***Załącznik nr 2 do SWZ / Zał. nr 1 do Umowy***

**Specyfikacja techniczna przedmiotu zamówienia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANALIZATOR PARAMETRÓW KRYTYCZNYCH** | | | | |
| **Nazwa i typ/model** *(wypełnia Wykonawca):* | | | | |
| **Producent** *(wypełnia Wykonawca):* | | | | |
| **Rok produkcji: nie wcześniej niż ~~2023~~ 2022 r.** | | | | |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia – parametry wymagane bezwzględnie** | **Parametry wymagane** | **WYPEŁNIA WYKONAWCA** | **Parametry oceniane - punktacja** |
| **Parametry oferowane**  **TAK/NIE**  **podać/opisać** |
|  | Parametry mierzone: pH, pCO2, pO2, Bil, O2Hb, Hb, COHb, MetHb, Hct, Ca2+, Cl, Na, K, SO2  (Ca2+ warunkowo – do oceny) | TAK podać |  | Parametry mierzone: pH, pCO2, pO2, Bil, O2Hb, Hb, COHb, MetHb, Hct, Ca2+, Cl, Na, K, SO2 – **15 pkt**  Parametry mierzone: pH, pCO2, pO2, Bil, O2Hb, Hb, COHb, MetHb, Hct, Cl, Na, K, SO2 **(bez Ca2+)** – **0 pkt** |
|  | Podanie próbki bezpośrednio ze strzykawki lub kapilary | TAK |  |  |
|  | Pomiar wszystkich parametrów wymienionych w punkcie 2 z jednej próbki | TAK |  |  |
|  | Możliwość ustawienia paneli szybkiego wyboru parametrów dowolnej konfiguracji | TAK |  |  |
|  | Możliwość uzyskania wyniku wszystkich parametrów z próbki o maksymalnej obj. 125 ul. | TAK |  |  |
|  | System pracujący na wielotestowych modułach odczynnikowych | TAK |  |  |
|  | Automatyczna kalibracja 1- i 2-punktowa, bez użycia gazów kalibracyjnych | TAK |  |  |
|  | Możliwość wykonania analizy z: krwi pełnej, surowicy, osocza, dializatów, płynów kontroli jakości | TAK |  |  |
|  | Bezpieczny system pobierania próbki z eliminacją mikroskrzepów | TAK |  |  |
|  | Ekran dotykowy kolorowy, prosta komunikacja z operatorem, przejrzyste oprogramowanie w języku polskim | TAK |  |  |
|  | Automatyczny system kontroli jakości (w aparacie)  z możliwością planowania terminów kontroli oraz statystycznego opracowania i wydruku raportów | TAK |  |  |
|  | Odczynniki w zamkniętych oddzielnych pojemnikach, wymieniane zależnie od zużycia, niezależnie od elektrod | TAK |  |  |
|  | Elektrody wymienialne pojedynczo w zależności od zużycia | TAK |  |  |
|  | Stabilność odczynników po otwarciu minimum 4 tygodnie | TAK |  |  |
|  | Możliwość wprowadzenia ID operatora | TAK |  |  |
|  | W wyposażeniu aparatu czytnik kodów paskowych | TAK |  |  |
|  | Możliwość wprowadzenia danych demograficznych pacjenta (warunkowo – zakres oceniany) | TAK podać |  | **Możliwość** wprowadzenia danych demograficznych pacjenta– **10 pkt**  **Brak możliwości** wprowa-dzenia danych demogra-ficznych pacjenta – **0 pkt** |
|  | Drukarka wbudowana w analizator, możliwość współpracy z systemem informatycznym – komunikacja dwukierunkowa | TAK |  |  |
|  | Zabezpieczenie UPS | TAK |  |  |
|  | Instalacja na koszt Wykonawcy, uruchamianie analizatora i szkolenie personelu laboratorium w zakresie obsługi aparatu przeprowadzone przez autoryzowane przedstawicielstwo producenta analizatorów zakończone wystawieniem stosownych certyfikatów | TAK |  |  |
|  | Analizator, odczynniki oraz materiały kontrolne pochodzące od jednego producenta, dedykowane dla danego analizatora | TAK |  |  |
| **Wymagane dokumenty dotyczące analizatora** | | | | |
|  | * Instrukcja obsługi w języku polskim * Wpis lub zgłoszenie do Rejestru Wyrobów Medycznych | TAK |  |  |
| **Gwarancja i serwis:** | | | | |
|  | Gwarancja techniczna na aparat przez okres trwania umowy– uwzględniająca koszty napraw, wymiany podzespołów, corocznych przeglądów serwisowych zakończonych wydaniem świadectwa sprawdzenia stanu technicznego urządzeń i aparatury. Czas reakcji serwisu – do 24 godz. (nie może przekraczać 36 godz.) | TAK podać |  | Czas reakcji serwisu do 24 godz.– **15 pkt**  Czas reakcji serwisu – powyżej 24 godz., a max do 36 godz. – **0 pkt** |

**Maksymalna możliwa do uzyskania ilość punktów: 40 pkt**

……………….…………………………………….….

(podpis uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy)

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

***Wypełnia Zamawiający:***

Uzyskana ilość punktów (suma): …………… pkt

……………….…………………………………….….

(podpis przewodniczącego lub członka Komisji Przetargowej)