



WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. L. RYDYGIERA W TORUNIU



DYREKTOR tel. 56 679 35 00

NIP: 956-19-49-580, REGON: 000316068, BDO: 000014564

NACZELNY LEKARZ tel. 56 679 35 01

Z-CA DYREKTORA DS. ADMINISTRACYJNO-TECHNICZNYCH tel. 56 654 33 77

ul. Św. Józefa 53-59, 87-107 Toruń 9
skrytka pocztowa 7, www.wszcz.torun.pl
tel. 56 679 31 00, fax 56 654 40 54, 56 659 61 28

Toruń, dnia 04-03-2024 r.

Nr sprawy: W.Sz.Z:TZ-280-16/24

MODYFIKACJA SPECYFIKACJI WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

Dotyczy: przetargu nieograniczonego na dostawę odczynników i materiałów zużywalnych wraz z dzierżawą aparatów.

Wojewódzki Szpital Zespólny im. L. Rydygiera w Toruniu informuje, że działając na podstawie art. 286 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo Zamówień Publicznych (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1605 ze zm.) dokonuje modyfikacji Specyfikacji Warunków Zamówienia polegającej na odstąpieniu od wymogu określonego w pkt. II.2 Specyfikacji technicznej dotyczącej Zadania Nr 2 (Załącznik Nr 2/2b do SWZ) tj. „Wyposażenie 2 operatorów w tablety umożliwiające zarządzanie POCT...”.

Aktualny **Załącznik Nr 2/2b do SWZ** zostaje umieszczony na stronie prowadzonego postępowania Zamawiającego – www.platformazakupowa.pl/pn/wszcz_torun.

Zmianę wynikającą z powyższej modyfikacji należy uwzględnić w składanych ofertach, jednocześnie informujemy, że termin składania ofert pozostaje bez zmian.

Z poważaniem

W trybie art 52 ust. 2 ustawy
Prawo zamówień publicznych
z up. Dyrektora Wojewódzkiego
Szpitala Zespólnego w Toruniu

KIEROWNIK
Działu Zamówień Publicznych
i Zaopatrzenia
Anna Wutrych-Krajewska



Województwo
Kujawsko-Pomorskie

SPECYFIKACJA TECHNICZNA - Zadanie Nr 2

Aparaty do oznaczania glukozy z systemem informatycznego nadzoru POC oraz glukometry

Pełna nazwa aparatów, typ, model (podać):

Producent (podać):

Rok produkcji (nie wcześniej niż 2023):

Lp.	Parametry techniczno-użytkowe przedmiotu zamówienia	Parametr wymagany/ punktacja	Parametry oferowane Podać/opisać TAK/NIE
A. Aparaty do oznaczania glukozy z systemem informatycznego nadzoru POC			
I. Wymagania ogólne:			
1.	Metoda pomiaru elektrochemiczna	TAK	
2.	Pomiary glukozy przy hematokrycie w zakresie 10-70%	TAK	
3.	Możliwość wykonywania badań w pełnej krwi żyłnej, tętniczej, kapilarnej.	TAK	
4.	Aparat posiadający zintegrowany czytnik kodów kreskowych.	TAK	
5.	Stacja dokująca dla analizatora umożliwiająca ładowanie baterii oraz pełną komunikację z HIS.	TAK	
6.	Automatyczne monitorowanie terminu ważności testów.	TAK	
7.	Automatyczna kalibracja wobec referencyjnej metody heksokinazowej, możliwa również poprzez informatyczny system nadzoru.	TAK	
8.	Pamięć minimum 2000 wyników pacjentów z datą i czasem pomiaru, numerem ID pacjenta oraz numerem ID wykonującego badanie.	TAK	
9.	Możliwość prezentacji wyników w jednostkach mg/dl.	TAK	
10.	Odczynniki, materiały eksploatacyjne i analizator od jednego producenta.	TAK	
11.	Zastosowanie jednorazowych testów paskowych charakteryzujących się brakiem interferencji m.in. kwasu askorbinowego i maltozy.	TAK	
12.	System informatyczny umożliwiający: odbieranie i walidowanie wyników pacjentów, statystykę wyników, prowadzenie kontroli jakości, monitorowanie serii testów i kontroli, zarządzanie dostępem dla operatorów.	TAK	
13.	Integracja oferowanego przedmiotu zamówienia do systemu HIS Zamawiającego (Asseco AMMS) na koszt Wykonawcy.	TAK	

II. Pozostałe wymagania:			
1.	Instalacja, uruchomienie i dwudniowe szkolenia na koszt Wykonawcy. W razie potrzeby przeprowadzenie na koszt Wykonawcy jednodniowego szkolenia przypominającego.	TAK	
3. 2.	Dostarczenie 3000 kart z nadrukowanym kodem kreskowym oraz imieniem i nazwiskiem osoby wykonującej badanie.	TAK	
III. Serwis i warunki gwarancji			
1.	Gwarancja techniczna przez cały czas trwania umowy – 36 m-cy	TAK	
2.	Instrukcja obsługi urządzenia oraz opisy w języku polskim dostarczone wraz z urządzeniem.	TAK	
3.	Serwis techniczny przez cały okres trwania umowy dzierżawy w ramach czynszu dzierżawnego.	TAK	
4.	Czas reakcji serwisu w ciągu 24 godzin licząc od powzięcia wiadomości od użytkownika o zaistniałej awarii w dni robocze i w ciągu 48 godzin licząc od powzięcia wiadomości od użytkownika o zaistniałej awarii w dni wolne od pracy i święta.	TAK	
5.	Dostępność serwisu w ciągu doby 24 godz.	TAK	
6.	Dostępność serwisu w roku – 365 dni.	TAK	
7.	Możliwość wstawienia urządzenia zastępczego o tym samym przeznaczeniu w przypadku naprawy trwającej powyżej 3 dni.	TAK	
8.	Awarie należy zgłaszać do serwisu Wykonawcy pod nr telefonów	podać nr telefonu	
9.	Wartość analizatora brutto	podać	
IV. Parametry podlegające ocenie:			
1.	Dolny zakres pomiaru dla glukozy max 10mg/dl	TAK/NIE TAK – 10 pkt NIE – 0 pkt	
2.	Komunikacja przy pomocy ekranu dotykowego	TAK/NIE TAK – 10 pkt NIE – 0 pkt	
3.	Objętość próbki nie więcej niż 0,6 ul	TAK/NIE TAK – 10 pkt NIE – 0 pkt	
4.	Zasilanie bateryjne wystarczające min. na 12 godzin pracy	TAK/NIE TAK – 10 pkt NIE – 0 pkt	
5.	Oznaczanie glukozy w czasie maks. 10 sek.	TAK/NIE TAK – 10 pkt NIE – 0 pkt	
B. Glukometry i paski testowe do pomiaru glukozy we krwi kapilarnej, tętnicznej i żylniej.			
I. Wymagania ogólne:			
1.	Oferowane glukometry, fabrycznie nowe	TAK	
2.	Wynik oznaczenia przedstawiony jako wartość stężenia glukozy w mg/dl.	TAK	

3.	System pomiaru dopuszczony i używany na terenie RP, posiadający znak CE	TAK	
4.	System monitorujący poziom glukozy z wykorzystaniem metody elektrochemicznej FAD-GDH	TAK	
5.	Zakres pomiaru przedstawiony liczbowo: 10 – 600 mg/dl	TAK	
6.	Automatyczny wyrzut paska z glukometru	TAK	
7.	Pamięć glukometru minimum 500 wyników	TAK, podać	
8.	Minimalny zakres hematokrytu dla prawidłowego pomiaru glikemii: 10 – 65%	TAK	
9.	Objętość próbki nie większa niż 0,6 µl	TAK, podać	
10.	Pole testowe na całej szerokości paska.	TAK	
11.	Instrukcja obsługi w języku polskim, również w wersji skróconej.	TAK	
12.	Wymiana glukometrów niespełniających wymagań kontroli jakości na koszt Wykonawcy.	TAK	
II. Parametry podlegające ocenie:			
1.	Paski pakowane pojedynczo.	TAK/NIE TAK – 10 pkt NIE – 0 pkt	
2.	Pomiar poziomu glukozy w czasie poniżej 4 sekund.	TAK/NIE TAK – 10 pkt NIE – 0 pkt	
3.	Glukometry przeznaczone również dla pacjentów dializowanych.	TAK/NIE TAK – 10 pkt NIE – 0 pkt	

Uwaga!

1. Odpowiedź „NIE” przy parametrach wymaganych spowoduje odrzucenie oferty jako niespełniającej wymagań Specyfikacji Warunków Zamówienia, z wyjątkiem pkt. III.8 i III.9.
2. Oświadczamy, że oferowane urządzenia są kompletne i będą po zainstalowaniu gotowe do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów poza materiałami eksploatacyjnymi.

.....
data

.....
podpis Wykonawcy