**Wzór oferty** Załącznik nr 1.

**wraz z opisem przedmiotu zamówienia.**

**Wykonawca:**

…………………………………………

…………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres,*

*w zależności od podmiotu:*

*NIP:………………….…………………*

*KRS: ……………………………………*

Osoba/y upoważniona/e do kontaktu:

……………………….………………

Nr tel. …………………..…………

mail …………………..……………

**OFERTA ZADANIE 1**

W odpowiedzi na ogłoszenie dotyczące udzielenia zamówienia publicznego na dostawa aparatury medycznej w ramach zadania pn. ,,Przebudowa z modernizacją i doposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego oraz Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej Szpitala Specjalistycznego w Brzozowie Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego, znak sprawy SZSPOO.SZP.3810/11/2025, przedstawiamy następującą ofertę:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.p.*** | ***Opis przedmiotu zamówienia*** | ***j.m.*** | ***Ilość*** | ***Cena jedn. netto PLN*** | ***Wartość netto PLN*** | ***VAT %*** | ***Wartość brutto***  ***PLN*** |
| 1. | **Dostawa analizatora parametrów krytycznych**  Nazwa:…………………………………………  Typ: ……………………………………………  Model: ………………………………………….  Producent: ……………………………………  Kraj…………………………………………….. | szt. | 1 |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | | | |  |  |  |

