



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345
fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365

Świnoujście, 15/12/2016 r.

Znak sprawy: ZP/20/2016

**Szpital Miejski im. Jana Garduły
w Świnoujściu sp. z o.o.**

ul. Mieszka I 7

72 – 600 Świnoujście

(zampub@szpital-swinoujscie.pl)

DO WSZYSTKICH UCZESTNIKÓW POSTĘPOWANIA PRZETRAGOWEGO PN.:

Dostawa odczynników, testerów i innych materiałów zużywalnych wraz z dzierżawą aparatów dla laboratorium spółki Szpitala Miejskiego im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.

Na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 2164 ze zm.) zawiadamia się, że w dniu **15-12-2016 r.** w przedmiotowym postępowaniu w specyfikacji istotnych warunków zwana dalej „siwz” zamówienia dokonano zmiany treści:

W rozdz. VI pkt 8 SIWZ:

Było:

(...)

- 8 Zamawiający wezwie także Wykonawcę do złożenia karty charakterystyki oferowanych odczynników oraz sprzętu w **wersji papierowej i elektronicznej** (w języku polskim) celem zweryfikowania złożonej oferty wraz z **dokumentem wystawionym przez producenta aparatu**, iż zaoferowane przez Wykonawcę odczynniki mogą być wykorzystane w przedmiotowych urządzeniach bez szkodliwego na ich funkcjonowanie oraz prawidłowości wyników badań

(...)

Zmienia się na:

(...)

- 8 Zamawiający wezwie także Wykonawcę do złożenia karty charakterystyki oferowanych odczynników oraz sprzętu w **wersji papierowej i elektronicznej** (w języku polskim) celem zweryfikowania złożonej oferty wraz z **dokumentem wystawionym przez producenta aparatu lub jedynego bezpośredniego dystrybutora producenta** oryginalnych odczynników, części zużywalnych i zamiennych oraz materiałów eksploatacyjnych do oferowanego analizatora, iż zaoferowane przez Wykonawcę odczynniki mogą być wykorzystane w przedmiotowych urządzeniach bez szkodliwego na ich funkcjonowanie oraz prawidłowości wyników badań. (Wykonawca składający ofertę i opierający funkcjonowanie aparatu w oparciu o wytyczne zaprogramowane przez producenta aparatu lub w oparciu o Inteligentny System Zarządzania Jakością złoży instrukcje w wersji papierowej w języku polskim)

(...)

Załącznik nr 1 do SIWZ ZP/20/2016

Było:

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

NA REALIZACJĘ:

Dostawa odczynników, testerów i innych materiałów zużywalnych wraz z dzierżawą aparatów dla laboratorium spółki Szpitala Miejskiego im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.

Pakiet nr 2

Minimalne parametry

Analizatora i odczynników do badania moczu

Aparat do analizy moczu	Szt. 1
Producent	
Typ	
Model	

Rok prod. min. 2013 (po przeglądzie serwisowym)	
--	--

Lp.	Parametr	Tak/Podać
1	Wydajność analizatora min.: 500 ozn. na godz.	
2	Pamięć: - min. 1000 wyników badań - min. 50 wyników kontrolnych	
3	Automatyczna kalibracja aparatu przy uruchomieniu aparatu, bez wykonywania oznaczeń kalibracyjnych, bez użycia dodatkowych specjalnych pasków, kodów kreskowych (potwierdzone deklaracją producenta)	
4	Paski min.: 10-cio parametrowe do badania ogólnego moczu	
5	Wydruk w wybranych jednostkach (SI, konwencjonalne, system plusowy)	
6	Kompensacja własnego zabarwienia moczu (<i>dodatkowe pole kompensacyjne na pasku</i>)	
7	Czułość: - białka min. 20mg/dl, - glukozy 40mg/dl	
8	Pasek standardowy wielokrotnego użytku do sprawdzania układu optycznego na wyposażeniu analizatora	
9	Ekran dotykowy LCD służący do komunikacji z aparatem międz.: wyboru funkcji, ustawień.	
10	Flagowanie wyników patologicznych	
11	Automatyczny transport i usuwanie zużytych pasków	
12	Czytnik kodów kreskowych na wyposażeniu aparatu umożliwiający wybór koloru i klarowności moczu .	
13	Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej na płytach CD/DVD/PenDriv po 2 egz.	
14	Drukarka na papier termiczny 57 mm - wbudowana - oddzielne urządzenie	
15	Skonfigurowanie urządzenia celem automatycznego przesyłanie wyników oznaczeń do LSI (Prometeusz) (<i>bez wykonywania dodatkowych czynności związanych z wysyłaniem danych</i>), <u>koszt konfiguracji po stronie dostawcy</u>	
16	Paski charakteryzujące się eliminacją wpływu kwasu askorbinowego na wynik oznaczenia glukozy i krwi	
17	Ciekły materiał kontrolny (mocz kontrolny), gotowy do użycia, na dwóch poziomach (normalny, patologiczny) do przeprowadzania kontroli wewnątrz laboratoryjnej.	
18	Analizator, paski, kontrola wewnątrz laboratoryjna, od jednego producenta	
19	Deklaracja zgodności CE, certyfikaty wymagane ustawą o wyrobach medycznych	
20	Wykonawca nieodpłatnie przeszkoli wyznaczony personel Szpitala w zakresie obsługi, konserwacji, użytkowania aparatów, zakończone wystawieniem stosownych dokumentów	
21	Czas reakcji serwisu do 48 godz. od zgłoszenia naprawa w siedzibie zamawiającego lub wymiana na inne sprawne urządzenie	



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345
fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365

Pakiet nr 3 Parametry graniczne (wymagalne) Analizatora koagulologicznego

Analizator koagulologiczny podstawowy	szt. 1
Producent	
Typ	
Model	
Rok prod.	
Analizator koagulologiczny pomocniczy manualny	szt. 1
Producent	
Typ	
Model	
Rok prod.	

