znak sprawy: DZP.271.59.2024

Załącznik 5 do SWZ

#### FORMULARZ OFEROWANEGO SPRZĘTU

**ZADANIE NR 1**

#### Procesor tkankowy – 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 **procesora tkankowego – 1 szt**. zwanej dalej „Urządzeniem" 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 urządzenia.
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 Warunków Zamówienia.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **OPIS PARAMETRU / WARUNKU** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany/ podać** | **Parametr**  **oceniany** |
| 1. **Parametry :** | | | | |
| 1 | Procesor tkankowy typu zamkniętego z możliwością pracy  w technice bezksylenowej; | TAK |  | Bez oceny |
| 2 | Pojemność w jednym cyklu pracy 300 kasetek standardowych  +/- 20 kasetek. | TAK, podać |  | Bez oceny |
| 3 | 4 programy standardowe, rekomendowane przez producenta,  w tym do materiałów biopsyjnych; | TAK |  | Bez oceny |
| 4 | Maksymalne czasy przeprowadzania materiału dla programów:  - program biopsyjny do 2godz.  - program rutynowy (wycinki 3mm) do 5godz.a  - program rutynowy (wycinki 5mm) do 7godz. | TAK, podać |  | Bez oceny |
| 5 | Pojemność butli odczynnikowych 5 l; | TAK |  | Bez oceny |
| 6 | Trzy stacje parafinowe, podgrzewane z niezależnie programowaną temperaturą od 45 do 65°C o pojemności 5,6 litrów każda; | TAK, podać |  | Bez oceny |
| 7 | Stacje parafinowe wyposażone w pojemnik jednorazowego użytku na zużytą parafinę; | TAK |  | Bez oceny |
| 8 | Komora reakcyjna pochylona pod kątem 45 stopni w kierunku użytkownika, z obrotowym rotorem na koszyki do kasetek; | TAK |  | Bez oceny |
| 9 | Urządzenie wyposażone w system mechanicznego obrotowego ruchu kosza na kasetki; | TAK |  | Bez oceny |
| 10 | Komora zamykana pokrywą, umożliwiającą wizualną kontrolę przebiegu procesu; | TAK/NIE |  | TAK- 10 pkt  NIE – 0 pkt |
| 11 | Komora reakcyjna wyposażona w czujnik poziomu cieczy  oraz w czujnik przepełnienia; | TAK |  | Bez oceny |
| 12 | Komora wyposażona w system odciągu oparów wraz z filtrem formalinowym uruchamiającym się automatycznie po otwarciu pokrywy; | TAK |  | Bez oceny |
| 13 | Kontrola stężenia alkoholu bazująca na pomiarze jego ciężaru właściwego. | TAK |  | Bez oceny |
| 14 | Możliwość dowolnego definiowania wymiany odczynników w cyklu tygodniowym lub ilościowym niezależnie dla każdej grupy odczynników. | TAK, podać |  | Bez oceny |
| 15 | Wstępne podgrzewanie odczynników do 35°C; | TAK, podać |  | Bez oceny |
| 16 | Wbudowane na stałe 9 butli na odczynniki, w tym 6 na alkohol  i 3 na ksylen (lub odczynniki do procesu bezksylenowego) niedostępnych dla użytkownika; | TAK |  | Bez oceny |
| 17 | System automatycznej wymiany odczynnika na nowy w trakcie trwania procesu bez konieczności przerywania rozpoczętego programu; | TAK |  | Bez oceny |
| 18 | Dwa stanowiska na formalinę (lub inny utrwalacz) wyposażone  w dostępne dla użytkownika butle odczynnikowe z możliwością stosowania 5 litrowych ogólnodostępnych kanistrów, w których dostarczane są odczynniki co eliminuje konieczność przelewania odczynników; | TAK |  | Bez oceny |
| 19 | Dwa stanowiska do wymiany odczynników wyposażone w butle  z możliwością stosowania 5 litrowych ogólnodostępnych kanistrów w których dostarczane są odczynniki co eliminuje konieczność przelewania odczynników; | TAK |  | Bez oceny |
| 20 | Trzy stanowiska na odczynniki płuczące wyposażone w 5 litrowe butle z możliwością stosowania dwóch 5 litrowych ogólnodostępnych kanistrów, w których dostarczane są odczynniki, co eliminuje konieczność przelewania odczynników; | TAK |  | Bez oceny |
| 21 | Miejsce przechowywania odczynników w urządzeniu wyposażone w odciąg oparów wraz z filtrami z możliwością podłączenia  do odciągu zewnętrznego; | TAK |  | Bez oceny |
| 22 | Urządzenie wyposażone w złącze USB w celu archiwizacji programów i ustawień użytkownika; | TAK |  | Bez oceny |
| 23 | Wbudowany czytnik RFID do kontroli prawidłowej wymiany odczynników; | TAK |  | TAK – 10 pkt.  NIE – 0 pkt. |
| 24 | Możliwość zaprogramowania czasu infiltracji w zakresie od 1 min. do 99 godzin 59 min; | TAK |  | Bez oceny |
| 25 | Możliwość zaprogramowania włączenia próżni i ciśnienia  w komorze niezależnie dla każdego odczynnika; | TAK |  | Bez oceny |
| 26 | Możliwość zaprogramowania czasu odsączania niezależnie dla każdego odczynnika; | TAK |  | Bez oceny |
| 27 | Możliwość zaprogramowania temperatury w komorze niezależnie dla każdego odczynnika; | TAK |  | Bez oceny |
| 28 | Graficzne odwzorowanie temperatury, ciśnienia, jakości alkoholu, oraz poziomu zapełnienia komory na ekranie | TAK |  | Bez oceny |
| 29 | Urządzenie wyposażone w kolorowy ekran dotykowy z interfejsem użytkownika w języku polskim | TAK |  | Bez oceny |
| 30 | Wbudowany zasilacz awaryjny UPS | TAK |  | TAK – 10 pkt.  NIE – 0 pkt. |
| 31 | System awaryjnego otwarcia pokrywy w przypadku awarii urządzenia; | TAK |  | Bez oceny |
| 32 | Układ kontroli filtrów; | TAK |  | Bez oceny |
| 33 | **Integracja z systemem LIS** | TAK |  | Bez oceny |
| 34 | Urządzenie wyposażone w kółka umożliwiające jego przemieszczanie; | TAK |  | Bez oceny |
| 35 | Głośność urządzenia poniżej 70 dB; | TAK, podać |  | Bez oceny |
| 36 | Wymiary 850 x 580 x 1370 mm (szer x gł x wys) +/-10% | TAK |  | Bez oceny |
| 37 | Waga urządzenia bez odczynników max. 165 kg | 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, podać |  | = 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 |  | bez oceny |
| 6 | Siedziba autoryzowanego serwisu - dokładny adres i nr telefonu, adres e-mail. | TAK, podać |  | bez oceny |
| 7 | Maksymalny czas usunięcia awarii w ramach gwarancji nie może przekroczyć 5 **dni** roboczych w przypadku konieczności dostarczenia nowych części 10 dni roboczych. | TAK, podać |  | bez oceny |
| 8 | Czas reakcji serwisu do **48 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 |  | 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