Termin gwarancji na całość aparatu: ……………… miesięcy (minimum 24 miesiące)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Parametr | Wartość wymagana | Wartość oferowana przez Wykonawcę  (podać oferowaną wartość w zależności od wartości wymaganej) |
|  | Analizator fabrycznie nowy, nie starszy niż 2024 rok | TAK |  |
|  | Parametry mierzone :  a) moduł RKZ: pH, pCO2, pO2,  b) moduł elektrolitów : wapń zjonizowany, sód, potas, chlorki c) moduł oksymetrii minimum SO2, ctHb, MetHb, o2Hb, HHb, HbF, COHb  d) moduł metabolitów: glukoza, mleczany, bilirubina całkowita | TAK |  |
|  | Parametry wyliczane: HCO3, Hct, luka anionowa, osmolalność osocza, ABE, SBE | TAK |  |
|  | Panel pomiaru analizatora można poszerzyć o kreatyninę i mocznik | TAK |  |
|  | Maksymalna objętość próbki badanej dla całego kompletu badań 45 µl z kapilary oraz 65 µl ze strzykawki. | TAK, podać objętość próbki |  |
|  | Analizator z wbudowanym czytnikiem kodów kreskowych do identyfikacji próbki badanej oraz materiałów kontrolnych. | TAK |  |
|  | Możliwość monitorowania poziomu odczynników i ich stabilności. | TAK |  |
|  | Możliwość podania próbki z kapilary, strzykawki | TAK |  |
|  | Automatyczny system pobierania próbek z funkcją wykrywania i usuwania skrzepów. | TAK |  |
|  | Możliwość wprowadzenia temperatury pacjenta, stężenia tlenu w powietrzu wdychanym, rodzaju próbki (krew tętnicza, włośniczkowa) | TAK |  |
|  | Możliwość przeliczenia parametrów wyliczanych z uwzględnieniem stężenia tlenu w powietrzu wdychanym | TAK |  |
|  | Możliwość przeliczenia parametrów wyliczanych na aktualną temperaturę pacjenta | TAK |  |
|  | Możliwość wykonania oznaczeń z następującego materiału: krew tętnicza, krew włośniczkowa, materiał kontrolny | TAK |  |
|  | Wydruki wyników z zakresem wartości referencyjnych | TAK |  |
|  | Możliwość wygenerowania wykresu równowagi kwasowo-zasadowej. | TAK |  |
|  | Automatyczna kalibracja 1 i 2 punktowa oraz możliwość kalibracji „na żądanie” | TAK |  |
|  | Automatyczne płukanie analizatora | TAK |  |
|  | W pełni automatyczna kontrola jakości z płynów znajdujących się w pakiecie odczynnikowym, wynik w formie liczbowej. | TAK |  |
|  | Analizator pracujący w oparciu o odczynniki konfekcjonowane w postaci zintegrowanego pakietu odczynnikowego zawierającego wszelkie kalibratory, materiały kontrolne oraz pojemnik na ścieki. | TAK |  |
|  | Ważność wszystkich materiałów zużywalnych zainstalowanych na pokładzie analizatora minimum 30 dni | TAK |  |
|  | Oddzielna kaseta zawierająca elektrody pomiarowe z możliwością przetykania skrzepów. | TAK |  |
|  | Samoczynna automatyczna instalacja kaset zaraz po ich umieszczeniu w analizatorze, bez konieczności wykonywania dodatkowych czynności np. walidowanie roztworami przez operatora | TAK |  |
|  | Możliwość wyjęcia i ponownego użycia wszystkich kaset w tym samym analizatorze lub zastępczym, bez utraty pozostałych w kasetach testów | TAK |  |
|  | Możliwość wyłączenia urządzenia na dłużej niż dwie godziny bez utraty pozostałych w kasetce sensorowej testów. | TAK |  |
|  | Menu analizatora w języku polskim | TAK |  |
|  | Możliwość wprowadzenia danych demograficznych pacjenta. | TAK |  |
|  | Automatyczna kontrola jakości przynajmniej 1 raz dziennie dla poziomów kontroli jakości – materiał kontrolny inny niż materiał kalibracyjny. Wbudowany system automatycznej kontroli jakości analizatora z graficzną interpretacją QC – wykresy Leavy-Jeniningsa. | TAK |  |
|  | Wbudowany system automatycznej kontroli jakości analizatora z możliwością zaprogramowania terminów kontroli jakości | TAK |  |
|  | Maksymalny czas dobowy kalibracji do 30 minut (wyłączając pierwszą dobę po zainstalowaniu /wymianie nowej kasety). | TAK, podać czas |  |
|  | Wbudowany moduł automatycznego mieszania próbki podawanej w strzykawce. | TAK |  |
|  | Analizator z wbudowaną drukarką | TAK |  |
|  | Zdalny nadzór serwisu nad analizatorem. | TAK |  |
|  | Termin instalacji i pełne uruchomienie analizatora w ciągu 56 dni | TAK, podać termin instalacji i uruchomienia analizatora |  |
|  | Krótki czas uzyskania wyniku – wyświetlenie wyniku do 35 sek, możliwość podania kolejnej próbki po 60 sekundach | TAK, podać czas uzyskania wyniku, podać czas po którym możliwe jest podanie próbki dalej |  |
|  | Możliwość wyjęcia i ponownego użycia wszystkich kaset, odczynników i materiałów zużywalnych w tym samym analizatorze lub zastępczym, bez utraty pozostałych w kasetach testów. | TAK |  |
|  | Wbudowane automatyczne mieszadło do próbek gazometrycznych | TAK |  |
|  | Filmy instruktarzowe dostępne w czasie rzeczywistym na ekranie analizatora, ułatwiające bieżącą obsługę (wykonanie badania, wymiana materiałów zużywalnych) | TAK |  |
|  | Skonfigurowanie analizatora i dostarczenie licencji do systemu AMMS | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim (dostarczyć wraz z aparatem) | TAK |  |
|  | Certyfikat CE (dokumenty załączyć) | TAK - wymagamy |  |
|  | Gwarancja zapewniona przez autoryzowanego dystrybutora producenta min. 24 miesiące wraz z bezpłatnymi przeglądami w tym okresie. | TAK, podać długość gwarancji  Parametr oceniany |  |
|  | Autoryzacja producenta na serwis i sprzedaż zaoferowanego urządzenia na terenie Polski (dokumenty załączyć) | TAK - wymagamy |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis osoby upoważnionej