***Załącznik nr 2 do SWZ / Zał. nr 1 do Umowy***

**Specyfikacja techniczna przedmiotu zamówienia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANALIZATOR IMMUNOCHEMICZNY** | | | | |
| **Nazwa i typ/model** *(wypełnia Wykonawca):* | | | | |
| **Producent** *(wypełnia Wykonawca):* | | | | |
| **Rok produkcji: nie wcześniej niż 2023 r.** | | | | |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia – parametry wymagane bezwzględnie** | **Parametry wymagane** | **WYPEŁNIA WYKONAWCA** | **Parametry oceniane - punktacja** |
| **Parametry oferowane**  **TAK/NIE**  **podać/opisać** |
|  | Analizator fabrycznie nowy | TAK |  |  |
|  | Analizator do postawienia na stole (stół dostarcza Wykonawca) | TAK |  |  |
|  | Metoda badań: chemiluminescencja | TAK |  |  |
|  | Analizator pracujący w trybie „pacjent po pacjencie” | TAK |  |  |
|  | Możliwość dostawienia próbek pilnych w każdym momencie pracy, bez przerywania pracy analizatora, swoboda dostawienia próbki | TAK |  |  |
|  | Minimalna wydajność aparatu 80 oznaczeń/godz. (minimum to 70 oznaczeń) | TAK podać |  | ≥80 oznaczeń /godz. – **10 pkt**  Do 79 oznaczeń/godz. (min. 70 oznaczeń /godz.) – **0 pkt** |
|  | Szybkość otrzymania pierwszego wyniku do 30 minut dotyczy wszystkich testów (TNT – 10-15 minut) | TAK podać |  | Szybkość otrzymania pierwszego wyniku do 30 min. – **10 pkt**  Szybkość otrzymania pierwszego wyniku powyżej 30 min., a max do 40 min. – **0 pkt** |
|  | Możliwość wykonania 15 lub więcej oznaczeń z jednej próbki – co najmniej 15 testów na pokładzie jednocześnie | TAK |  |  |
|  | Chłodzenie odczynników na pokładzie analizatora zgodne z rekomendacjami producenta zawartymi w ulotkach odczynnikowych | TAK |  |  |
|  | Analizator, odczynniki oraz materiały kontrolne pochodzące od jednego producenta, dedykowane dla danego analizatora | TAK |  |  |
|  | Czujnik poziomu próbki | TAK |  |  |
|  | Wbudowany system kontroli jakości | TAK |  |  |
|  | Możliwość pobierania materiału bezpośrednio z próbek pierwotnych o różnej średnicy po odwirowaniu oraz z naczynek/próbek pediatrycznych | TAK |  |  |
|  | Krzywa kalibracyjna zapisana w kodzie kreskowym odczynnika wczytywana automatycznie po wstawieniu odczynnika na pokład analizatora-bez konieczności wykonywania pełnej 6-punktowej krzywej kalibracyjnej | TAK |  |  |
|  | Automatyczne rozcieńczanie próbek poza zakresem liniowości | TAK |  |  |
|  | Możliwość stałego monitorowania poziomu odczynników i materiałów zużywalnych | TAK |  |  |
|  | Detektor wykrywania skrzepów i mikroskrzepów w badanym materiale | TAK |  |  |
|  | Możliwość barkodowego identyfikowania próbek | TAK |  |  |
|  | Eliminacja ze strony HAMA- potwierdzona odpowiednimi zapisami w katalogu testów | TAK |  |  |
|  | Serwis autoryzowany przez producenta aparatu | TAK |  |  |
|  | Jednorazowe końcówki do pobierania materiału zabezpieczające przed carry-over | TAK |  |  |
|  | Instalacja na koszt Wykonawcy, uruchamianie analizatora i szkolenie personelu laboratorium w zakresie obsługi aparatu przeprowadzone przez autoryzowane przedstawicielstwo producenta analizatorów zakończone wystawieniem stosownych certyfikatów | TAK |  |  |
|  | Podłączenie do szpitalnej sieci | TAK |  |  |
|  | Zabezpieczenie UPS | TAK |  |  |
| **Wymagane dokumenty dotyczące analizatora** | | | | |
|  | * Instrukcja obsługi w języku polskim * Wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych | TAK |  |  |
| **Gwarancja i serwis:** | | | | |
|  | Gwarancja techniczna na aparat przez okres trwania umowy– uwzględniająca koszty napraw, wymiany podzespołów, corocznych przeglądów serwisowych zakończonych wydaniem świadectwa sprawdzenia stanu technicznego urządzeń i aparatury. Czas reakcji serwisu – do 24 godz. (nie może przekraczać 36 godz.) | TAK podać |  | Czas reakcji serwisu do 24 godz.– **20 pkt**  Czas reakcji serwisu – powyżej 24 godz., a max do 36 godz. – **0 pkt** |

**Maksymalna możliwa do uzyskania ilość punktów: 40 pkt**

……………….…………………………………….….

(podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy)

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

***Wypełnia Zamawiający:***

Uzyskana ilość punktów (suma): …………… pkt

……………….…………………………………….….

(podpis przewodniczącego lub członka Komisji Przetargowej)