK |  |
|  | System wyposażony w komputer będący integralną częścią całości umożliwiający rejestrację , przygotowanie listy roboczej wykonywanych badań, kontrolę jakości badań, odczyt i automatyczną transmisję wyników oraz ich interpretację. | TAK |  |
|  | Wyrób medyczny oznakowany znakiem CE | TAK |  |
|  | Oprogramowanie i komunikacja w języku polskim | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej lub elektronicznej zapisana na CD-ROM (wraz z dostawą) | TAK |  |
|  | Na czas trwania umowy Wykonawca zapewni autoryzowany serwis gwarancyjny wydzierżawionego aparatu uwzględniający m.in.: koszty napraw, wymiany podzespołów, konserwacji, okresowych przeglądów technicznych. | TAK |  |
|  | Możliwość zgłaszania awarii w dni robocze w godz. 8.00 – 18.00. Wykonawca zobowiązuje się do podjęcia akcji serwisowej w czasie nie dłuższym niż 24h od chwili zgłoszenia awarii a także do usunięcia usterki w terminie nie dłuższym niż 72 godziny licząc od chwili zgłoszenia. | TAK |  |
|  | W przypadku braku możliwości usunięcia usterki w ciągu 72 godz. Wykonawca dostarczy na czas naprawy urządzenie zastępcze o parametrach nie gorszych niż posiadane, pracujące na posiadanych odczynnikach. | TAK |  |

**Pierwsza dostawa kart i odczynników nastąpi nie później niż z dostawą sprzętu tj. w terminie max 14 dni od dnia zawarcia umowy.**

**Tabela C**

**Zestawienie parametrów użytkowych, w oparciu o które Zamawiający dokona oceny przedmiotu zamówienia w zakresie Pakietu 8**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametr oceniany** | **Punktacja** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **Tak/ Nie**  **Oferowana wartość parametru, opis** |
| 1 | Waga pojedynczego testu / karty / panelu do 20 gram | **Tak – 10 pkt**  **Nie – 0 pkt** |  |
| 2 | Automatyczne zamykanie testów na pokładzie aparatu. | **Tak – 10 pkt**  **Nie – 0 pkt** |  |

**Celem weryfikacji w/w parametrów należy dostarczyć katalogi/foldery/prospekty z zaznaczonymi wymaganymi parametrami wraz z oferta.**

**Tabela D**

**Zestawienie kosztów dzierżawy**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa urządzenia** | **Czynsz miesięczny**  **netto** | **Czynsz dzierżawy**  **za okres 24 m-cy**  **netto** | **Stawka VAT** | **Wartość podatku VAT** | **Czynsz dzierżawy**  **za okres 24 m-cy**  **brutto** |
| Aparat |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tabela E** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Odczynniki dodatkowe, akcesoria i części zużywalne w ilościach niezbędnych do wykonania w/w testów, zapewniające ciągłość wykonywania badań (podać asortyment) :** | | | | | |  |  |  |  |
| **L.p.** | **Nazwa produktu i jego opis** | **Ilość na okres 24 m-cy** | **Wielkość opakowania** | **Liczba opakowań na 24 m-ce** | **Cena netto za 1 opakowanie** | **Wartość netto na 24 m-ce** | **Stawka VAT** | **Wartość VAT** | **Wartość brutto na 24 m-ce** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Razem | |  |  |  |  |  | x |  |  |

**Tabela F**

**Zbiorcze zestawienie wartości przedmiotu zamówienia oraz dzierżawy aparatu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Usługa** | **Łączna wartość zamówienia**  **za okres 24 m-cy**  **netto** | **Łączna wartość podatku VAT** | **Łączna wartość zamówienia**  **za okres 24 m-cy**  **brutto** |
| Tabela A |  |  |  |
| Tabela D |  |  |  |
| Tabela E |  |  |  |
| **Razem** |  |  |  |

……………………………………. …………………….………………………………………

*(miejscowość i data) (podpis i pieczęć Wykonawcy lub upoważnionej oso*