**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Pakiet 2.**

**Dostawa odczynników do diagnostyki parazytologicznej wraz z dzierżawą aparatu do oceny larw i jaj pasożytów, pierwotniaków, cyst i oocytów.**

**Tab. 1. Wykaz asortymentu przewidzianego do przetargu na okres 36 miesięcy w Pakiecie 2.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj asortymentu** | **Przewidywana liczba badań i innego asortymentu na okres 36 miesięcy** |
| 1. 1
 | Przewidywana ilość badań | **4000 badań** |
| 1. 2
 | Odczynniki niezbędne do wykonania badań z zakresu parazytologii | według zaleceń Wykonawcy |
| 1. 3
 | Kalibratory  | według zaleceń Wykonawcy |
| 1. 4
 | **Kontrola wewnątrz-laboratoryjna**  | według zaleceń Wykonawcy |
| 1. 5
 | **Kontrola zewnątrz-laboratoryjna,**  | Minimum cztery razy do roku – z opisem ocenianych przypadków (opis i ocena w języku polskim. Kontrola musi obejmować ocenę minimum trzech próbek kału zawieszonego w formalinie mi zawierającego pasożyty przewodu pokarmowego. |
| 1. 6
 | Dzierżawa aparatu do oceny larw i jaj pasożytów, pierwotniaków, cyst i oocytów. | 1 sztuka  |
| 1. 7
 | Inne materiały zużywalne niezbędne do eksploatacji aparatu  | Według zaleceń Wykonawcy |

Pakiet 2

**Wymogi graniczne dla:**

* **odczynników**
* **analizatora do oznaczania dojrzałych larw i jaj pasożytów oraz pierwotniaków, cyst i oocytów w kale**
* **serwisowania analizatora**

Wymagany jest OPIS lub odpowiedź TAK dla każdego z podanych warunków granicznych Zamawiającego. Brak OPISU lub zapis NIE w kolumnie OPIS/TAK będzie traktowany jako niespełnianie danego wymogu w oferowanej konfiguracji urządzenia lub brak możliwości spełnienia warunków granicznych.

W przypadku wartości określonej przez Zamawiającego z użyciem słów np.: min., max., nie mniej, nie więcej, itp. należy podać wartość oferowaną przez Wykonawcę.

**Wymogi podane w rubryce "Warunki graniczne….." stanowią minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

1. **Warunki graniczne dla analizatora do automatycznej analizy, dojrzałych larw i jaj pasożytów oraz pierwotniaków, cyst i oocytów.**

**Tab. 1**

| **Lp.** | **Warunki graniczne dla analizatora do automatycznej analizy, dojrzałych larw i jaj pasożytów oraz pierwotniaków, cyst i oocytów** | **Tak/Opis** |
| --- | --- | --- |
| 1. 1
 | Dopuszcza się do przetargu analizator wyprodukowany nie wcześniej niż w 2015 r. |  |
| 1. 2
 | Nazwa analizatora, producent, rok produkcjiPodać nazwę analizatora – producent, rok produkcjiNazwa analizatora…………………………………………….……Producent…………………………………………………………...Rok produkcji………………………………………………………Fabrycznie nowy…………………………………………………..Używany ………………………………………………………….. Wartość netto……………………………………………………….Wartość brutto……………………………………………………… |  |
| 1. 3
 | Oświadczenie, że zaproponowany analizator spełnia wymogi ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 2017 poz. 211 z późn. zm.).**Na wezwanie Zamawiającego najkorzystniejsza oferta.** |  |
|  | W przypadku, gdy analizator nie jest fabrycznie nowy wymagane jest, aby **Wykonawca dostarczył w dniu instalacji sprzętu aktualny przegląd techniczny potwierdzający, że urządzenie jest sprawne technicznie i dopuszczone do pracy.**  |  |
| 1. 4
 | System pomiarowy całkowicie zamknięty, kompatybilny z probówkami separującymi, zawierającymi odczynniki do oznaczania pasożytów. |  |
| 1. 5
 | Możliwość oceny preparatów barwionych i bez barwnika. |  |
| 1. 6
 | Funkcja mycia automatycznego analizatora. |  |
| 1. 7
 | Opis techniczny oferowanego sprzętu, ze szczególnym uwzględnieniem wymogów granicznych.  |  |
| 1. 8
 | Instrukcja obsługi w języku polskim dostarczone wraz z analizatorem w dniu instalacji. **Dostarczyć w dniu instalacji analizatora.** |  |

1. Wymogi graniczne dla odczynników do oznaczania kału w kierunku oznaczania pasożytów.

**Tab. 2.**

| **Lp.** | **Wymogi graniczne dla odczynników do oznaczania pasożytów** | **Tak/Opis** |
| --- | --- | --- |
|  | Odczynniki gotowe do użytku, przeznaczone do barwienia i konserwacji dojrzałych larw i jaj pasożytów oraz pierwotniaków, cyst i oocytów |  |
|  | Wymagane są do barwienia, konserwacji i sedymentacji, kału.  |  |
|  | Probówki separujące kompatybilne z analizatorem, szczelne i bezpieczne w użyciu |  |
|  | Instrukcje odczynnikowe muszą być w języku polskim.**Instrukcje muszą być dostarczone na wezwanie najkorzystniejsza oferta. Drugi komplet należy dostarczyć po podpisaniu umowy.**  |  |
|  | Karty charakterystyki odczynników i odczynników niebezpiecznych muszą być w języku polskim.**Dostarczyć w dniu instalacji analizatora.** |  |
|  | Wymagany jest wykaz odczynników i odczynników niebezpiecznych. **Na wezwanie Zamawiającego najkorzystniejsza oferta.**  |  |
|  | Wykonawca musi powiadomić Zamawiającego, o każdej aktualizacji kart charakteryzacji odczynników i kart charakterystyki odczynników niebezpiecznych niezwłocznie, nie później niż 7 dni roboczych od zmiany. |  |

1. Wymogi graniczne dla serwisowania analizatora

**Tab. 3.**

| **Lp** | **Wymogi graniczne dla serwisowania** | **Tak/Opis** |
| --- | --- | --- |
| 1. | Aparat w okresie dzierżawy serwisowany bezpłatnie |  |
| 2. | Przeglądy serwisowe zgodne z wymogiem aparatu na koszt Wykonawcy, podać harmonogram przeglądów.**Harmonogram dostarczyć w dniu instalacji.** |  |
| 3. | Czas reakcji serwisu na uszkodzenie aparatu do 48 h od momentu zgłoszenia awarii do serwisu, naprawa do 72 godzin od momentu zgłoszenia awarii do serwisu, wymiana aparatu na zastępczy do 14 dni roboczych od momentu zgłoszenia awarii do serwisu. Jeśli zachodzi konieczność wymiany aparatu na właściwy zgodny z wymogami granicznymi, Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć aparat w terminie do 4 tygodni. |  |
| 4. | Wymiana aparatu na zastępczy w ciągu kolejnych 5 roboczych, w przypadku braku możliwości naprawy. |  |
| 5. | Podać adres serwisu nr telefonu i nazwisko osoby odpowiedzialnej za serwisowanie sprzętu |  |

1. Wymogi graniczne dla dostawy odczynników.

###### Tab. 4.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp** | **Warunki graniczne dla dostaw odczynników** | **Tak/Opis** |
| 1. | Termin realizacji zamówienia do 7 dni od daty wpłynięcia zamówienia złożonego pisemnie, lub e-mailem |  |
| 2. | Możliwość zamówienia odczynników na CITO, telefonicznie potwierdzonego dokumentem przesłanym e-mail z terminem realizacji zamówienia do 48 godzin od momentu złożenia zamówienia |  |
| 3. | Termin ważności odczynników min. 6 miesięcy od daty dostarczenia do Zamawiającego |  |

1. Wymogi dla dostawy sprzętu.

**Tab. 5.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymogi graniczne dla dostawy sprzętu** | **Tak/Opis** |
|  | Sprzęt techniczny musi być dostarczony do 4 tygodni od podpisania umowy |  |
|  | Szkolenie musi być przeprowadzone do 4 tygodni od podpisaniu umowy |  |

1. Zestawienie kosztów

**Tab. 6.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment (podać nazwę asortymentu)** | **Nr katalogowy** | **Ilość op./szt.** | **cena jedn.****netto** | **VAT****(%)** | **cena jedn. brutto** | **Wartość****netto** | **Wartość****brutto** |
| 1 | Odczynniki (wymienić wszystkie niezbędne odczynniki, kalibratory) |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Wyszczególnić materiały zużywalne |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Dzierżawa analizatora  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Kontrola zewnątrz-laboratoryjna 36 m-cy. Minimum cztery razy do roku – z opisem ocenianych przypadków (opis i ocena w języku polskim. Kontrola musi obejmować ocenę minimum trzech próbek kału zawieszonego w formalinie mi zawierającego pasożyty przewodu pokarmowego. |  |  |  |  |  |  |  |
|  **RAZEM** |  |  |

**Uwaga!**

* Jeśli ilość przewidywanego asortymentu jest w opakowaniach zbiorczych, to należy podać zawartość opakowania. (np. opakowanie zawiera 150 szt. pasków).
* Jeśli wykonawca przewiduje inny asortyment niż wyszczególniony w Tab. 6., należy **to szczegółowo** opisać.
* W przypadku zaniżenia ilości lub nie wskazania zamawiającemu asortymentu potrzebnego do prawidłowego funkcjonowania przedmiotu zamówienia, biorąc pod uwagę ilość i zakres badań wskazanych w Opisie przedmiotu zamówienia oraz termin ważności odczynników i innych materiałów dostarczanych przez Wykonawcę (nie ujętego w powyższej tabeli), to w trakcie jego eksploatacji sam poniesie koszty ich wymiany oraz dostarczenia.
1. Parametry oceniane

**Tab. 7.**

| **Lp.** | **Kryteria oceny ofert**  | **Maksymalna liczba punktów do uzyskania w danym kryterium**  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Termin płatności liczony od daty wystawienia faktury:50 dni – 0 pkt 55 dni – 20 pkt 60 dni – 40 pkt | 40 |
| 2. | Cena oferty brutto | 60 |
| Maksymalna liczba punktów do uzyskania w ramach Pakietu 2  | 100 |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis i pieczęć upoważnionego Przedstawiciela

#### Pakiet 3.

* Dostawa testów immunochromatograficznych, jakościowych do wykrywania krwi utajonej w kale wraz z materiałem kontrolnym dedykowanym do tych testów.
* Dostawa testów immunochromatograficznych, jakościowych do wykrywania narkotyków w moczu wraz z materiałem kontrolnym dedykowanym do tych testów.
* Dzierżawa czytnika testów immunochromatograficznych dla krwi utajonej i narkotyków, wraz z serwisowaniem.