WARUNKI GRANICZNE

Lp.	Parametr koagulologiczny <u>podstawowy</u>	Tak/Podać
1.	Analizator nie starszy niż wyprodukowany w 2010 r. po przeglądzie autoryzowanym serwisem producenta, gwarancja przez okres trwania kontraktu.	
2.	Wydajność analizatora 40-50 oznaczeń. na godz.	
3.	Praca metodą mikro, pojedyncze testy	
4.	Pamięć: min. 300 wyników badań	
5.	Kalibracja nie częściej niż raz na serię danego odczynnika	
6.	Materiały standardowe (<i>kalibratory</i>), osocza kontrolne: mianowane, pochodzenia ludzkiego, liofilizowane z możliwością zamrażania (<i>gwarancja producenta</i>)	
7.	Oznaczania PT, APTT, TT, Fibrynogenu i AT III w jednym biegu aparatu i czasie oznaczenia poniżej 10 minut, ilościowe oznaczanie D-Dimerów metodą immunologiczną	
8.	Fibrynogen metodą Clauss'a bez wstępnego rozcieńczania osocza, zakres pomiarowy przy pierwszym oznaczeniu od 50 do 950 mg/dl	
9.	Tromboplastyna ludzka o ISI zbliżonym do 1,0 (+/- 0,1)	
10.	Flagowanie wyników patologicznych	
11.	Pracy bezpośrednio z próbek tj. bez konieczności przenoszenia osocza do kubeczków	
12.	Chłodzenie odczynników, monitoring zużycia odczynników	
13.	Automatyczne rozcieńczanie próbek, kalibratorów	

14.	Wprowadzenie własnej kontroli	
15.	Podgląd krzywych reakcyjnych	
16.	Automatyczne pobieranie i utylizacja kuwet	
17.	Identyfikacja próbek pacjentów przy pomocy czytnika barkodów	
18.	Współpraca z siecią informatyczną – dwukierunkowa komunikacja Szpitala (Prometeusz)	
19.	Automatyczne przysyłanie wyników oznaczeń do LSI (Prometeusz) (bez wykonywania dodatkowych czynności związanych z wysyłaniem danych). Koszt podłączenia do systemu po stronie Wykonawcy.	
20.	Wbudowana drukarka	
21.	Deklaracja zgodności CE, certyfikaty wymagane ustawą o wyrobach medycznych	
22.	Wykonawca nieodpłatnie przeszkoli wyznaczony personel Szpitala w zakresie obsługi, konserwacji, użytkowania aparatów, zakończone wystawieniem stosownych dokumentów	
23.	Czas reakcji serwisu do 48 godz. od zgłoszenia	
24.	Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej (na płytach CD/DVD/PenDrive) po 2 egz.	
Lp.	Parametry aparatu koagulologicznego <u>pomocniczego</u>	Tak/Podać
1.	Aparat manualny	
2.	Analizator nie starszy niż wyprodukowany w 2010 r. po przeglądzie autoryzowanym serwisem producenta, gwarancja przez okres trwania kontraktu.	
3.	Oznaczanie PT, APTT, Fibrynogenu	
4.	Odczynniki kompatybilne z aparatem podstawowym	
5.	Deklaracja zgodności CE, certyfikaty wymagane ustawą o wyrobach medycznych	
6.	Wykonawca nieodpłatnie przeszkoli wyznaczony personel Szpitala w zakresie obsługi, konserwacji, użytkowania aparatów, zakończone wystawieniem stosownych dokumentów	
7.	Czas reakcji serwisu do 48 godz. od zgłoszenia naprawa w siedzibie zamawiającego lub wymiana na inne sprawne urządzenie	
8.	Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej (na płytach CD/DVD/PenDrive) po 2 egz.	

Pakiet nr 4 **WYMAGANIA**

Dla Aparatury do oznaczeń wykonywanych metodą aglutynacji krwinek czerwonych na mikrokolumnach w serologii immunotransfuzjologicznej oraz parametry jakościowo-techniczne dla odczynników i

Wirówka wraz UPS-em wewnętrznym (opcjonalnie zewnętrznym) zapewniającym pracę przez okres min. 30 min. w sytuacji awarii zasilania	szt. 1
Producent	
Typ	



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345
fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365

Model	
Rok prod.	

Wirówka wraz UPS-em wewnętrznym (opcjonalnie zewnętrznym) zapewniającym pracę przez okres min. 30 min. w sytuacji awarii zasilania	szt. 1
Producent	
Typ	
Model	
Rok prod.	

Inkubator kompatybilny z wirówkami	szt. 1
Producent	
Typ	
Model	
Rok prod.	

L.p.	Przedmiot zamówienia	TAK/podać/opisać
1	Wykonanie wszystkich badań wymienionych w zapotrzebowaniu na odczynniki	
2	Badanie grupy krwi (anty-A, anty-B, anty- D ctl/A1-B) mikrometodą kolumnową, I-sza seria. Mikrokarty wypełnione odczynnikami. Karta składająca się z 6 mikrokolumn	
3	Potwierdzenie grupy krwi dorosłych i noworodka ABO RhD(VI-) (anty-A, anty-B, anty-D) z innych klonów niż wymienione w pkt.2 i 4. Mikrokarty wypełnione odczynnikami	
4	Badanie grupy krwi noworodka na jednej karcie z BTA A-B-D-ctl-BTA, I-sza seria – karty wypełnione odczynnikami przez producenta.	
5	Badanie przeglądowe przeciwciał pośrednim testem antyglobulinowym na 3 krwinkach wzorcowych, włączając antygen Cw – zgodnie z obowiązującymi przepisami. Mikrokarty wypełnione surowicą antyglobulinową poliwalentną	
6	Metodyka eliminująca płukanie krwinek czerwonych – zawiesina krwinek czerwonych poniżej 1%	
7	Bezpośredni test antyglobulinowy na jednej karcie (IgG-IgA-IgM-C3c-C3d-ctl). Karty wypełnione odczynnikami przez producenta	
8	Odczynniki gotowe do użycia (krwinki wzorcowe zawieszone w odczynniku o niskiej sile jonowej – poniżej 1%), karty składające się z 6 mikrokolumn i wypełnione nieprzelewającym podłożem separującym. Surowice wzorcowe do oznaczeń antygenów grup krwi, do PTA i do BTA (różnicowanie przeciwciał) naniesione na kolumnienki przez producenta	
9	Dostawy odczynników transportem monitorowanym pod względem temperatury w czasie transportu (2-8 st. C), wydruki ze wskazaniem temperatury z wykonanych dostaw stanowią załączniki do oferty.	
10	Przechowywanie wszystkich mikrokart w temp. pokojowej (18-25 st. C)	
11	Międzynarodowa zewnętrzna kontrola jakości potwierdzonej certyfikatem w zakresie podstawowym – 4 x /rok	
12	Nakłuwacze do bezpiecznego pobierania krwi z drenów (pilotek)	
13	Termin ważności odczynników– minimum 9 miesięcy od daty dostawy	
14	Wszystkie odczynniki (z wyjątkiem kontroli międzynarodowej i nakłuwaczy) oraz sprzęt muszą pochodzić od jednego producenta.	
15	Wirówka do mikrokart na 6 - 12 miejsc Stała prędkość i czas wirowania. Nowa	

	lub używana (po przeglądzie serwisowym), z wyjmowanym rotorem dla ułatwienia dezynfekcji.	<table><tr><td>Wirówka</td><td>szt. 1</td></tr><tr><td>Producent</td><td></td></tr><tr><td>Typ</td><td></td></tr><tr><td>Model</td><td></td></tr><tr><td>Rok prod.</td><td></td></tr></table>	Wirówka	szt. 1	Producent		Typ		Model		Rok prod.	
Wirówka	szt. 1											
Producent												
Typ												
Model												
Rok prod.												
16	Nieelektroniczna (manulna) pipeta multidozująca dedykowana do oferowanego systemu – 1 szt. Nowa lub używana (po przeglądzie serwisowym)											
17	Inkubator z wbudowanym wyświetlaczem czasu pracy inkubatora i temperatury w inkubatorze ,zakończenie inkubacji sygnalizowane dźwiękowo											
18	Deklaracja zgodności CE, certyfikaty wymagane ustawą o wyrobach medycznych											
19	Wykonawca nieodpłatnie przeszkoli wyznaczony personel Szpitala w zakresie obsługi, konserwacji, użytkowania aparatów, zakończone wystawieniem stosownych dokumentów											
20	Wymagane jest dołączenie polskojęzycznej instrukcji obsługi aparatury i techniki wykonywanych badań w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej (na płytach CD/DVD/PenDrive) w 2 egz.											
21	Urządzenia zwalidowane na okres trwania umowy (w przypadku gdy termin walidacji upływa w trakcie obowiązywania umowy Wykonawca przeprowadzi na swój koszt walidację urządzeń zgodnie z obowiązującymi przepisami)											
22	Załączenie pozytywnej opinia IHiT w Warszawie o oferowanych testach mikrokolumnowych.											
23	Wymagana jest reakcja serwisu na zgłoszony problem do 24 godzin (naprawa w siedzibie zamawiającego lub wymiana na inne sprawne urządzenie)											

Pakiet nr 5

WYMAGANIA TECHNICZNE

Aparat do parametrów krytycznych wraz z analizatorem pomocniczym.

Analizatory do parametrów krytycznych wraz UPS-em wewnętrznym (<i>opcjonalnie zewnętrznym</i>) zapewniającym pracę przez okres min. 30 min. w sytuacji awarii zasilania	szt. 2
Producent	
Typ	
Model	
Rok prod.	

LP	PARAMETRY WYMAGANE	Tak/Podać
1.	Analizatory nie starsze niż 2011 po pełnym przeglądzie serwisowym.	
2.	Automatyczne analizatory parametrów krytycznych, pracujący w systemie ciągłym, mierzący jednocześnie i z jednej próbki parametry: pH, pCO ₂ , pO ₂ , Na, K, Cl, Ca zjonizowany, Glu, Lac, tHb, SO ₂ , O ₂ Hb<COHb, MetHb, HHb, bilirubina, Hct, glukoza, mleczany	
3.	Parametry badane: pH, pCO ₂ , pO ₂ , Na, K, Cl, Ca zjonizowany, Glu, Lac, tHb, SO ₂ , O ₂ Hb<COHb, MetHb, HHb, bilirubina, Hct, glukoza, mleczany	
4.	Pobranie próbki z krwi pełnej tętniczej, żyłnej, włóśniczkowej bezpośrednio z kapilary lub strzykawki	
5.	Objętość próbki maksymalnie 130uL	
6.	Automatyczna pełna kalibracja jedno- i dwupunktowa bez użycia butli z gazem, wykonana w czasie zaprogramowanym przez użytkownika, wykonana bez jego udziału	
7.	Całkowity czas pomiaru max. 2 minut	



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345
fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365

8.	Wbudowany, całkowicie automatyczny system kontroli jakości badań na trzech poziomach (acidosis, akalosis, norma) programowanie kontroli wg potrzeb użytkownika (częstotliwość). Prezentacja wyników w postaci wykresu Levey-Jenningsa	
9.	Dostarczony materiał kontrolny umożliwiający przeprowadzenie kontroli jakości 3 razy w tygodniu na jednym poziomie, zamiennie na różnych poziomach	
10.	Oprogramowanie w języku polskim	
11.	Min. podwójny system (wewnętrzny i zewnętrzny) zapobiegający przedostaniu się skrzepu do toru pomiarowego 1500 kapilar z wylapywaczami skrzepu, mieszałkami i magnesami.	
12.	Analizator w pełni automatyczny, niewymagający ze strony użytkownika żadnych procedur konserwacyjnych, np. odbiałczania, przemywania itp.	
13.	Analizator posiadający graficzny wykres trendów pacjenta z możliwością porównania z wynikami standardowymi	
14.	Analizator zaopatrzony w drukarkę z możliwością wydruków wyników, raportów kontroli jakości, uzupełnienia w dane pacjenta, dane demograficzne itp. podłączenia do komputera	
15.	Podłączenie czytnika kodów kreskowych	
16.	Zewnętrzny (opcjonalnie wewnętrzny) UPS podtrzymujący pracę analizatora – minimum wymagane to możliwość zakończenia aktualnie wykonywanego pomiaru oraz bezpiecznego wyłączenia analizatora	
17.	Czujniki pomiarowe stabilności – minimum 3 tygodnie od chwili zamontowania w analizatorze	
18.	Trwałość odczynników na pokładzie analizatora minimum 30 dni od chwili ich wstawienia.	
19.	Ponowne użycie odczynników przypadku zdjęcia ich z pokładu w tym samym analizatorze lub innym tego samego typu (np. zastępczym)	
20.	Moduł odczynnikowy w zamkniętym pakiecie łącznie ze zbiornikiem na ścieki	
21.	Wpisanie szczegółowych danych demograficznych pacjenta, tj. PESEL, numer szpitalny, nazwisko	
22.	Analizator z oprogramowaniem i gniazdem do zgrywania wyników i danych na pendrive.	
23.	Zamykany automatycznie, podświetlany port pobrań	
24.	Czas reakcji serwisu do 48 godz. od zgłoszenia naprawa w siedzibie zamawiającego lub wymiana na inne sprawne urządzenie	
25.	Wykonawca nieodpłatnie przeszkoli wyznaczony personel Szpitala w zakresie obsługi, konserwacji, użytkowania aparatów, zakończone wystawieniem stosownych dokumentów.	
26.	Urządzenie kompletne, gotowe do użytkowania z pakietem startowym	
27.	Deklaracja zgodności CE, certyfikaty wymagane ustawą o wyrobach medycznych	
28.	Wykonawca w ramach wynagrodzenia z umowy zapewni udział w zewnątrz laboratoryjnej kontroli międzynarodowej. Pełen koszt kontroli ponosi Wykonawca.	
29.	Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej (na płytach CD/DVD/PenDrive) po 2 egz.	
30.	PenDrive min. 4 egz. do przenoszenia danych o pojemn. min. 4 G	

..... dnia.:

.....
(podpis osoby)

Zmienia się na:

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

NA REALIZACJĘ:

Dostawa odczynników, testerów i innych materiałów zużywalnych wraz z dzierżawą aparatów dla laboratorium spółki Szpitala Miejskiego im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.

Pakiet nr 2

Minimalne parametry

Analizatora i odczynników do badania moczu

Aparat do analizy moczu	Szt. 1
Producent	
Typ	
Model	
Rok prod. min. 2013 (po przeglądzie serwisowym)	

Lp.	Parametr	Tak/Podać
1	Wydajność analizatora min.: 500 ozn. na godz.	
2	Pamięć: - min. 500 wyników badań	
3	Automatyczna kalibracja aparatu przy uruchomieniu aparatu, bez wykonywania oznaczeń kalibracyjnych, bez użycia dodatkowych specjalnych pasków, kodów kreskowych (potwierdzone deklaracją producenta)	
4	Paski min.: 10-cio parametrowe do badania ogólnego moczu	
5	Wydruk w wybranych jednostkach (SI, konwencjonalne, system plusowy)	
6	Kompensacja własnego zabarwienia moczu (<i>dodatkowe pole kompensacyjne na pasku</i>)	
7	Czułość: - białka min. (15 – 23) mg/dl, - glukozy min (40 – 75) mg/dl	
8	Pasek standardowy wielokrotnego użytku do sprawdzania układu optycznego na wyposażeniu analizatora	
9	Ekran dotykowy LCD służący do komunikacji z aparatem międz.: wyboru funkcji, ustawień.	
10	Flagowanie wyników patologicznych	
11	Automatyczny transport i usuwanie zużytych pasków	
12	Czytnik kodów kreskowych na wyposażeniu aparatu umożliwiający wybór koloru i klarowności moczu .	
13	Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej na płytach CD/DVD/PenDriv po 2 egz.	
14	Drukarka na papier termiczny 57 mm - wbudowana - oddzielne urządzenie	
15	Skonfigurowanie urządzenia celem automatycznego przesyłania wyników oznaczeń do LSI (Prometeusz) (<i>bez wykonywania dodatkowych czynności związanych z wysyłaniem danych</i>), <u>koszt konfiguracji po stronie dostawcy</u>	



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345
fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365

16	Paski charakteryzujące się eliminacją wpływu kwasu askorbinowego na wynik oznaczenia glukozy i krwi	
17	Ciekły materiał kontrolny (mocz kontrolny), gotowy do użycia, na dwóch poziomach (normalny, patologiczny) do przeprowadzania kontroli wewnątrz laboratoryjnej lub Materiał kontrolny w postaci paków na dwóch poziomach (normalny, patologicznych)	
18	Analizator, paski, kontrola wewnątrz laboratoryjna, od jednego producenta	
19	Deklaracja zgodności CE, certyfikaty wymagane ustawą o wyrobach medycznych	
20	Wykonawca nieodpłatnie przeszkoli wyznaczony personel Szpitala w zakresie obsługi, konserwacji, użytkowania aparatów, zakończone wystawieniem stosownych dokumentów	
21	Czas reakcji serwisu do 48 godz. od zgłoszenia naprawa w siedzibie zamawiającego lub wymiana na inne sprawne urządzenie	

Pakiet nr 3 Parametry graniczne (wymagalne) Analizatora koagulologicznego

Analizator koagulologiczny podstawowy	szt. 1
Producent	
Typ	
Model	
Rok prod.	
Analizator koagulologiczny pomocniczy manualny	szt. 1
Producent	
Typ	
Model	
Rok prod.	

WARUNKI GRANICZNE

Lp.	Parametr koagulologiczny podstawowy	Tak/Podać
1.	Analizator nie starszy niż wyprodukowany w 2010 r. po przeglądzie autoryzowanym serwisem producenta, gwarancja przez okres trwania kontraktu.	
2.	Wydajność analizatora 40-50 oznaczeń. na godz.	
3.	Praca metodą mikro, pojedyncze testy	
4.	Pamięć: min. 300 wyników badań	
5.	Kalibracja nie częściej niż raz na serię danego odczynnika	
6.	Materiały standardowe (<i>kalibratory</i>), osocza kontrolne: mianowane, pochodzenia ludzkiego, liofilizowane z możliwością zamrażania (<i>gwarancja producenta</i>)	
7.	Oznaczania PT, APTT, TT, Fibrynogenu i AT III w jednym biegu aparatu i czasie oznaczenia poniżej 10 minut, ilościowe oznaczanie D-Dimerów metodą immunologiczną	

8.	Fibrynogen metodą Clauss'a bez wstępnego rozcieńczania osocza, zakres pomiarowy przy pierwszym oznaczeniu od 50 do 950 mg/dl lub od 110 do 800 mg/dl	
9.	Tromboplastyna ludzka o ISI zbliżonym do 1,0 (+/- 0,1) pochodzenie łożyskowe	
10.	Flagowanie wyników patologicznych	
11.	Pracy bezpośrednio z probówek tj. bez konieczności przenoszenia osocza do kubeczków	
12.	Chłodzenie odczynników, monitoring zużycia odczynników	
13.	Automatyczne rozcieńczanie próbek, kalibratorów	
14.	Wprowadzenie własnej kontroli	
15.	Podgląd krzywych reakcyjnych	
16.	Automatyczne pobieranie i utylizacja kuwet	
17.	Identyfikacja próbek pacjentów przy pomocy czytnika barkodów	
18.	Współpraca z siecią informatyczną – dwukierunkowa komunikacja Szpitala (<i>Prometeusz</i>)	
19.	Automatyczne przysyłanie wyników oznaczeń do LSI (<i>Prometeusz</i>) (<i>bez wykonywania dodatkowych czynności związanych z wysyłaniem danych</i>). Koszt podłączenia do systemu po stronie Wykonawcy.	
20.	Wbudowana drukarka	
21.	Deklaracja zgodności CE, certyfikaty wymagane ustawą o wyrobach medycznych	
22.	Wykonawca nieodpłatnie przeszkoli wyznaczony personel Szpitala w zakresie obsługi, konserwacji, użytkowania aparatów, zakończone wystawieniem stosownych dokumentów	
23.	Czas reakcji serwisu do 48 godz. od zgłoszenia	
24.	Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej (na płytach CD/DVD/PenDrive) po 2 egz.	
Lp.	Parametry aparatu koagulologicznego <u>pomocniczego</u>	Tak/Podać
1.	Aparat manualny	
2.	Analizator nie starszy niż wyprodukowany w 2010 r. po przeglądzie autoryzowanym serwisem producenta, gwarancja przez okres trwania kontraktu.	
3.	Oznaczanie PT, APTT, Fibrynogenu	
4.	Odczynniki kompatybilne z aparatem podstawowym	
5.	Deklaracja zgodności CE, certyfikaty wymagane ustawą o wyrobach medycznych	
6.	Wykonawca nieodpłatnie przeszkoli wyznaczony personel Szpitala w zakresie obsługi, konserwacji, użytkowania aparatów, zakończone wystawieniem stosownych dokumentów	



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345
fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365

7	Czas reakcji serwisu do 48 godz. od zgłoszenia naprawa w siedzibie zamawiającego lub wymiana na inne sprawne urządzenie	
8	Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej (na płytach CD/DVD/PenDrive) po 2 egz.	

Pakiet nr 4 WYMAGANIA

Dla Aparatury do oznaczeń wykonywanych metodą aglutynacji krwinek czerwonych na mikrokolumnach w serologii immunotransfuzjologicznej oraz parametry jakościowo-techniczne dla odczynników i

Wirówka wraz UPS-em wewnętrznym (<i>opcjonalnie zewnętrznym</i>) zapewniającym pracę przez okres min. 30 min. w sytuacji awarii zasilania	szt. 1
Producent	
Typ	
Model	
Rok prod.	

Wirówka wraz UPS-em wewnętrznym (<i>opcjonalnie zewnętrznym</i>) zapewniającym pracę przez okres min. 30 min. w sytuacji awarii zasilania	szt. 1
Producent	
Typ	
Model	
Rok prod.	

Inkubator kompatybilny z wirówkami	szt. 1
Producent	
Typ	
Model	
Rok prod.	

L.p.	Przedmiot zamówienia	TAK/podać/opisać
1	Wykonanie wszystkich badań wymienionych w zapotrzebowaniu na odczynniki	
2	Badanie grupy krwi (anty-A, anty-B, anty- D cti/A1-B) mikrometodą kolumnową, I-sza seria. Mikrokarty wypełnione odczynnikami. Karta składająca się z 6 mikrokolumn	
3	Potwierdzenie grupy krwi dorosłych i noworodka ABO RhD(VI-) (anty-A, anty-B, anty-D) z innych klonów niż wymienione w pkt.2 i 4. Mikrokarty wypełnione odczynnikami	
4	Badanie grupy krwi noworodka na jednej karcie z BTA A-B-D-ctl-BTA, I-sza seria – karty wypełnione odczynnikami przez producenta.	

5	Badanie przeglądowe przeciwciał pośrednim testem antyglobulinowym na 3 krwinkach wzorcowych, włączając antygen Cw – zgodnie z obowiązującymi przepisami. Mikrokarty wypełnione surowicą antyglobulinową poliwalentną											
6	Metodyka eliminująca płukanie krwinek czerwonych – zawiesina krwinek czerwonych poniżej 1%											
7	Bezpośredni test antyglobulinowy na jednej karcie (IgG-IgA-IgM-C3c-C3d-ctl). Karty wypełnione odczynnikami przez producenta											
8	Odczynniki gotowe do użycia (krwinki wzorcowe zawieszone w odczynniku o niskiej sile jonowej – poniżej 1%), karty składające się z 6 mikrokolumn i wypełnione nieprzelewającym podłożem separującym. Surowice wzorcowe do oznaczeń antygenów grup krwi, do PTA i do BTA (różnicowanie przeciwciał) naniesione na kolumnienki przez producenta											
9	Dostawy odczynników transportem monitorowanym pod względem temperatury w czasie transportu (2-8 st. C), wydruki ze wskazaniami temperatury z wykonanych dostaw stanowią załączniki do oferty.											
10	Przechowywanie wszystkich mikrokart w temp. pokojowej (18-25 st. C)											
11	Międzynarodowa zewnętrzna kontrola jakości potwierdzonej certyfikatem w zakresie podstawowym – 4 x /rok											
12	Nakłuwacze do bezpiecznego pobierania krwi z drenów (pilotek)											
13	Termin ważności odczynników– min. 9 miesięcy od daty dostawy oraz Termin ważności dla krwinek wynosi min. 4 tygodni											
14	Wszystkie odczynniki (z wyjątkiem kontroli międzynarodowej i nakłuwaczy) oraz sprzęt muszą pochodzić od jednego producenta.											
15	Wirówka do mikrokart na 6 - 12 miejsc Stała prędkość i czas wirowania. Nowa lub używana (po przeglądzie serwisowym), z wyjmowanym rotorem dla ułatwienia dezynfekcji.	<table><tr><td>Wirówka</td><td>szt. 1</td></tr><tr><td>Producent</td><td></td></tr><tr><td>Typ</td><td></td></tr><tr><td>Model</td><td></td></tr><tr><td>Rok prod.</td><td></td></tr></table>	Wirówka	szt. 1	Producent		Typ		Model		Rok prod.	
Wirówka	szt. 1											
Producent												
Typ												
Model												
Rok prod.												
16	Nieelektroniczna (manulna) pipeta multidozująca dedykowana do oferowanego systemu – 1 szt. Nowa lub używana (po przeglądzie serwisowym)											
17	Inkubator z wbudowanym wyświetlaczem czasu pracy inkubatora i temperatury w inkubatorze ,zakończenie inkubacji sygnalizowane dźwiękowo											
18	Deklaracja zgodności CE, certyfikaty wymagane ustawą o wyrobach medycznych											
19	Wykonawca nieodpłatnie przeszkoli wyznaczony personel Szpitala w zakresie obsługi, konserwacji, użytkowania aparatów, zakończone wystawieniem stosownych dokumentów											
20	Wymagane jest dołączenie polskojęzycznej instrukcji obsługi aparatury i techniki wykonywanych badań w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej (na płytach CD/DVD/PenDrive) w 2 egz.											
21	Urządzenia zwalidowane na okres trwania umowy (w przypadku gdy termin walidacji upływa w trakcie obowiązywania umowy Wykonawca przeprowadzi na swój koszt walidację urządzeń zgodnie z obowiązującymi przepisami)											
22	Załączenie pozytywnej opinia IHiT w Warszawie o oferowanych testach mikrokolumnowych.											
23	Wymagana jest reakcja serwisu na zgłoszony problem do 24 godzin (naprawa w siedzibie zamawiającego lub wymiana na inne sprawne urządzenie)											



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345
fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365

Pakiet nr 5

WYMAGANIA TECHNICZNE

Aparat do parametrów krytycznych wraz z analizatorem pomocniczym.

Analizatory do parametrów krytycznych wraz UPS-em wewnętrznym (opcjonalnie zewnętrznym) zapewniającym pracę przez okres min. 30 min. w sytuacji awarii zasilania	szt. 2
Producent	
Typ	
Model	
Rok prod.	

LP	PARAMETRY WYMAGANE	Tak/Podać
1.	Analizatory nie starsze niż 2011 po pełnym przeglądzie serwisowym.	
2.	Automatyczne analizatory parametrów krytycznych, pracujący w systemie ciągłym, mierzący jednocześnie i z jednej próbki parametry: pH, pCO ₂ , pO ₂ , Na, K, Cl, Ca zjonizowany, Glu, Lac, tHb, SO ₂ , O ₂ Hb, COHb, MetHb, HHb, Hct, glukoza, mleczany	
3.	Parametry badane: pH, pCO ₂ , pO ₂ , Na, K, Cl, Ca zjonizowany, Glu, Lac, tHb, SO ₂ , O ₂ Hb, COHb, MetHb, HHb, Hct, glukoza, mleczany	
4.	Pobranie próbki z krwi pełnej tętniczej, żyłnej, włóścikowej bezpośrednio z kapilary lub strzykawki	
5.	Objętość próbki maksymalnie 150uL	
6.	Automatyczna pełna kalibracja jedno- i dwupunktowa bez użycia butli z gazem, wykonana w czasie zaprogramowanym przez użytkownika, wykonana bez jego udziału lub analizator wyposażony w Inteligentny System Zarządzania Jakością (iQM)*, wykonujący pełne kalibracje jedno i dwupunktowe bez użycia butli z gazem w sposób całkowicie automatyczny bez wiedzy i udziału Operatora, w którym nie ma potrzeby ani możliwości programowania czasu kalibracji <u>*Wykonawca dostarczy Zamawiającemu w wersji papierowej w języku polskim opis Inteligentnego System Zarządzania Jakością(iQM)</u> lub analizator *, wykonujący pełna kalibrację jedno i dwupunktowa bez użycia butli z gazem wykonana w czasie zaprogramowanym przez producenta aparatu, wykonana automatycznie bez udziału Operatora, <u>*Wykonawca dostarczy Zamawiającemu w wersji papierowej w języku polskim instrukcje</u>	
7.	Całkowity czas pomiaru max. 2 minut	
8.	Wbudowany, całkowicie automatyczny system kontroli jakości badań na trzech poziomach (acidosis, akalosis, norma) programowanie kontroli wg potrzeb użytkownika (częstotliwość). Prezentacja wyników w postaci wykresu Levey-Jenningsa lub Wykresu DELTA	
9.	Dostarczony materiał kontrolny umożliwiający przeprowadzenie kontroli jakości 3 razy w tygodniu na jednym poziomie, zamiennie na różnych poziomach	

10.	Oprogramowanie w języku polskim	
11.	Min. podwójny system (wewnętrzny i zewnętrzny) zapobiegający przedostaniu się skrzepu do toru pomiarowego 1500 kapilar z wyłapywaczami skrzepu, mieszadłami i magnesami.	
12.	Analizator w pełni automatyczny, niewymagający ze strony użytkownika żadnych procedur konserwacyjnych, np. odbiaćczania, przemywania itp.	
13.	Analizator posiadający: graficzny wykres trendów pacjenta z możliwością porównania z wynikami standardowymi lub zestawienia wyników poszczególnych pacjentów w postaci tabeli, pozwalającej na śledzenie trendów u danego pacjenta lub bez graficznego wykresu trendów pacjenta, ale z możliwością porównania z wynikami standardowymi na zasadzie wydruku wyniku z wartościami referencyjnymi i flagowaniem wyników będących poza zakresem	
14.	Analizator zaopatrzony w drukarkę z możliwością wydruków wyników, raportów kontroli jakości, uzupełnienia w dane pacjenta, dane demograficzne itp. podłączenia do komputera	
15.	Podłączenie czytnika kodów kreskowych	
16.	Zewnętrzny (opcjonalnie wewnętrzny) UPS podtrzymujący pracę analizatora – minimum wymagane to możliwość zakończenia aktualnie wykonywanego pomiaru oraz bezpiecznego wyłączenia analizatora	
17.	Czujniki pomiarowe stabilności – minimum 3 tygodnie od chwili zamontowania w analizatorze	
18.	Trwałość odczynników na pokładzie analizatora minimum 28 dni od chwili ich wstawienia.	
19.	Moduł odczynnikowy w zamkniętym pakiecie łącznie ze zbiornikiem na ścieki lub Pojemnik na ścieki zamknięty i zintegrowany z pojemnikiem na płyn płuczający.	
20.	Wpisanie szczegółowych danych demograficznych pacjenta, tj. PESEL, numer szpitalny, nazwisko	
21.	Analizator z oprogramowaniem i gniazdem do zgrywania wyników i danych na pendrive.	
22.	Czas reakcji serwisu do 48 godz. od zgłoszenia naprawa w siedzibie zamawiającego lub wymiana na inne sprawne urządzenie	
23.	Wykonawca nieodpłatnie przeszkoli wyznaczony personel Szpitala w zakresie obsługi, konserwacji, użytkowania aparatów, zakończone wystawieniem stosownych dokumentów.	
24.	Urządzenie kompletne, gotowe do użytkowania z pakietem startowym	
25.	Deklaracja zgodności CE, certyfikaty wymagane ustawą o wyrobach medycznych	
26.	Wykonawca w ramach wynagrodzenia z umowy zapewni udział w zewnątrz laboratoryjnej kontroli międzynarodowej. Pełen koszt kontroli ponosi Wykonawca.	
27.	Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej (na płytach CD/DVD/PenDrive) po 2 egz.	
28.	PenDriv min. 4 egz. do przenoszenia danych o pojemn. min. 4 G	

..... dnia.:

.....
(podpis osoby)

[illegible]

7	Zestaw 3 krwinek	Według wskazań producenta								
8	Bezpośredni test antyglobulinowy	12								
Razem								X		

Tabela nr 2 Kontrole, kalibratory, materiały zużywalne

Tab. 2. Kalibratory, kontrole i materiały zużywalne potrzebne do wykonania 9620 oznaczeń koagulologicznych

Lp.	Nazwa produktu	Wielkość opakowania	Nr katalogowy	Ilość ozn. z 1 op.	Ilość op.	Cena 1 op netto PLN	Wartość netto PLN (6 x 7)	Stawka Vat	Wartość VAT	Wartość brutto PLN
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.	Zew. międzynarodowe kontrole jakości 4 razy w okresie trwania umowy									
2	Końcówki do pipet									
3	Nakłuwacze typu UniSafe									
Razem								X		

Tabela nr 3. Czynsz dzierżawny

Przedmiot dzierżawy	Czasookres	Cena jedn. za miesiąc netto	Wartość netto PLN	Stawka Vat	Wartość VAT	Wartość brutto PLN
Dzierżawa wirówka 1	12					
Dzierżawa wirówka 2	12					
Dzierżawa inkubator	12					
Razem				X		

	do weryfikacji słabych odmian antygeny D na 100 oznaczeń)										
5	Badanie przeglądowe	2304									
6	Odczynniki LISS	Według wskazań producenta									
7	Zestaw 3 krwinek	Według wskazań producenta									
8	Bezpośredni test antyglobulinowy	12									
Razem									X		

Tabela nr 2 Kontrole, kalibratory, materiały zużywalne

Tab. 2. Kalibratory, kontrole i materiały zużywalne potrzebne do wykonania 9620 oznaczeń koagulologicznych

Lp.	Nazwa produktu	Wielkość opakowania	Nr katalogowy	Ilość ozn. z 1 op.	Ilość op.	Cena 1 op netto PLN	Wartość netto PLN (6 x 7)	Stawka Vat	Wartość VAT	Wartość brutto PLN
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.	Zew. międzynarodowe kontrole jakości 4 razy w okresie trwania umowy									
2	Końcówki do pipet									
3	Nakłuwacze typu UniSafe									
Razem								X		

Tabela nr 3. Czynsz dzierżawny

Przedmiot dzierżawy	Czasookres	Cena jedn. za miesiąc netto	Wartość netto PLN	Stawka Vat	Wartość VAT	Wartość brutto PLN
Dzierżawa wirówka 1	12					



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345
fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365

Dzierżawa wirówka 2	12					
Dzierżawa inkubator	12					
Razem				X		

CENA NETTO (tab. nr 1 + tab. nr 2 + tab. nr 3)	 złotych (słownie:zł)
VAT.....%	 złotych (słownie:zł)
CENA BRUTTO	 złotych (słownie:zł)

(...)

Pozostałe zapisy SIWZ nie ulegają zmianie.

Prezes Zarządu
Szpitala Miejskiego im. Jan Garduły
w Świnoujściu sp. z o. o.
oryginał podpisu w dokumentacji postępowania
Dorota Konkolewska

