

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNO-UŻYTKOWYCH

L.p.	WARUNKI GRANICZNE WYMAGAŃ TECHNICZNO-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 któregoś 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