Znak sprawy: DZP.271.63.2024

Załącznik 5 do SWZ

#### FORMULARZ OFEROWANEGO SPRZĘTU

#### Barwiarka – 1 szt.

#### Nakrywarka – 1 szt.

Główny kod CPV 33100000 Urządzenia medyczne

**Wykonawca:**

…………………………………………

…………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności  
 od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………

*(imię,nazwisko,stanowisko/podstawa  
do reprezentacji)*

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa **barwiarki – 1 szt**., **i nakrywarki – 1 szt.** zwanej dalej „Urządzeniami" dla potrzeb Beskidzkiego Centrum Onkologii – Szpitala Miejskiego im. Jana Pawła II w Bielsku – Białej, Zakład Patomorfologii w Szpitalu przy ul. Wyzwolenia 18.
2. Wymogi medyczne i warunki techniczne przedmiotu zamówienia Zamawiający podał poniżej   
   w niniejszym załączniku do SWZ.
3. Przedmiot zamówienia obejmuje w szczególności:
4. Dostawę, szkolenie i montaż urządzeń w miejscu dostawy.
5. Udzielenie gwarancji, jakości dla nowych Urządzeń na okres nie krótszy niż 2 lata (**24 miesiące**) oraz rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji.
6. Zapewnienie w cenie oferty serwisu i obowiązkowych przeglądów przez cały okres gwarancji i rękojmi dla urządzenia, wykonywanych zgodnie z zaleceniami producenta i wymogami przepisów prawnych , ale nie rzadziej niż raz do roku , potwierdzonymi wpisem do paszportu technicznego urządzeń.
7. Dostarczenie instrukcji obsługi (w języku polskim) oraz przeprowadzenie szkolenia (w języku polskim) minimum 3 pracowników użytkownika w zakresie obsługi i eksploatacji dostarczonych urządzeń w miejscu dostawy.
8. Dostawa przedmiotu zamówienia będzie się odbywać na koszt i ryzyko Wykonawcy.
9. Sprzęt należy dostarczyć, zmontować i uruchomić w terminie wymaganym: **do 10 grudnia 2024r.**
10. Wykonawca zobowiązany jest do bezwzględnego uzgodnienia z Zamawiającym terminu dostawy Urządzeń.
11. Oferowany Sprzęt musi być oznakowany znakiem CE i posiadać ważną deklarację zgodności CE.
12. Sprzęt wymagany fabrycznie nowy. Rok produkcji nie wcześniej niż 2024. Nie dopuszcza się egzemplarzy powystawowych, rekondycjonowanych , po demonstracyjnych , itp.
13. Nazwa producenta:

……………………………………………………………………………………………………….

1. Nazwa i typ/model Sprzętu: ………………………………………………………………………………..
2. Kraj pochodzenia: …………………………………………………………………………………..
3. Rok produkcji: ……………………………

**UWAGA!**

Wykonawca zobowiązany jest wypełnić wszystkie wiersze w kolumnie „Parametr oferowany”, przy czym:

1. W przypadku, gdy Zamawiający wymaga podania parametru w formie wartości liczbowej, Wykonawca winien podać wartość cyfrowo;
2. W przypadku, gdy Zamawiający wymaga podania parametru w formie wartości słownej, Wykonawca winien podać wartość słownie, wpisując odpowiednie sformułowanie lub opis;
3. W przypadku, gdy Zamawiający wymaga określenia czy urządzenie posiada  
   lub nie posada danego parametru, Wykonawca winien wpisać odpowiednio  
   TAK lub NIE;

Oferta Wykonawcy, który nie wpisze żadnej wartości odpowiednio liczbowej/słownej/sformułowania TAK lub NIE, w obrębie poszczególnych parametrów, wpisze wartość parametru powyżej maksimum lub poniżej minimum (w zależności od parametru) określonego przez Zamawiającego lub wpisze, że urządzenie nie posiada parametru, w przypadku, gdy będzie on obligatoryjny, zostanie odrzucona na podstawie art. 226 ust. 1 pkt. 5 *ustawy Pzp* jako oferta, której treść nie odpowiada treści Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **OPIS PARAMETRU / WARUNKU** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany/ podać** | **Parametr**  **oceniany** |
| 1. **BARWIARKA** | | | | |
| 1. **Parametry:** | | | | |
| 1 | Urządzenie kompatybilne z modułem zaklejającym opisanym w **punkcie B**. **W pełni zintegrowane i dostosowane do pracy z zaklejarką , bez konieczności ręcznego przenoszenia wybarwionych preparatów do modułu zaklejającego.** | TAK, opisać |  | Bez oceny |
| 2 | Aparat nastołowy | TAK |  | Bez oceny |
| 3 | Maksymalna możliwość barwienia w tym samym czasie – min. 650 szkiełek. | TAK, podać |  | Bez oceny |
| 4 | Możliwość jednoczesnego załadowania, co najmniej 60 szkiełek. | TAK, podać |  | Bez oceny |
| 5 | Posiada możliwość wykonywania barwień co najmniej: HE, Papanicolau, Giemsa | TAK, podać |  | Bez oceny |
| 6 | Możliwość pracy z następującymi rodzajami preparatów: skrawki parafinowe, preparaty cytologiczne: rozmazy, bioptaty, cytospiny, szpik kostny, skrawki mrożeniowe (materiał śródoperacyjny). | TAK, podać |  | Bez oceny |
| 7 | Ilość stacji startowych – co najmniej 3 stacje, ilość stacji końcowych – co najmniej 3 stacje, możliwość umieszczenia w jednej stacji 20 szkiełek. | TAK, podać |  | Bez oceny |
| 8 | Konfiguracja urządzenia pozwalająca na prowadzenie jednocześnie barwień rutynowych oraz specjalnych w tym samym czasie. | TAK |  | Bez oceny |
| 9 | Możliwość stosowania więcej niż jednego protokołu barwienia w czasie jednego cyklu (przynajmniej 10). | TAK |  | Bez oceny |
| 10 | Możliwość przerwania cyklu barwienia w dowolnym momencie. | TAK |  | Bez oceny |
| 11 | Nie mniej niż 2 dodatkowe podgrzewane stacje, przeznaczone do barwień specjalnych, z indywidualnie regulowaną temperaturą w zakresie od +30 do +65°C. | TAK, podać |  | Bez oceny |
| 12 | Minimum 21 stacji roboczych o pojemności naczyń co najmniej 650 mI. | TAK, podać |  | Bez oceny |
| 13 | Naczynia reakcyjne odporne na odczynniki chemiczne. | TAK |  | Bez oceny |
| 14 | Minimalny czas zanurzenia preparatów w odczynniku- 2 sekundy. | TAK, podać |  | Bez oceny |
| 15 | Urządzenie wyposażone w funkcje odparafinowania szkiełek  w barwiarce, z wykorzystaniem wysokiej temperatury – bez konieczności stosowania techniki ksylenowej. | TAK |  | Bez oceny |
| 16 | Dedykowane magazynki o pojemności 20 szkiełek, możliwość jednoczesnego umieszczenia 3 magazynków w jednej stacji. | TAK, opisać |  | Bez oceny |
| 17 | Możliwość zainstalowania stacji o przynajmniej dwóch mniejszych niż wyjściowa objętościach (pojemności stacji 650ml, 260ml, 160ml). | TAK, opisać |  | Bez oceny |
| 18 | Pełny cykl przygotowania pojedynczego preparatu od momentu skrojenia kostki parafinowej do uzyskania gotowego do diagnostyki preparatu dla barwienia podstawowego (HE metodą wodną) - nie dłuższy niż 1 h. | TAK, podać |  | Bez oceny |
| 19 | Możliwość wyboru procedury mieszania dla poszczególnych stacji. | TAK |  | Bez oceny |
| 20 | Możliwość przywrócenia barwienia na tym samym szkiełku w przypadku nagłego zatrzymania pracy urządzenia lub wyposażenie systemu w UPS. | TAK, podać |  | Bez oceny |
| 21 | Wbudowany zintegrowany komputer sterowany z poziomu dotykowego panelu LCD. | TAK |  | Bez oceny |
| 22 | Praca systemu w trybie ciągłym z możliwością dokładania kolejnych próbek podczas pracy. | TAK |  | Bez oceny |
| 23 | Urządzenie wyposażone w filtry węglowe, możliwe podłączenie do wentylacji. | TAK |  | Bez oceny |
| **B. NAKRYWARKA** | | | | |
| 1. **Parametry:** | | | | |
| 1 | **Kompatybilna z opisaną w punkcie A barwiarką –** z możliwością utworzenia połączonego systemu barwienia i nakrywania | TAK |  | Bez oceny |
| 2 | Stosowane magazynki po 20 szkiełek. | TAK |  | Bez oceny |
