

**ZAŁĄCZNIK NR 3 DO SIWZ**

**KALKULACJA CENOWA (TABELA III) – OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA - ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH (TABELA I oraz TABELA II)**  **CYTOMETR PRZEPŁYWOWY**

|  |
| --- |
| TABELA I.**CYTOMETR PRZEPŁYWOWY** *[zwany także* *aparatem,* *sprzętem, urządzeniem, przedmiotem zamówienia*, *przedmiotem dostawy]* |
|  | **DANE OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – wpisuje Wykonawca** |
| Pełna nazwa oferowanego przedmiotu zamówienia |  |
| Producent |  |
| Kraj pochodzenia |  |
| Dystrybutor /Sprzedawca |  |
| Serwis / Serwisy które Wykonawca dedykuje Zamawiającemu, które będą świadczyć objęte zamówieniem usługi gwarancyjne i serwisowe w okresie gwarancji i rękojmi | Serwis własny Wykonawcy:* Adres punktów serwisowych
* Dane kontaktowe: telefon, e-mail

pod które Zamawiający może kierować zgłoszenia gwarancyjne/serwisowe |  |
| Serwis zlecony Podwykonawcom* Nazwy Podwykonawców
* Adres punktów serwisowych
* Dane kontaktowe: telefon, e-mail

pod które Zamawiający może kierować zgłoszenia gwarancyjne/serwisowe |  |

|  |
| --- |
| **TABELA II. ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH, FUNKCJONALNYCH, UŻYTKOWYCH ORAZ WARUNKÓW** **CYTOMETR PRZEPŁYWOWY**  |
| Kol.1 | Kol.2 | Kol.3 | Kol.4 |
| L.p. | Wymagane przez Zamawiającego parametry, funkcje i warunki [w ramach przedmiotu zamówienia i oferowanej ceny przedmiotu zamówienia]Opis parametru | **Minimalne wartości wymagane przez** **Zamawiającego****Parametr / Wartość wymagana**  | **Parametr/Wartość oferowana****Wykonawca wpisuje słowa:****„TAK”** lub **„NIE”****oraz wartości parametrów –** tam, gdzie Zamawiający wymaga [wskazując w Kol.3 „Podać” „opisać”] podania wartości parametrów *[wpisanie słowa „TAK” oznacza potwierdzenie spełnienia wymagań Zamawiającego];**[wpisanie słowa „NIE” oznacza brak spełnienia wymagań Zamawiającego]* |

|  |
| --- |
| **CECHY OGÓLNE** |
|  | **Nazwa i typ aparatu** | TAKPodać |  |
|  | Aparat fabrycznie nowy, nie po demonstracyjny, nie powystawowy, rok produkcji 2019 | TAK |  |
|  | Cyfrowy cytometr przepływowy wyposażony w komputer PC z zainstalowanym systemem operacyjnym i opragramowaniem do sterowania cytometrem oraz analizy danych z cytemoteru. Klawiatura, mysz, monitor LCD nie mniejszy niż 25 cali i drukarka laserowa z kolorowym wydrukiem | Tak,Podać |  |
|  | Aparat musi posiadać oprogramowanie kliniczne | Tak |  |
|  | Aparat musi posiadać status CE IVD | Tak  |  |
|  | Cytometr przepływowy wyposażony w trzy lasery półprzewodnikowe, mierzący nie mniej niż 10 fluoroscencji [FL] dzielone pomiędzy laserami w następujący sposób:* 5 FL z lasera niebieskiego 488 [nm] – FITC, PE, ECD, PC5.5, PC7
* 3 FL z lasera czerwonego 638 [nm] – APC, APC-A700, APC-A750
* 2 FL z lasera fioletowego 405 [nm] – PB450, KO525
 | Tak,Podać |  |
|  | Wyposażony w automatyczny podajnik umożliwiający załadunek probówek  | Tak |  |
|  | Szybkość akwizycji nie mniej niż 25 000 [zdarzeń/s] | Tak,Podać |  |
|  | Automatyczne procedury: * włączania/wyłączania,
* przemywania,
* mieszania próbek,
* kalibracji i kontroli jakości cytometru,
* kompensacji fluorescencji (kompensacji w czasie i po akwizycji)
 | Tak |  |
|  | Automatyczny system czyszczenia igły i komory przepływowej po każdej próbce za pomocą płynu roboczego. | Tak |  |
|  | Czułość cytometru nie mniejsza niż:* 107 MESF dla FITC
* 64 MESF dla PE.
 | Tak,Podać |  |
|  | Regulacji przez użytkownika szybkości przepływu próbki nie mniej niż: * 10 [ul/min],
* 30 [ul/min],
* 60 [ul/min]
 | Tak,Podać |  |
|  | Możliwość wprowadzenia czasu akwizycji  | Tak |  |
|  | Funkcja skalowania sygnału za pomocą oprogramowania dopasowująca optymalnie obraz względem osi | Tak |  |
|  | Zestaw odczynników niezbędny do uruchomienia, kalibracji aparatu oraz przeszkolenia Użytkowników na koszt Oferenta (pakiet startowy) | Tak |  |
|  | Zdolność do prezentacji danych na nie mniej niż 6 dekad skali logarytmicznej | Tak, podać |  |
|  | Cyfrowa obróbka sygnału z rozdzielczością nie mniejszą niż 2 do potęgi 20 bitów na 6 dekad (nie mniej niż 1 milion kanałów) | Tak, podać |  |
| **INSTALACJA, KONFIGURACJA, GWARANCJA I SERWIS** |
|  | Instalacja, konfiguracja, uruchomienie urządzenia w siedzibie Zamawiającego w miejscu wskazanym przez Użytkownika | TAK |  |
|  | Okres gwarancji **nie krótszy niż 24 miesiące** od daty odbioru końcowego przez Zamawiającego, w tym przeglądy gwarancyjne bez dodatkowego wynagrodzenia – obejmujące wszystkie czynności serwisowe wraz z wymianą części zamiennych wymaganych przez producenta podczas przeglądów okresowych (bez dodatkowego wynagrodzenia) wyklucza się możliwość oferowania ubezpieczenia) | TAKPodać | Oferowany przez Wykonawcę okres gwarancji: **………….. pełnych miesięcy** *(nie krótszy niż 24 miesiące, 23 miesiące i mniej – oferta odrzucona)* |
|  | Przeglądy okresowe **w oferowanym okresie gwarancji** niezbędne do realizacji – dla zapewnienia i potwierdzenia bezpiecznej pracy- bez dodatkowego wynagrodzenia**.** | TAKPodać | Wymagana liczba przeglądów okresowych / 1 (jeden) rok użytkowania urządzenia przez Zamawiającego *…………. (wpisać)*Łączna wymagana liczba przeglądów okresowych w całym oferowanym okresie gwarancji …………….*…………. (wpisać)* |
| **DOKUMENTACJA** |
|  | Dokumenty dopuszczające do obrotu i stosowania w Polsce zgodnie z Ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, w tym Certyfikat dla urządzeń medycznych do diagnostyki in vitro: **CE IVD** wymagane **przy składaniu oferty** | TAK |  |
|  | Dokumenty wymagane do przedstawienia **przy dostawie:**Wykaz dostawców części zamiennych i materiałów eksploatacyjnych – dokument, o którym mowa w Ustawie o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r., Art. 90, ust. 3Wykaz podmiotów obsługi serwisowej – dokument, o którym mowa w Ustawie o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r., Art. 90, ust. ust. 4  | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji drukowanej i elektronicznej **(wymagana przy dostawie)** | TAK |  |
|  | Paszport techniczny urządzenia po dostawie wypełniony z wpisem o uruchomieniu | TAK |  |
| **SZKOLENIE** |
|  | Szkolenie personelu Zamawiającego z obsługi oferowanego urządzenia - w języku polskim w siedzibie Zamawiającego – po dostawie w momencie instalacji i odbioru po uprzednim uzgodnieniu terminu z Zamawiającym. | TAK |  |
|  | Wszystkie szkolenia potwierdzone protokołami szkoleń z listami obecności i/lub certyfikatami imiennymi. | TAK |  |

|  |
| --- |
| **TABELA III. KALKULACJA CENOWA – CYTOMETR PRZEPŁYWOWY** |
| Lp. | Przedmiot zamówienia(charakterystyka) | j.m. | oferowana**cena jednostkowa netto** bez podatku od towarów i usług VAT**w PLN 1** | Ilość | Stawka podatku od towarów i usług VAT**w %** | wartość podatku od towarów i usług VAT**w PLN** | **Cen**a **brutto**z podatkiem od towarów i usług VAT **2****w PLN** |
| Kol. 1 | Kol. 2 | Kol. 3 | Kol. 4 | Kol. 5 | Kol. 6 | Kol. 7= Kol. 4 x Kol. 6 | Kol. 8= Kol. 4 + Kol. 7 |
| 1. | Dostawa **CYTOMETRU PRZEPŁYWOWEGO** o parametrach technicznych, funkcjonalnych i użytkowych spełniających wymagania Zamawiającego opisanych w SIWZ  | **sztuka** | ……….. | 1  | ….% | ………….. | …………….. |
| 2. | Koszty dostawy, zainstalowania sprzętu, serwisowania sprzętu, przeszkolenia personelu w zakresie obsługi sprzętu  | **kpl** | ………………. | 1 | ……% | …………….. | ………………….. |
| 3. | **RAZEM** |  | …………. |  |  | …………. | …………………… [ łączna całkowita cena oferty brutto] |

1 W cenie jednostkowej należy uwzględnić wszystkie koszty wynikające z wymagań określonych w SIWZ.

2Jeżeli złożono ofertę, której wybór prowadziłby do powstania obowiązku podatkowego Zamawiającego Zamawiający w celu oceny takiej oferty dolicza do przedstawionej w niej ceny podatek od towarów i usług, który miałby obowiązek wpłacić zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Wykonawca, który oferuje Zamawiającemu dostawę w procedurze w której dochodzi do powstania obowiązku podatkowego Zamawiającego -  nie wypełnia kolumn 7 i 8, w takiej sytuacji w FORMULARZU OFERTY – załączniku nr 2 do SIWZ – wykonawca podaje wartość netto ( bez podatku od towarów i usług VAT)

***……………………………………………..***

***podpis***