**Tab. 1. Wykaz asortymentu przewidzianego do przetargu na okres 36 m-cy w Pakiecie 3.**

| **Lp.** | **Rodzaj asortymentu** | **Przewidywana ilość na okres** **36 m-cy**  |
| --- | --- | --- |
|  | **Krew utajona w kale**  | 3000 badań |
|  | Kontrola dodatnia na krew utajoną | 10 ml |
|  | Kontrola ujemna na krew utajoną | 10 ml |
|  | Kontrola zewnątrz-laboratoryjna - badanie jakościowe. Materiał do badania – wymagane są minimum dwie próbki kału zawierające hemoglobinę ludzką.Opracowanie kontroli w języku polskim | Minimum 4 razy do roku |
|  | Testy kasetowe 10 parametrowe do wykrywania narkoty­ków AMP, BZD, MDMA MOR, THC, BAR, COC, MET, TCA, MTD | 2100 szt. |
|  | Testy paskowe do wykrywania amfetaminy | 250 szt. |
|  | Testy paskowe do wykrywania metadonu | 500 szt. |
|  | Testy paskowe do wykrywania metamfetaminy | 250 szt. |
|  | Testy paskowe do wykrywania kanaboidów | 200 szt. |
|  | Testy paskowe do wykrywania benzodiazepin | 100 szt. |
|  | Testy paskowe do wykrywania AMP, BZD, MDMA MOR, THC, BAR, COC, MET, TCA, MTD. | 250 szt. |
|  | Testy do wykrywania zafałszowanego moczu | 1000 szt. |
|  | Kontrola negatywna do narkotyków | 45 ml |
|  | Kontrola dodatnia do narkotyków cut off +50% | 40 ml |
|  | Kontrola dodatnia do narkotyków 2 razy cut off | 45 ml |
|  | Kontrola zewnątrz-laboratoryjna - badanie jakościowe narkotyków w moczu. **Materiał do badania** – wymagane są minimum dwie próbki moczu ludzkiego zawierające amfetaminę, bezodiazepinę, kokainę (i jej metabolity), trójcykliczne antydepresanty, metadon, opiaty MDMA i MDA morfinę, barbiturany.Wyniki testów muszą być potwierdzone w laboratorium eksperta. Opracowanie kontroli w języku polskim | Minimum 3 razy do roku |
|  | Dzierżawa czytnika | 36 m-cy |

**Pakiet 3.**

**Wymogi graniczne dla:**

1. Dostawy testów immunochromatograficznych, jakościowych – kasetowych do wykrywania narkotyków w moczu wraz z materiałem kontrolnym dedykowanym do tych testów.
2. Dostawy testów immunochromatograficznych, jakościowych do wykrywania krwi utajonej wraz z materiałem kontrolnym dedykowanym do tych testów.
3. Dzierżawy czytnika testów immunochromatograficznych wraz z serwisowaniem.

Wymagany jest OPIS lub odpowiedź TAK dla każdego z podanych warunków granicznych Zamawiającego. Brak OPISU lub zapis NIE w kolumnie OPIS/TAK będzie traktowany jako niespełnianie danego wymogu w oferowanej konfiguracji urządzenia lub brak możliwości spełnienia warunków granicznych.

W przypadku wartości określonej przez Zamawiającego z użyciem słów np.: min., max., nie mniej, nie więcej, itp. należy podać wartość oferowaną przez Wykonawcę.

**Wymogi podane w rubryce "Wymogi graniczne….." stanowią minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

1. **Wymogi graniczne dla testów immunochromatograficznych kasetowych, jakościowych do wykrywania krwi utajonej wraz z materiałem kontrolnym dedykowanym do tych testów.**

**Tab. 1.**

| **L. p.** | Wymogi graniczne dla testów i materiałów kontrolnych | **Tak / opis** |
| --- | --- | --- |
|  | Test kasetowy, immunochromatograficzny – bez diety, musi wykrywać hemoglobinę ludzką w stężeniu powyżej 2 ug/g w kale do 25 mg /g bez efektu Hook’a. |  |
|  | Test musi być specyficzny dla hemoglobiny ludzkiej i nie może wyka­zywać reakcji krzyżowych z hemoglobiną zwierzęcą do stężenia 1 mg/ml. |  |
|  | Test musi być specyficzny dla hemoglobiny ludzkiej i nie może wchodzić w reakcje krzyżowe z bilirubiną , witaminą C, kwasem szczawiowym, kwasem moczowym, kwasem acetylosalicylowym, mocznikiem, glukozą, kofeiną i albuminą.  |  |
|  | Testy muszą zawierać pisemną instrukcję pobierania kału, aplikator kału, które są przeznaczone dla pacjenta. |  |
|  | Testy muszą być dostosowane do odczytu na oferowanym czytniku. |  |
|  | Do testów muszą być dedykowane materiały kontrolne poniżej i powy­żej wartości odcięcia to jest ujemne i dodatnie. |  |
|  | Wszystkie testy i materiały kontrolne muszą posiadać deklarację zgodności i Certyfikat CE, zgodnie z Ustawą z dnia 20 maja 2010 r o wyrobach medycznych i RMZ z dnia 2011 r w sprawie wymagań zasadniczych oraz procedur oceny zgodności wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro.**Deklaracja zgodności i Certyfikat CE na wezwanie Zamawiającego najkorzystniejsza oferta.** |  |
|  | Instrukcje odczynnikowe muszą być w języku polskim.**Na wezwanie najkorzystniejsza oferta. Drugi komplet po podpisaniu umowy.**   |  |
|  | Karty charakterystyki odczynników i odczynników niebezpiecznych muszą być w języku polskim.**Dostarczyć w dniu instalacji czytnika testów.** |  |
|  | Wymagany jest wykaz odczynników i odczynników niebezpiecznych. **Na wezwanie Zamawiającego najkorzystniejsza oferta.**  |  |
|  | Wykonawca musi powiadomić Zamawiającego, o każdej aktualizacji kart charakteryzacji odczynników i kart charakterystyki odczynników niebezpiecznych niezwłocznie, nie później niż 7 dni roboczych od dnia zmiany. |  |
|  | Testy i materiały kontrolne muszą posiadać minimalny termin ważności 6 miesięcy. |  |

1. **Wymogi graniczne dla dostawy odczynników**

**Tab. 2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | Warunki graniczne dla dostaw odczynników | **Tak****(wypełnić)** |
| 1. | Termin realizacji zamówienia do 7 dni od daty wpłynięcia zamówienia złożonego pisemnie lub e-mailem. |  |
| 2. | Możliwość zamówienia odczynników na CITO, potwierdzonego dokumentem przesłanym e-mailem z terminem realizacji zamówienia do 48 godzin od momentu zgłoszenia. |  |
| 3. | Zamówiona ilość testów musi być jednej serii. |  |
| 4. | Termin ważności odczynników min. 6 miesięcy od daty dostarczenia do Zamawiającego. |  |

1. **Wymogi graniczne dla testów do oznaczania narkotyków, materiału kontrolnego i materiału weryfikacyjnego.**

**Tab. 3.**

| **Lp.** | **Wymogi graniczne dla oznaczania narkotyków, materiału kontrolnego i materiału weryfikacyjnego** | **Tak/Opis** |
| --- | --- | --- |
|  | Wszystkie testy – w tym:kasetowe, paskowe, jedno i wieloparametrowe muszą wykrywać narkotyki i ich metabolity, których wartość cut off ng / ml dla poszczególnych parametrów badanych wynosi nie więcej niż**:*** AMP / amphetamina – 1000
* BAR / barbiturany - 300
* BZD / benzodiazepiny - 300
* COC / kokaina - 600
* MDMA ekstaza - 500
* MET / metamphetamina - 1000
* MOR morfina - 2000
* MTD / metadon - 300
* TCA / trójcykliczneantydepresanty - 1000
* THC / marihuana - 500
 |  |
| 1. 2
 | W przypadku testów kasetowych muszą one być przeznaczone do wykrycia w jednej kasecie minimum 10 parametrów badanych określonych jako graniczne i nie mogą posiadać więcej niż cztery pola reakcyjne, pozwalające na wykrycie od 1 do kilku narkotyków w polu. |  |
| 1. 3
 | Wieloparametrowe paski kasetowe muszą wykrywać jednocześnie AMP, BAR, BZD, COC, MDMA, MET, MOR, MTD, TCA, THC. |  |
| 1. 4
 | Do oferowanych testów muszą być dedykowane materiały kontrolne poniżej cut off oraz cut off razy 2, które kontrolują wszystkie substancje określone jako graniczne. |  |
| 1. 5
 | Wymagany jest materiał kontrolny cut off +50% dla min 9 parametrów badanych. |  |
| 1. 6
 | Do oferowanych testów muszą być dedykowane paski do sprawdzenia czy próbka moczu jest rozcieńczona lub zafałszowana w zakresie,kreatyniny, pH, ciężaru właściwego, azotynów, aldehydu gluta­rynowego, środków wybielających i pirydyny. |  |
| 1. 7
 | Wszystkie testy i materiały kontrolne muszą posiadać Deklaracje zgodności i Certyfikat CE.**Deklaracje zgodności i Certyfikat CE** **na wezwanie zamawiającego najkorzystniejsza oferta.**  |  |
| 1. 8
 | Instrukcje odczynnikowe muszą być w języku polskim.**Do oferty. Drugi komplet po podpisaniu umowy.**  |  |
| 1. 9
 | Karty charakterystyki odczynników i odczynników niebezpiecznych muszą być w języku polskim.**Dostarczyć w dniu instalacji analizatora.** |  |
|  | Wymagany jest wykaz odczynników i odczynników niebezpiecznych. **Na wezwanie Zamawiającego najkorzystniejsza oferta.**  |  |
| 1. 10
 | Wykonawca musi powiadomić Zamawiającego, o każdej aktualizacji kart charakteryzacji odczynników i kart charakterystyki odczynników niebezpiecznych niezwłocznie nie później niż 7 dni roboczych od dnia zmiany. |  |
| 1. 11
 | Testy i materiały kontrolne muszą posiadać minimalny termin ważności 6 miesięcy. |  |

4. Wymogi graniczne dla dostawy odczynników.

**Tab. 4.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p** | Warunki graniczne dla dostaw odczynników | **Tak/nie** |
| 1 | Termin realizacji zamówienia do 7 dni od daty wpłynięcia zamówienia złożonego pisemnie lub e-mailem |  |
| 2 | Możliwość zamówienia odczynników na CITO, telefonicznie potwierdzonego dokumentem przesłanym e-mailem z terminem realizacji zamówienia do 48 godzin od momentu zgłoszenia |  |
| 3 | Zamówiona ilość testów musi być jednej serii. |  |
| 4 | Termin ważności odczynników min. 6 miesięcy od daty dostarczenia do Zamawiającego |  |

1. **Wymogi graniczne dla czytnika testów immunochromatograficznych – kasetowych.**

**Tab. 5.**

| **L. p** | **Wymogi graniczne dla czytnika testów** | **TAK/OPIS** |
| --- | --- | --- |
|  | Czytnik kaset do testów immunochromatograficznych – kasetowych musi być kompatybilny z oferowanymi testami kasetowymi immunochromagraficznymi do oznaczania narkotyków i testów na krew utajoną. |  |
|  | Dopuszcza się do przetargu czytnik wyprodukowany nie wcześniej niż w 2015 r. |  |
|  | Nazwa czytnika do odczytu testów kasetowych, producent, rok produkcji.Nazwa czytnika………………………………………………………Producent…………………………………………………………….Rok produkcji……………………………………………………….**Fabrycznie nowy …………………………………………………….****Używany ……………………………………………………………..** Wartość netto………………………………………………………. Wartość brutto………………………………………………………. |  |
|  | Jeśli oferowany czytnik nie jest fabrycznie nowy, do oferty przetargowej musi być dostarczony aktualny przegląd techniczny czytnika potwierdzający, że urządzenie jest sprawne technicznie i dopuszczone do pracy. **Dostarczyć w dniu instalacji czytnika.** |  |
|  | JEŻELI DOTYCZY - Oświadczenie, że zaproponowany czytnik spełnia wymogi ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 211 z późn. zm.)**Oświadczenie należy złożyć na wezwanie Zamawiającego- najkorzystniejsza oferta - JEŻELI DOTYCZY.**  |  |
|  | Czytnik musi być kompatybilny z komputerem Pentium Dual-Core 5800 3,2 GHz dysk twardy HDD 5000GB, system operacyjny Win­dows XP i drukarką OKI B440 dn. |  |
|  | Bezpłatna instalacja oprogramowania dla czytnika na komputerze Zleceniodawcy aktualna przez czas trwania umowy. |  |
|  | Opis techniczny oferowanego sprzętu, ze szczególnym uwzględnieniem wymogów granicznych.  |  |
|  | Instrukcja obsługi czytnika w języku polskim.**Dostarczyć w dniu instalacji czytnika.** |  |

