|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROGRAM_REGIONALNY** | herbWOJEWÓDZTWO PODKARPACKIE |  |  |

**ZP/UR/11/2015 Załącznik nr 1.1 do siwz – modyfikacja z dn. 27.02.2015**

**Opis przedmiotu zamówienia - oferowany przedmiot zamówienia**

**Zadanie 14: Dostawa aparatów do pomiaru cholesterolu i trójglicerydów, aparatów do pomiaru RR, aparatów do pomiaru glukozy we krwi włośniczkowej**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa przedmiotu zamówienia**  | **Oferowany przedmiot zamówienia (podać np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta)** |
|  |  |
| ***Poz. nr 1* Aparat do pomiaru cholesterolu, trójglicerydów, 5 sztuk** |  |
| **Lp.** | **Wymagane funkcje oraz parametry techniczne przedmiotu zamówienia** | **Funkcje oferowanego przedmiotu zamówienia** | **Parametry oferowanego przedmiotu zamówienia** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
| 1. | urządzenie powinno wykonywać pomiary wartości cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, LDL i trójglicerydów.  | TAK / NIE | XXXX |
| 2. | do wykonania badania powinna wystarczyć kropla krwi włośniczkowej uzyskana z nakłucia palca lub płatka usznego, lub kropla krwi żylnej nałożona na odpowiedni pasek testowy. | TAK / NIE | XXXX |
| 3. |  jakość wykonywanych badań powinna być porównywalna z badaniami przeprowadzanymi w laboratorium | TAK / NIE | XXXX |
| 4. | pomiary powinno się wykonywać w krótkim czasie (max. do 2 min) | XXXX |  |
| 5. | zakresy pomiarowe, jak wymienione lub szersze: cholesterol całkowity (TC): 100 - 400 mg/dl (2,59 – 10,36 mmol/L ), cholesterol HDL: 25 - 85 mg/dl (0,65-2,20 mmol/L ), trójglicerydy (TG): 50 - 500 mg/dl (0,56 – 5,65 mmol/L )  | XXXX |  |
| 6. | aparat powinien być zasilany bateriami alkalicznymi, wystarczającymi na przeprowadzenie większej ilości badań - min. 300 | TAK / NIE | XXXX  |
| 7. | urządzenie powinno być lekkie, o niewielkich wymiarach (nie mniejsze niż 10 cm/5 cm/2 cm i nie większe niż 15 cm/10cm/6 cm) | XXXX |  |
| 8. | powinno posiadać możliwość podłączenia drukarki termicznej i wydrukowania wykonanego testu oraz możliwość podłączenia do komputera PC | TAK / NIE | XXXX |
| 9. | urządzenie powinno posiadać wbudowaną pamięć pomiarów | TAK / NIE | XXXX |
| 10. | aparat powinien mieć możliwość ustawienia jednostek pomiaru ( mg/dl bądź mmol/l) | TAK / NIE | XXXX |
| 11. | paski testowe konieczne do pomiaru powyższym aparatem powinny być dostępne na rynku | TAK / NIE | XXXX |
| 12. | zapewnienie serwisu pogwarancyjnego | XXXX |  |
| 13. | Czas reakcji serwisowej max. 72 godziny | TAK / NIE | XXXX |
| 14. | Czas naprawy max. 14 dni | TAK / NIE | XXXX |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa przedmiotu zamówienia**  | **Oferowany przedmiot zamówienia (podać np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta)** |
| ***Poz. nr 2* Aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego (RR), manometr zegarowy, 10 sztuk** |  |
| **Lp.** | **Wymagane funkcje oraz parametry techniczne przedmiotu zamówienia** | **Funkcje oferowanego przedmiotu zamówienia** | **Parametry techniczne oferowanego przedmiotu zamówienia** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
|  | Aparat powinien służyć do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi  | TAK / NIE | XXXX |
|  | zakres pomiaru ciśnienia krwi powinien mieścić się w przedziale od 0 do min. 300 mmHg | XXXX |  |
|  | powinien być dokładny – max. błąd pomiarowy +/- 3 mmHg, z obsługą manualną | TAK / NIE | XXXX |
|  | tarcza do odczytu pomiaru powinna by czytelna, duża  | TAK / NIE | XXXX |
|  | tarcza powinna być zintegrowana z pompką i zaworem | TAK / NIE | XXXX |
|  | zawór łatwy do obsługi manualnej | TAK / NIE | XXXX |
|  | mankiet powinien być standardowy dla dorosłych z możliwością zmiany na mankiet pediatryczny i dla osób otyłych | TAK / NIE | XXXX |
|  | możliwość pomiaru ciśnienia u pacjentów z arytmią serca | TAK / NIE | XXXX |
|  | zapewnienie serwisu pogwarancyjnego | XXXX |  |
|  | Czas reakcji serwisowej max. 72 godziny | TAK / NIE | XXXX |
|  | Czas naprawy max. 14 dni | TAK / NIE | XXXX |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa przedmiotu zamówienia**  | **Oferowany przedmiot zamówienia (podać np. typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta)** |
| ***Poz. nr 3* Aparat do pomiaru glukozy we krwi włośniczkowej, 10 sztuk** |  |
| **Lp.** | **Wymagane funkcje oraz parametry techniczne przedmiotu zamówienia** | **Funkcje oferowanego przedmiotu zamówienia** | **Parametry techniczne oferowanego przedmiotu zamówienia** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
| 1 | Aparat powinien służyć do monitorowania stężenia glukozy we krwi  | TAK / NIE | XXXX |
| 2 | pomiary powinien wykonywać z krwi włośniczkowej uzyskanej z opuszki palca lub z dłoni oraz z krwi pełnej żylnej  | TAK / NIE | XXXX |
| 3 | powinien wykonywać pomiary ilościowe stężenia glukozy w krwi pełnej w zakresie od 10 mg/dl do 600 mg/dl lub szerszym | XXXX |  |
| 4 | powinien być prosty w obsłudze | TAK / NIE | XXXX |
| 5 | powinien charakteryzować się szybkim czasem pomiaru (max. 10 sekund)  | XXXX |  |
| 6 | do badania powinna wystarczyć mała próbka krwi-max. 0,8µl | XXXX |  |
| 7 | wielkość próbki krwi powinna by automatycznie dobierana przez urządzenie | TAK / NIE | XXXX |
| 8 | aparat nie powinien wymagać kodowania po każdej zmianie pasków | TAK / NIE | XXXX |
| 9 | powinien posiadać pamięć minimum 300 ostatnich wyników | XXXX |  |
| 10 | powinien być niewielkich wymiarów nie mniejszy niż 40x60mm i nie większy niż 100x80 mm, lekki o wadze do 100g | XXXX |  |
| 11 | baterie powinny być z dużą żywotnością, wystarczającą na przeprowadzenie większej ilości badań – min. 800  | XXXX |  |
| 12 | paski testowe konieczne do pomiaru powyższym glukometrem powinny być dostępne na rynku | TAK / NIE | XXXX |
| 13 | zapewnienie serwisu pogwarancyjnego | XXXX |  |
| 14 | Czas reakcji serwisowej max. 72 godziny | TAK / NIE | XXXX |
| 15 | Czas naprawy max. 14 dni | TAK / NIE | XXXX |
| 16 |  powinien być enzym dehydrogenaza glukozy ( aby możliwe było wykonywanie wiarygodnych pomiarów we krwi żylnej i kapilarnej | TAK / NIE | XXXX |
| 17 | maksymalny błąd pomiarowy glukometrów nie powinien przekraczać ±15mg/dl przy stężeniu glukozy <100mg/dl i ±15% przy stężeniu glukozy >100 mg/dl, (zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego) | TAK / NIE | XXXX |

|  |  |
| --- | --- |
| Wymagana min. gwarancja na urządzenia z poz. 1,2,3: min. 12 miesiące\*(\*Gwarancja stanowi kryterium oceny ofert) | Oferujemy gwarancję: |

 **UWAGA !!**

1. **W rubryce obok nazwy przedmiotu zamówienia podanej przez Zamawiającego, Wykonawca obowiązkowo wpisuje typ, model, nr katalogowy producenta oraz producenta oferowanego przedmiotu zamówienia.**
2. **W kolumnie 3 należy przekreślić odpowiedni znacznik TAK lub NIE zostawiając właściwy, odpowiadający prawidłowej odpowiedzi.**
3. **W kolumnie 4 należy wpisać wszystkie parametry oferowanego przedmiotu zamówienia zgodnie z opisem z kolumny 2.**
4. **Niespełnienie choćby jednego z parametrów lub funkcji wymaganych w opisie (kolumna 2) spowoduje odrzucenie oferty.**
5. **Zamawiający prosi o dołączenie do oferty np. prospektów, folderów, katalogów oferowanych przedmiotów.**

**Opis kryteriów wyboru oferty.**

**Kryteria wyboru oferty i ich znaczenie (w %):**

A. Cena brutto oferty : 80%

B. Gwarancja (w miesiącach): 20%

Minimalny czas gwarancji: 12 miesiące. Poniżej tego okresu oferta zostaje odrzucona.

Oferty uzyskują maksymalną ilość punktów, gdy czas gwarancji wynosi 36 miesięcy lub więcej.

Oferty z okresem gwarancji krótszym od wymaganego zostaną odrzucone.