**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNNO-UŻYTKOWYCH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **WARUNKI GRANICZNE WYMAGAŃ TECHNUICZNO-FUNKCJONALNYCH APARATU DO AUTOMATYCZNEGO BARWIENIA ROZMAZÓW HEMATOLOGICZNYCH Z FUNKCJĄ CYTOWIRÓWKI (PAKIET NR 10)** | **PARAMETRY WYMAGANE TAK/NIE (podać)** | **PARAMETRY OFEROWANE** oraz nr strony z zał. dok. infor. potwierdzających spełnienie parametrów |
| **1.** | Producent | **Podać** |  |
| **2.** | Nazwa, typ i model urządzenia | **TAK, podać** |  |
| **3.** | Kraj pochodzenia | **TAK, podać** |  |
| **4.** | Rok produkcji nie starszy niż 2015 | **TAK, podać** |  |
| **5.** | Certyfikat CE i wpis do Rejestru Wyrobów Medycznych | **TAK** |  |
| **6.** | Aparat pracujący przy użyciu dysz rozpylających zapewniających równomierne nakładania barwnika | **TAK** |  |
| **7.** | Brak wzajemnej kontaminacji próbek dzięki stosowaniu za każdym razem świeżych odczynników | **TAK** |  |
| **8.** | Możliwość barwienia min2 do max 30 szkiełek w jednym cyklu | **TAK** |  |
| **9.** | Minimum 4 tryby pracy ( Rapid, Wright Giemza, May Grunwald Giemza oraz niestandardowe ) | **TAK** |  |
| **10.** | Możliwość niezależnego dostosowania intensywności, proporcji barwników, czasu płukania, oraz czasu suszenia w każdym z programów | **TAK** |  |
| **11.** | Możliwość zapisania w pamięci urządzenia minimum 10 – ciu różnych programów | **TAK** |  |
| **12.** | Suszenie szkiełek umożliwiające oglądanie preparatów bezpośrednio po zakończeniu cyklu | **TAK** |  |
| **13.** | Automatyczne czyszczenie i płukanie dysz po każdym cyklu barwienia bez interwencji użytkownika | **TAK** |  |
| **14.** | Monitorowanie poziomu odczynników i wskazanie ich niskiego poziomu oraz przekroczenia terminu ważności | **TAK** |  |
| **15.** | Pojemnik na ścieki | **TAK** |  |
| **16.** | Wymiary aparatu szer. -57cm, wys. – 27, gł. - 54 cm | **TAK** |  |
| **17.** | Karty charakterystyki dla substancji niebezpiecznych | **TAK** |  |
| **SERWIS I SZKOLENIE** |
| **18.** | Serwis na terenie Polski | **TAK, podać** |  |
| **19.** | Serwis gwarancyjny przez cały czas trwania umowy | **TAK** |  |
| **20.** | Czas reakcji serwisu od zgłoszenia awarii (podjęcia naprawy) - nie dłuższy niż 48 godzin | **TAK, podać** |  |
| **21.** | W trakcie trwania umowy min. 1 przegląd w roku na koszt Wykonawcy | **TAK** |  |
| **22.** | W razie naprawy trwającej dłużej niż 10 dni kalendarzowych obowiązek wstawienia urządzenia zastępczego o tych samych parametrach | **TAK** |  |
| **23.** | Przeszkoleniu personelu Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej i Mikrobiologicznej z obsługi urządzenia na koszt Wykonawcy | **TAK** |  |
| **24.** | Dokumentacja techniczna urządzenia (z dostawą) | **TAK** |  |
| **25.** | Instrukcja obsługi w języku polskim (z dostawą) | **TAK** |  |

**Niespełnienie któregokolwiek z warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

 …………………..…………………….

 podpis Wykonawcy

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry oceniane w/w aparat** | **Kryterium oceny** | **Opis oferowanych parametrów – wypełnia wykonawca** |
| 1. | Interfejs użytkownika z ekranem dotykowym LCD, możliwość nadawania nazw własnych programom | Tak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
| 2. | Możliwość wykonania cyklu barwienia w czasie mniejszym niż 5 minut | Tak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
| 3. | Przypomnienia o konserwacji lub QC | Tak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
| 4. | Urządzenie posiadające moduł cytowirówki | Tak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
| 5. | Waga urządzenia mniej niż 16 kg | Tak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |
| 6. | Możliwość monitorowania poziomu ścieków w pojemniku na ścieki | Tak – 5 pkt.Nie – 0 pkt. |  |

**Każda odpowiedź TAK potwierdzona odpowiednimi dokumentami (instrukcja aparatu, ulotki odczynnikowe)**

 …………..…………………………

 podpis Wykonawcy