|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Niespełnienie wskazanych wymogów Zamawiającego spowoduje odrzucenie oferty jako niezgodnej z treścią SIWZ. Poniższą tabelę należy uzupełnić o wymagane dane** | | | |
| **Podstawowe dane dotyczące urządzenia** | | | |
| **1** | Nazwa/model urządzenia | **……………………………**  **wpisać** | |
| **2** | Producent | **……………………………**  **wpisać** | |
| **3** | Kraj pochodzenia | **……………………………**  **wpisać** | |
| **4** | Urządzenie nowe, nieużywane | **TAK** | |
| **5** | Dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i używania na terytorium RP | **TAK** | |
| **6** | Paszport techniczny dostarczony na instalację aparatu wraz z kartą gwarancyjną | **TAK** | |
| **7** | Spełnienie wymogów obowiązującego prawa w tym Ustawy o wyrobach medycznych | **TAK** | |
| **Wymagane minimalne parametry techniczne (należy potwierdzić TAK/NIE)** | | | |
| **8** | W pełni automatyczny aparat do immunohistochemicznego barwienia preparatów wykonanych ze: skrawków parafinowych, mrożaków, rozmazów, cytospinów. | | …………………. |
| **9** | Aparat wykonujący wszystkie etapy barwienia immunohistochemicznego od deparafinizacji do właściwego barwienia na pokładzie jednego aparatu. | | …………………. |
| **10** | Aparat posiadający do 20 miejsc na barwione preparaty, z niezależnym sterowaniem temperaturą dla każdej pozycji. | | …………………. |
| **11** | Odczynniki barwiące wprowadzane na pokład za pomocą barkodów lub chipów. | | …………………. |
| **12** | Identyfikacja preparatów za pomocą kodów kreskowych lub chipów. | | …………………. |
| **13** | Możliwość umieszczenia na pokładzie aparatu minimum dwóch, różnych zestawów barwiących | | …………………. |
| **14** | Aparat zabezpieczający tkankę przed wysychaniem na każdym etapie barwienia bez konieczności stosowania dodatkowych nakładek na szkiełka | | …………………. |
| **15** | Aparat wyposażony w opcję zaprogramowania barwienia „na noc” | | …………………. |
| **16** | Możliwość zdalnej obsługi oraz serwisowania przez internet lub linie telefoniczną | | …………………. |
| **17** | Aparat z otwartym systemem, dającym możliwość wyboru własnego rodzaju przeciwciał używanych do barwienia | | …………………. |
| **18** | Aparat pozwalający na oznaczenie co najmniej 13 różnych przeciwciał w jednym cyklu pracy | | …………………. |
| **19** | Aparat stosujący bezksylenową technikę przeprowadzania preparatów | | …………………. |
| **20** | Aparat posiadający niezbędne certyfikaty do diagnostyki pacjenta CE i IVD | | …………………. |
| **21** | Aparat powinien zawierać wyposażenie dodatkowe: zestaw komputerowy z drukarką z oprogramowaniem zapewniającym zoptymalizowane protokoły barwienia oraz UPS podtrzymujący pracę aparatu (w razie awarii prądu) umożliwiający dokończenie procesu barwienia | | …………………. |
| **22** | Naprawy i konserwacja sprzętu na koszt producenta przez okres trwania umowy | | …………………. |
| **23** | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i użytkowania aparatu w miejscu instalacji aparatu | | …………………. |
| **24** | Wsparcie merytoryczne w trakcie trwania umowy, w zakresie obsługi aparatu i wprowadzania wystandaryzowanych protokołów barwień na życzenie klienta | | …………………. |
| **25** | Okres gwarancji przez czas trwania umowy. Gwarancja obejmuje wady konstrukcyjne i w wykonawstwie | | …………………. |
| **26** | Czas przystąpienia do naprawy od zgłoszenia awarii max. 48 godziny (dni robocze) | | …………………. |
| **27** | Maksymalny czas usunięcia awarii od momentu zgłoszenia 5 dni roboczych | | …………………. |
| **28** | Wszelkie koszty (transport, dojazd itp.) związane z naprawami w okresie gwarancji ponosi wykonawca | | …………………. |
| **29** | Bezpłatne przeglądy, konserwacja i aktualizacja oprogramowania wg zaleceń producenta w okresie gwarancji | | …………………. |
| **30** | Instrukcje obsługi w jęz. Polskim – dostarczone z aparatem | | …………………. |
| **31** | Oryginalna instrukcja obsługi w j. angielskim (nie dotyczy urządzeń wyprodukowanych w Polsce) – dostarczone z aparatem | | …………………. |
| **32** | Dokumentacja serwisowa i techniczna – dostarczone z aparatem | | …………………. |
| **33** | Oryginalny prospekt producenta w języku polskim | | …………………. |
| **34** | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi potwierdzone stosownym zaświadczeniem (certyfikatem); pierwsze szkolenie przy uruchomieniu, kolejne na życzenie Zamawiającego w okresie do roku od uruchomienia. | | …………………. |
| **35** | Szkolenie personelu technicznego w zakresie: budowa i kontrola systemu, diagnostyka uszkodzeń w zakresie podstawowym | | …………………. |