Załącznik Nr 1

ARKUSZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

CPV 33190000-8

Nazwa	Nazwa handlowa	Producent	Kraj pochodzenia	JM	Ilość	Cena jedn. Netto	Wartość netto	Stawka VAT	Wartość brutto
Analizator hemoglobiny				**kpl**	**1**				

1. Urządzenie służące do pomiaru ilościowego hemoglobiny.
2. Urządzenie fabrycznie nowe.
3. Posiada znak CE.
4. Zakres pomiaru hemoglobiny (g/dl): 0-26.
5. Materiał do badania: krew włośniczkowa, żylna, tętnicza.
6. Możliwością podłączenia do systemu komputerowego (BANK KRWI) oraz wydruków wyników.
7. Czytnik kodów kreskowych w celu identyfikacji osoby.
8. Możliwość elektronicznej, automatycznej kontroli jakości.
9. Możliwość identyfikacji wyniku badań pacjenta.
10. Analizator posiada: zasilacz sieciowy, akumulator, oprogramowanie.
11. Zapewnienie mobilności sprzętu: możliwość zasilania sieciowego i bateriami.
12. Wykonawca zapewnia autoryzowany serwis na terenie Polski.
13. Wykonawca zapewnia bezpłatną instalację i bezpłatne szkolenie personelu nie później niż 7 dni od dostawy lub zgłoszenia takiej potrzeby przez Zamawiającego.
14. Wykonawca zapewnia bezpłatny transport urządzenia do miejsca wskazanego przez Zamawiającego.
15. Wykonawca dostarcza wraz z urządzeniem instrukcję obsługi w języku polskim oraz całość dokumentacji technicznej niezbędnej do prawidłowego korzystania z urządzenia.
16. Wykonawca udziela minimum 24 miesiące gwarancji na urządzenie.
17. W okresie gwarancyjnym Wykonawca zobowiązuje się do minimum 2 bezpłatnych (obejmujących koszty robocizny, dojazdu, materiałów zużywalnych) przeglądów gwarancyjnych w okresach wskazanych przez Zamawiającego.
18. Czas reakcji serwisu w okresie gwarancji nie przekracza 48 godzin;
19. Czas naprawy na terenie Polski – 7 dni. Na czas naprawy powyżej 7 dni Wykonawca zapewnia urządzenie zastępcze o parametrach równoważnych z naprawianym w okresie gwarancyjnym.

Wymagane w ofercie dokumenty:

- deklaracja zgodności potwierdzająca oznakowanie wyrobu znakiem CE,
- instrukcja w języku polskim,
- specyfikacja techniczna producenta zaoferowanego powyżej urządzenia.

……..…….
(data i podpis Wykonawcy)

Miejsce dostaw, telefon kontaktowy, ilość sztuk:

Lp.	Nazwa miejsca dostawy	Adres miejsca dostawy	Telefon kontaktowy	Ilość
1	Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa SPZOZ – Terenowa Stacja w Gdańsku	ul. Polanki 117 80-305 Gdańsk	261-216-510	1