**Załącznik nr 3 do SIWZ**

 **Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych w Pakiecie nr 1**

Oznaczenie postępowania: **DA.ZP.242.29.2019**

..................................

*Pieczęć Wykonawcy*

**Zestawienie wymaganych parametrów techniczno-użytkowych analizatora w Pakiecie nr 1**

**WYMAGANE PARAMETRY i WŁAŚCIWOŚCI** **ANALIZATORA parametrów krytycznych :**

**ANALIZATOR:**

**Typ:** ……………………………………………………………………..

**Model:** ……………………………………………………………………..

**Producent:** ……………………………………………………………………..

**Wartość analizatora :** ……………………………………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **WYMAGANE PARAMETRY I WŁAŚCIWOŚCI ANALIZATORA** | **Wartość oferowana** |
| **1.** | Zasilanie awaryjne urządzenia z wbudowanego akumulatora w wypadku zaniku zasilania sieciowego |  |
| **2.** | Automatyczny analizator parametrów krytycznych pracujący w systemie ciągłym, umożliwiający jednoczesne oznaczenie: pH, pCO2, pO2, ctHb, MetHb, O2Hb, HHb, COHb, HbF, sO2, cNa+, cK+, cCa++ (zakres pomiarowy cCa++ od 0,1 mmol/L), cCl-‾, glukoza, mleczany, bilirubina całkowita (wymagany zakres pomiarowy dla bilirubiny od 0,0 mg/dl do przynajmniej 50 mg/dl)  |  |
| **3.** | Analizator pracujący w oparciu o dwa elementy zużywalne tj. wielotestowe sensorowe kasety pomiarowe oraz pakiety odczynnikowe zawierające odczynniki, kalibratory i płyny kontroli jakości inne niż kalibratory |  |
| **4.** | Możliwość aspiracji próbki bezpośrednio ze strzykawki i z kapilary |  |
| **5.** | Możliwość wykonania pełnego panelu oznaczeń zarówno z kapilary jak i strzykawki (gazometria, oksymetria, metabolity, elektrolity) z próbki o objętości:* maksymalnie 45µl – z kapilary
* maksymalnie 65 µl – ze strzykawki

w czasie maksymalnie 60 sekund |  |
| **6.** | Automatyczny system pobierania próbek z funkcją wykrywania i usuwania skrzepów |  |
| **7.** | Automatyczne mieszanie próbki |  |
| **8.** | Wbudowana codzienna automatyczna kontrola jakości na trzech poziomach |  |
| **9.** | Odczynniki zintegrowane z pojemnikiem ściekowym |  |
| **10.** | Trwałość kaset pomiarowych oraz pakietów odczynnikowych, liczona od dnia zainstalowania w aparacie, nie mniejsza niż 30 dni |  |
| **11.** | Pomiar wszystkich parametrów w jednym torze pomiarowym z jedną elektrodą referencyjną |  |
| **12.** | Możliwość re-instalacji pakietu odczynnikowego oraz kasety sensorowej bez utraty pozostałych testów |  |
| **13.** | Wbudowana drukarka oraz czytnik kodów kreskowych |  |
| **14.** | Możliwość przechowywania kaset odczynnikowych w temperaturze pokojowej. |  |
| **15.** | Brak konieczności kalibracji po każdym oznaczeniu |  |
| **16.** | Okres dzierżawy i gwarancji: 36 miesięcy  |  |
| **17.** | Na okres trwania umowy wydzierżawiający udziela pełnej, bezpłatnej naprawy, części zamienne i konserwacji aparatu |  |
| **18.** | Instrukcja obsługi w języku polskim (dostawa wraz z urządzeniem) |  |
| **19.** | Możliwość zdalnego nadzoru analizatora będącego w tej samej podsieci szpitalnej z poziomu laboratorium przy użyciu dostarczonego przez firmę oprogramowania. System dający możliwość podglądu na żywo statusu analizatora, kontroli jakości, kalibracji, wyników pacjenta zgodnie z wytycznymi dla POCT. System dający możliwość sterowania analizatora. |  |
| **20.** | Oprogramowanie i komunikaty w języku polskim |  |
| **21.** | Rok produkcji 2017, urządzenie fabrycznie nowe. |  |
| **22.** | Szkolenie z obsługi analizatora |  |

**Instrukcja:**

w polu „wartość oferowana” poza podaniem informacji o oferowanych parametrach np.: rok produkcji, Wykonawca wpisuje „Tak” lub „Nie” jako potwierdzenie, iż oferowany analizator spełnia bądź nie spełnia wymogów określonych przez Zamawiającego. **Niespełnienie któregoś z powyższych warunków spowoduje odrzucenie oferty.**

Miejscowość ............................................... data ...........................

 *…………………………...............................................................*

 /podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela/