



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
63-700 Krotoszyn, ul. Młyńska 2
tel. (062) 588 03 90 fax. (062) 588 04 02
Nr KRS 000 000 2750
NIP: 621-15-36-551 REGON 0003110226
e-mail: spzoz@krotoszyn.pl
internet: <http://www.spzoz.krotoszyn.pl/>

Misja zakładu:

„Otwarci na zmiany, szanując tradycję, zapewniamy wysoką jakość opieki medycznej i wrażliwość na problemy naszych pacjentów”

ZMIANA SPECYFIKACJI ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA

Dotyczy: Dostawa odczynników, materiałów kontrolnych i zużywalnych do analizatora Gem Premier 3000 oraz dostawa odczynników, materiałów kontrolnych i zużywalnych wraz z dzierżawą 2 aparatów do gazometrii dla SPZOZ Krotoszyn RZP-V/1/12/16

Zamawiający na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy prawo zamówień publicznych zmienia siwz.

PAKIET NR 2 załącznik nr 5

.....
(pieczęć wykonawcy)

Załącznik nr 5

**ODDZIAŁOWY ANALIZATOR PARAMETRÓW KRYTYCZNYCH
– PAKIET NR 2**

PARAMETRY GRANICZNE

2 APARATÓW DO GAZOMETRII

Producent/firma -

Urządzenie typ -

Wersja konstrukcyjna z roku -

Lp.	Wymagane parametry techniczne analizatorów	TAK/NIE
1	Dwa analizatory o tej samej wydajności, pochodzące od jednego producenta pracujące na tych samych odczynnikach. (pierwszy aparat nowy rok produkcji 2016, drugi aparat backup nie starszy niż 2013 r.)	
2	Analizator kasetowy, mały, przenośny.	
3	System pracujący w oparciu o minimum 2 materiały zużywalne.	
4	System kaset dający możliwość doboru w zależności od natężenia wykonywanych oznaczeń . Maksymalna ilość oznaczeń z jednej kasety – 600 Minimalna ilość oznaczeń z jednej kasety – 300	
5	Parametry oznaczane przy użyciu analizatora: pH, pCO ₂ , pO ₂ , Na ⁺ , K ⁺ , Cl ⁻ , Ca ²⁺ , glukoza, mleczany, bilirubina, tHb, O ₂ Hb, HHb,	



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
 63-700 Krotoszyn, ul. Młyńska 2
 tel. (062) 588 03 90 fax. (062) 588 04 02
 Nr KRS 000 000 2750
 NIP: 621-15-36-551 REGON 0003110226
 e-mail: spzoz@krotoszyn.pl
 internet: <http://www.spzoz.krotoszyn.pl/>

Misja zakładu:

„Otwarci na zmiany, szanując tradycję, zapewniamy wysoką jakość opieki medycznej i wrażliwość na problemy naszych pacjentów”

	COHb, MetHb, HCT	
6	Termin trwałości kaset i odczytników nie krótsza niż 4 miesiące	
7	Możliwość archiwizacji wyników i ich odtwarzania	
8	Możliwość monitorowania poziomu odczytników lub monitorowania ilości oznaczeń pozostałych do wykonania z kasyety	
9	Pomiar wszystkich parametrów w jednym torze pomiarowym z jedną elektrodą referencyjną	
10	Zasilanie akumulatorowe lub UPS podtrzymujące zasilanie dostarczone wraz z aparatem	
11	Czas uzyskania wyniku – maksymalnie 2 min.	
12	Możliwość pomiaru parametrów w następujących typach próbek: krew tętniczka, krew tętnicza, krew żylna, dializat	
13	Maksymalna objętość próbki dla wszystkich oznaczanych parametrów – 125ul zarówno ze strzykawki jak i z kapilary	
14	Możliwość wprowadzenia temperatury pacjenta	
15	Możliwość wprowadzenia wielkości prężności tlenu w mieszaninie oddechowej	
16	Automatyczny system kontroli jakości (moduł automatycznej kontroli).	
17	Kontrola prowadzona automatycznie, codziennie 1 raz dla każdego z 3 poziomów materiału kontrolnego	
18	Kalibratory płynne, brak kalibracji powietrzem atmosferycznym	
19	Oprogramowanie i menu aparatu w języku polskim	
20	Instrukcja obsługi analizatora w języku polskim	
21	Trwałość odczytników po zainstalowaniu w aparacie min. 30 dni	
22	Oprogramowanie analizatora wyposażone w bazę wyników pacjentów, wyników kalibracji oraz wyników kontroli	
23	Wbudowana drukarka i skaner	
24	Aktualny dokument dopuszczający do obrotu tj. atest, świadectwo, certyfikat CE wydany przez jednostkę notyfikowaną, deklaracja zgodności i wpis lub zgłoszenie do Rejestru medycznego oznaczonego znakiem zgodności CE (<i>do przedstawienia na żądanie zamawiającego</i>).	
25	Dwukrotne bezpłatne szkolenie pracowników w obsłudze aparatu i interpretacji wyników.	
26	Firma zapewni bezpłatny serwis producenta-bez podwykonawców na czas trwania umowy. W zakres obsługi wchodzi: dojazd, robocizna inżyniera serwisowego dotycząca interwencji, oraz przeglądów okresowych, wymiana części zamiennych, oraz wszystkich akcesoriów. Czas trwania reakcji max.24 h.	

Uwaga:

Warunki opisane w kolumnie „Parametry graniczne” stanowią minimum, które sprzęt oferowany przez Wykonawcę musi spełnić. Nie wypełnienie rubryki „TAK/NIE” będzie traktowane jako niespełnienie wymagań Zamawiającego.

Oferty, które nie spełnią ww. wymagań zostaną odrzucone jako niezgodne ze Specyfikacją istotnych warunków zamówienia



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
63-700 Krotoszyn, ul. Młyńska 2
tel. (062) 588 03 90 fax. (062) 588 04 02
Nr KRS 000 000 2750
NIP: 621-15-36-551 REGON 0003110226
e-mail: spzoz@krotoszyn.pl
internet: <http://www.spzoz.krotoszyn.pl/>

Misja zakładu:

„Otwarcia na zmiany, szanując tradycję, zapewniamy wysoką jakość opieki medycznej i wrażliwość na problemy naszych pacjentów”

**ODDZIAŁOWY ANALIZATOR PARAMETRÓW KRYTYCZNYCH
– PAKIET NR 2**

OCENA PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

Lp.	Oceniane parametry techniczne analizatorów	PUNKTACJA	Spełnianie parametru przez oferowany analizator TAK/NIE
1	Możliwość ponownego zainstalowania kaset w analizatorze lub przeniesienia ich do aparatu back up. bez utraty pozostałych w kasetach testów.	TAK – 50 pkt NIE – 0 pkt	
2	Oddzielna kasetka sensorowa z opcją wypłukiwania skrzepu.	TAK – 30 pkt NIE – 0 pkt	
3	Instalacja kasetki w aparacie całkowicie automatyczna, bez konieczności walidacji ręcznie podawanymi roztworami kontrolnymi/walidacyjnymi.	TAK – 10 pkt NIE – 0 pkt	
4	Łączny czas wymaganych kalibracji – maksymalnie 60 minut/dobę	TAK – 10 pkt NIE – 0 pkt	

Uwaga:

W kryterium „Parametry techniczne” można uzyskać maksymalnie 100 ppkt. Otrzymana liczba podpunktów zostanie postawiona i wyliczona według wzoru podanego w Specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęćka i podpis osoby upoważ.

do reprezentowania

Wykonawcy)

Formularz cenowy – pakiet nr 2

Poprawiony formularz stanowi załącznik do niniejszego pisma.



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
63-700 Krotoszyn, ul. Młyńska 2
tel. (062) 588 03 90 fax. (062) 588 04 02
Nr KRS 000 000 2750
NIP: 621-15-36-551 REGON 0003110226
e-mail: spzoz@krotoszyn.pl
internet: <http://www.spzoz.krotoszyn.pl/>

Misja zakładu:

„Otwarci na zmiany, szanując tradycję, zapewniamy wysoką jakość opieki medycznej i wrażliwość na problemy naszych pacjentów”

Wszelkie zmiany SIWZ stanowią integralną część SIWZ, należy je uwzględnić i zaznaczyć przy sporządzaniu oferty.

Z poważaniem


DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie
mgr inż. Krzysztof Kurowski

Krotoszyn, dnia 04.04.2016 r.