| 3 | Wsad startowy jednorazowy o pojemności 3 x 20 szkiełek, kompatybilny z przepustowością modułu barwiącego. | TAK |  | Bez oceny |
| 4 | Wyposażona w stację rozładunkową z pojemnością min. 240 szkiełek. | TAK, podać |  | Bez oceny |
| 5 | Możliwość zaklejania z prędkością min. 1080 szkiełek na godzinę. | TAK, podać |  | Bez oceny |
| 6 | Urządzenie wykorzystujące metodę zaklejania ze specjalną taśmą, techniką zaklejania na mokro | TAK |  | Bez oceny |
| 7 | System kontrolujący poziom ksylenu. | TAK |  | Bez oceny |
| 8 | Dostarczenie koszyczków na minimum 220 szkiełek | TAK, podać |  | Bez oceny |
| 9 | Możliwość regulowania długości naklejanej taśmy – 45; 50; 55 i 60 mm | TAK |  | Bez oceny |
| 10 | Dopuszczalne wymiary szkiełek: Rozmiar: 24,7 - 26,5 mm x 74,7 - 76,5 mm  Grubość szkiełek: 0,9 - 1,2 mm | TAK |  | Bez oceny |
| 11 | Kompatybilny rozpuszczalnik: Tylko ksylen klasy odczynnika lub klasy analitycznej | TAK, podać |  | Bez oceny |
| 12 | Kontrola oparów: Filtry z węglem aktywnym w urządzeniu, opcjonalne przyłącze wentylacji zewnętrznej  Zestaw instalacyjny: dostarczenie materiałów zużywalnych wystarczających na oklejenie 1200 szkiełek | TAK, opisać |  | Bez oceny |
| 13 | Praca w systemie ciągłym z możliwością dokładania kolejnych koszyków. | TAK |  | Bez oceny |
| 14 | W cenie urządzenia min. 5 rolek taśmy do zaklejania (każda rolka min 70m) oraz stół dedykowany dla oferowanych urządzeń. | TAK, podać |  | Bez oceny |
| 15 | Wbudowany czytnik kodów kreskowych. | TAK |  | Bez oceny |
| 1. **SZKOLENIA** | | | | |
| 1 | Nieodpłatne przeszkolenie personelu w zakresie poprawnej  i bezpiecznej eksploatacji Sprzętu (minimum 3 pracowników). | TAK |  | bez oceny |
| 1. **GWARANCJA I SERWIS** | | | | |
| 1 | Oświadczenie (wraz z kopią deklaracji zgodności CE) potwierdzające, że oferowany wyrób oznakowany jest znakiem CE i posiada ważne deklaracje zgodności CE | TAK |  | bez oceny |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim – 1 egz. w wersji papierowej, 1 egz. w wersji elektronicznej – **załączyć przy** **dostawie urządzenia.** | TAK |  | bez oceny |
| 3 | Udzielenie gwarancji jakości dla przedmiotu zamówienia na okres nie krótszy niż **24 miesiące** i oraz rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji dla urządzenia. **(podać)** | TAK |  | = 24 miesiące – 0 pkt.  = 36 miesięcy i więcej – 10 pkt. |
| 4 | Wykonanie nieodpłatne obowiązkowych przeglądów w okresie gwarancji, zgodnie z wymaganiami i w ilościach zalecanych przez producenta sprzętu oraz przepisami prawa w cenie oferty. | TAK, podać |  | bez oceny |
| 5 | Autoryzowany serwis gwarancyjny w okresie udzielonej Zamawiającemu gwarancji i rękojmi za wady na okres równy okresowi udzielonej gwarancji. | TAK, podać |  | bez oceny |
| 6 | Siedziba autoryzowanego serwisu - dokładny adres i nr telefonu, adres e-mail. | TAK |  | bez oceny |
| 7 | Maksymalny czas usunięcia awarii w ramach gwarancji nie może przekroczyć 3 **dni** roboczych w przypadku konieczności dostarczenia nowych części 7 dni roboczych. W przypadku przedłużenia czasu naprawy powyżej 7 dni roboczych konieczność wstawienia aparatu zastępczego tej samej klasy do 5 dni roboczych. | TAK, podać |  | bez oceny |
| 8 | Czas reakcji serwisu do **24 godzin** w dni robocze od momentu zgłoszenia wady (awarii) rozumiany jako podjęcie działań naprawczych. | TAK, podać |  | bez oceny |
| 9 | Gwarancja dostępności części zamiennych, materiałów eksploatacyjnych – minimum 10 lat od daty dostarczenia Sprzętu. | TAK, podać |  | bez oceny |
| 10 | W okresie gwarancji 3 naprawy gwarancyjne tego samego typu ( techniczne lub wynikające z wad ukrytych) powodują wymianę elementów na nowe. | TAK |  | bez oceny |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie „Parametr oferowany” będzie traktowane, jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie (Sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte   
w SWZ, jest fabryczne nowe, kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

…………….……. *(miejscowość)*, dnia ………………………..….2024 r.

**Formularz podpisany przy pomocy podpisu elektronicznego**

dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym,

Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF