Załącznik nr 2 do zapytania nr SGA.261.29.2025

**Opis przedmiotu zamówienia**

(Parametry techniczno – użytkowe)

**Aparat do barwienia rozmazów – 1 szt.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Parametry urządzenia** | **Wymagana wartość parametru** | **Wartość oferowana przez Wykonawcę**  |  |
|  | **Parametry ogólne** |
|  | Producent. | Podać |  |  |
|  | Model/typ. | Podać |  |  |
|  | Urządzenie oraz wszystkie elementy składowe fabrycznie nowe, rok produkcji 2025. | TAK |  |  |
|  | **Wymagania.** |
|  | Aparat automatyczny do barwienia preparatów krwi obwodowej, szpiku, płynów ustrojowych.  | TAK |  |  |
|  | Aparat wykorzystujący dedykowane odczynniki w formie kompletnego zestawu odczynników. | TAK |  |  |
|  | Objętości poszczególnych składników zestawu barwników są  tak zoptymalizowane, aby wymiana ich była konieczna w tym samym czasie (cały kompletny zestaw). | TAK |  |  |
|  | Zestaw barwników zintegrowany w jednym opakowaniu wraz z odpadami płynnymi. | TAK |  |  |
|  | Wymagane jest aby aparat miał wymiary nie większe niż 50x60x30 cm (długość x szerokość x wysokość). | TAK |  |  |
|  | Aparat ma możliwość barwienia min. 20 preparatów na godzinę. | Tak/podać |  |  |
|  | Możliwość barwienia pojedynczego rozmazu. | Podać |  |  |
|  | Możliwość indywidualnego konfigurowania stosunku barwników do buforu. | TAK |  |  |
|  | Wymagane jest zapewnienie standardu wybarwienia dla każdego rozmazu. | TAK |  |  |
|  | Wymagane jest aby preparaty były suszone automatycznie. Pojemnik o możliwości przechowania min 60 wybarwionych rozmazów. | TAK |  |  |
|  | Aparat musi automatycznie układać, gotowe wybarwione preparaty do pojemnika. | TAK |  |  |
|  | Kontrola obecności odczynników. | TAK |  |  |
|  | Czujnik wypełnienia ścieków w pojemniku na odpady. | TAK |  |  |
|  | Zasilanie 230V AC, 50 Hz. | TAK |  |  |
|  | **Pozostałe wymagania** |
|  | Okres gwarancji – min. 24 miesięcy. | TAK/Podać |  |  |
|  | Wliczone w cenę przeglądy okresowe w okresie gwarancji (o częstotliwości i zakresie zgodnym z wymogami producenta), co najmniej 1 przegląd na koniec okresu gwarancji. | TAK |  |  |
|  | Informacje dotyczące wymaganych/zalecanych przeglądów przez producenta po okresie gwarancji (przy dostawie). Podać : - częstotliwość przeglądów- wykaz czynności wykonywanych przy przeglądzie (lista kontrolna)- wykaz części podlegających okresowej wymianie z podaniem zalecanej częstotliwości ich wymiany. | TAK |  |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim (przy dostawie) – 1 szt. w wersji papierowej i w wersji elektronicznej. | TAK |  |  |
|  | Dokumentacja serwisowa i/lub oprogramowanie serwisowe na potrzeby Zamawiającego (dokumentacja zapewniająca co najmniej diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, etc.) (przy dostawie). | TAK |  |  |
|  | Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dla poszczególnych elementów oferowanej konfiguracji (przy dostawie) – 1 szt. w wersji papierowej i w wersji elektronicznej. | TAK |  |  |
|  | Możliwość mycia i dezynfekcji poszczególnych elementów urządzenia w oparciu o przedstawione przez Oferenta zalecane preparaty myjące i dezynfekujące. Zalecone środki powinny zawierać nazwy związków chemicznych a nie nazwy handlowe preparatów. | TAK |  |  |
|  | Wliczona w cenę dostawa, montaż i uruchomienie, przeszkolenie personelu medycznego, technicznego w zakresie eksploatacji i obsługi udokumentowane imiennymi zaświadczeniami. | TAK |  |  |