1. **Wymogi graniczne dla serwisowania czytnika testów**

**Tab. 6.**

| **L. p** | **Wymogi graniczne dla serwisowania** | **TAK/OPIS** |
| --- | --- | --- |
| 1 | Czytnik w okresie dzierżawy – użyczenia, serwisowany bezpłatnie wraz ze wsparciem technicznym do 24 h od zgłoszenia usterki. |  |
| 2 | Przeglądy serwisowe zgodne z wymogiem producenta na koszt Wykonawcy. Odpowiedzialność za terminowość wykonania przeglądu ponosi Wykonawca.  |  |
| 3 | **Harmonogram przeglądów serwisowych musi być dostarczony wraz z czytnikiem.** |  |
| 4 | Czas reakcji serwisu na uszkodzenie czytnika do 48 h od momentu zgłoszenia awarii do serwisu, naprawa do 72 godzin od momentu zgłoszenia awarii do serwisu, wymiana czytnika na zastępczą do 14 dni roboczych od momentu zgłoszenia awarii do serwisu. Jeśli zachodzi konieczność wymiany czytnika na właściwy zgodny z wymogami granicznymi, Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć wirówkę w terminie do 4 tygodni. |  |
| 5 | Podać adres serwisu nr telefonu i nazwisko osoby odpowiedzialnej za serwisowanie sprzętu, e-mail |  |

1. **Wymogi graniczne dla dostawy sprzętu**

**Tab. 7.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p** | **Wymogi graniczne dla dostawy sprzętu** | **Tak/Opis** |
|  | Sprzęt techniczny musi być dostarczony do 4 tygodni od podpisaniu umowy |  |
|  | Szkolenie musi być przeprowadzone do 4 tygodni od podpisaniu umowy |  |

1. **Zestawienie kosztów**

**Tab. 8**

| L.p. | Asortyment (podać nazwę asortymentu) | Ilość/okres | Nr kat. | Ilośćop/szt. | Cena jed. netto | VAT(%) | Cena jed. brutto | Wartość netto | Wartośćbrutto |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Krew utajona w kale  | 3000 szt. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Kontrola dodatnia na krew utajoną | 10 ml |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Kontrola ujemna na krew utajoną | 10 ml |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Kontrola zewnątrz-laboratoryjna - badanie jakościowe. Materiał do badania – wymagane są minimum dwie próbki kału zawierające hemoglobinę ludzką.Minimum 4 razy do roku | 36 m-cy |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Testy kasetowe 10 parametrowe do wykrywania narkoty­ków AMP, BZD, MDMA MOR, THC, BAR, COC, MET, TCA, MTD | 2100 szt. |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Testy paskowe do wykrywania amfetaminy | 250 szt. |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Testy paskowe do wykrywania metadonu | 500 szt. |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Testy paskowe do wykrywania metamfetaminy | 250 szt. |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Testy paskowe do wykrywania kannaboidów | 200 szt. |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Testy paskowe do wykrywania benzodiazepiny | 100 szt. |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Testy paskowe do wykrywania AMP, BZD, MDMA MOR, THC, BAR, COC, MET, TCA, MTD | 250 szt. |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Testy do wykrywania zafałszowanego moczu | 1000 szt. |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Kontrola negatywna do narkotyków | 45 ml |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Kontrola dodatnia do narkotyków cut off +50% | 40 ml |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | Kontrola dodatnia do narkotyków 2 razy cut off | 45 ml |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | Kontrola zewnątrz-laboratoryjna - badanie jakościowe narkotyków w moczu. **Materiał do badania** – wymagane są minimum dwie próbki moczu ludzkiego zawierające amfetaminę, bezodiazepinę, kokainę (i jej metabolity), trójcykliczne antydepresanty, metadon, opiaty MDMA i MDA morfinę, barbiturany.Wyniki testów muszą być potwierdzone w laboratorium eksperta. Opracowanie kontroli w języku polskimMinimum 3 razy do roku. | 36 m-cy |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | Dzierżawa czytnika | 36 m-cy |  |  |  |  |  |  |  |
| Razem |  |  |

**Uwaga dotycząca zapisów w tab. 8**

* Jeśli ilość przewidywanego asortymentu jest w opakowaniach zbiorczych, to należy podać zawartość opakowania (np. opakowanie zawiera 10 szt. pasków).
* Jeśli Wykonawca przewiduje inny asortyment nie wyszczególniony w Tab. 8, należy go szczegółowo opisać.
* W przypadku zaniżenia ilości lub nie wskazania zamawiającemu asortymentu potrzebnego do prawidłowego funkcjonowania przedmiotu zamówienia, biorąc pod uwagę ilość i zakres badań wskazanych w Opisie przedmiotu zamówienia oraz termin ważności odczynników i innych materiałów dostarczanych przez Wykonawcę (nie ujętego w powyższej tabeli), to w trakcie jego eksploatacji sam poniesie koszty ich wymiany oraz dostarczenia.
1. **Forma oceny**

Tab. 9.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry oceniane** | **Ilość punktów.** |
| 1. | Jeśli wartość cut off dla poszczególnych parametrów badanych w testach kasetowych będzie mniejsza niż określona dla wartości granicznych, każdy z badanych parametrów o mniejszej wartości cut off otrzyma odpowiednią ilość punktów. Wartość graniczna otrzyma 0 pkt  | 30 |
|  | Termin płatności liczony od daty wystawienia faktury 50 dni – 0 pkt 55 dni – 5 pkt 60 dni – 10 pkt | 10 |
| 2. | Cena oferty brutto  | 60 |
| Razem maksymalna ilość punktów do uzyskania w Pakiecie 3  | 100 |

1. **Parametry oceniane**

Tab. 10.

| **Lp.** | **Nazwa parametru** | **Cut off wymagane/** | **Cut off oferowane/****fabrycznie nowy** | **Liczba punktów poniżej cut off wymaganego** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | amphetamina | 1000 |  | Max. 3 pkt.wartość wymagana – 0 pktPozostałe:wielkość najniższa / wielkość badana x 3 (zaokrąglenia do dwóch miejsc po przecinku zgodnie z zasadą matematyczną)   |
| 2. | barbiturany | 300 |  | wg zasady opisanej w poz. 1 |
| 3. | benzodiazepiny | 300 |  | wg zasady opisanej w poz. 1 |
| 4. | kokaina | 600 |  | wg zasady opisanej w poz. 1 |
| 5. | ekstaza | 500 |  | wg zasady opisanej w poz. 1 |
| 6. | metamfetamina | 1000 |  | wg zasady opisanej w poz. 1 |
| 7. | morfina | 2000 |  | wg zasady opisanej w poz. 1 |
| 8. | metadon | 300 |  | wg zasady opisanej w poz. 1 |
| 9. | trójcykliczneantydepresanty | 1000 |  | wg zasady opisanej w poz. 1 |
| 10. | marihuana | 500 |  | wg zasady opisanej w poz. 1 |
| Maksymalna ilość punktów możliwa do uzyskania w danym kryterium  | 30 punktów |

Tab. 11.

| L.p | Kryteria oceny ofert  | Maksymalna liczba punktów w danym kryterium  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Parametry oceniane (Tabela 10) | 30,00 |
| 2 | Termin płatności liczony od daty prawidłowo wystawionej faktury VAT50 dni – 0 pkt 55 dni – 5 pkt 60 dni – 10 pkt | 10 |
| 3 | Cena oferty brutto  | 60,00 |
| Maksymalna liczba punktów do uzyskania w pakiecie 3  | 100,00 |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis i pieczęć upoważnionego Przedstawiciela