**Załącznik nr 2**

**FORMULARZ CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Asortyment(wpisać nazwę handlową zgodną z nazewnictwem jakie będzie używane w** **wystawianych Fakturach i dokumentach dostaw)** | **Proponowane****op.handlowe*****(wpisać)*** | **j.m.** | **ilość** | **Cena netto****za 1 op.****handlowe** | **Wartość** **netto** | **Stawka****podatku****VAT** | **Wartość****brutto** |
| **1.** | **Paski testowe do glukometrów (op. x 50 szt.):****Nazwa handlowa:……………………………………****Producent:…………………………..……………….****Nr katalogowy:………………………………………****\***dopuszcza się paski w mniejszych/większych op. handlowych, ale wtedy należy wpisać zmodyfikowaną ilość op. |  | **Op.** | **2 100** |  |  |  |  |
| **2.** | **Nakłuwacze jednorazowego użytku, automatyczne,** sterylne, do punktowego nakłuwania skóry w celu pobrania próbki krwi kapilarnej z opuszki palca, pozwalające uzyskać wlk. próbki krwi wymaganą w oferowanym systemie kontroli poziomu glukozy we krwi,**z igłą 21 G i głębokością nakłucia 18 mm (op. x 100 szt.)****Nazwa handlowa:........................................................****Producent:……………………………………………****Nr katalogowy:………………………………………**\*dopuszcza się mniejsze/większe op. handlowe, ale wtedy należy wpisać zmodyfikowaną ilość op. |  | **Op.** | **1 000** |  |  |  |  |
| **3.** | **GLUKOMETR kompatybilny z oferowanymi paskami i płynami kontrolnymi, przekazany nieodpłatnie, na podstawie Protokołu przekazania-odbioru na czas trwania Umowy.****Glukometry będą używane w m-cu opieki nad pacjentem** |  | **Szt.** | **40** | 0 | 0 | 0 | 0 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Razem:** |  |  |  |

**……………………………………….**

**Podpis Wykonawcy**

**Załącznik nr 3**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH**

**dla GLUKOMETRÓW**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagania Zamawiającego** | **TAK/NIE** |
| **1.** | **Deklaracja zgodności i Certyfikat CE** |  |
| **2.** | **Certyfikat z weryfikacji spełnienia norm EN ISO 15197:2015 dla systemu monitorowania stężenia glukozy we krwi** *(wydany przez uprawniony* *organ producentowi oferowanego wyrobu)* |  |
| **3.** | **System spełniający wymogi Dyrektywy 98/79 WE** *(dot. urządzeń med. do diagnostyki in vitro)* |  |
| **4.** | **Wyniki pomiaru stężenia glukozy skalibrowane na osocze** |  |
| **5.** | **Pomiar stężenia glukozy ze świeżej próbki pełnej krwi kapilarnej pobranej z opuszki palca** |  |
| **6.** | **Zakres pomiaru *(****określony w formularzu ofertowym wykonawcy****)*** |  |
| **7.** | **Czas pomiaru**  *(określony w formularzu ofertowym wykonawcy)* |  |
| **8.** | **Nie wymaga kalibracji** |  |
| **9.** | **Autokodowanie -bez jakiegokolwiek manualnego wprowadzania kodu serii pasków*(****eliminacja ryzyka błędu przy użyciu nowego opak. pasków)* |  |
| **10.** | **Odczyt pomiaru wyrażony w mg/dL** |  |
| **11.** | **Instrukcja użytkowania w języku polskim** |  |
| **12.** | **Dostarczone nieodpłatnie glukometry będą fabrycznie nowe** |  |
| **13.** | **Nieodpłatne zapewnienie dostaw płynów kontrolnych** (min. 2 różne zakresy) **w ilości zapewniającej bieżącą kontrolę jakości oznaczeń w okresie trwania Umowy** (Zamawiający będzie przeprowadzać test dokładności i poprawności pomiarów z płynem kontrolnym: przed pierwszym użyciem glukometru, gdy jest otwierane po raz pierwszy nowe op. pasków (*jeśli jest takie zalecenie producenta)* oraz każdorazowo, w sytuacji podejrzenia błędów w wynikach pomiarowych) |  |
| **14.** | **Posiadający pokrowiec** |  |
| **15.** | **Dostarczony z bateriami litowymi**  *(np. CR 2032)* |  |
| **16.** | **Gwarancja i nieodpłatny serwis na czas obowiązywania Umowy przetargowej** |  |
| **17.** | **Nieodpłatne przeszkolenie z obsługi glukometrów personelu medycznego po podpisaniu Umowy** |  |
| **18.** | **Wykonawca zapewni zewnętrzny kontrolny test 2x w roku dla każdego glukometru *(****zgodnie z zaleceniami PTD)* |  |

1. **Uwaga: Zamawiający wymaga od Wykonawcy wypełnienia powyższej Tabeli, udzielając odpowiedzi Tak/Nie- nie wypełnienie chociaż jednej rubryki skutkuje odrzuceniem oferty**
2. **Zamawiający na etapie badania oferty zastrzega sobie prawo przetestowania zaoferowanych wyrobów celem potwierdzenia spełnienia wymagań i w związku z tym Zamawiający wymaga dostarczenia razem z ofertą 1 glukometru wraz z Instrukcją użytkowania w języku polskim, 1 op. handlowego proponowanych pasków i 50 sztuk proponowanych nakłuwaczy**

**……………………………………**

**Podpis Wykonawcy**

**Załącznik nr 3**

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH**

**dla PASKÓW TESTOWYCH do oznaczania poziomu glukozy we krwi**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagania Zamawiającego** | **TAK/NIE****wpisać proponowany****parametr** |
| **1.** | **Deklaracja zgodności i certyfikat zgodności CE** |  |
| **2.** | **Układ enzymatyczny nie zawierający GDH-PQQ** –dopuszcza się: GOD, GDH-NAD, GDH-FAD *(wpisać oferowany)* |  |
| **3.** | **Termin ważności pasków po 1-szym otwarciu fiolki minimum 90 dni** *(wpisać ilość dni deklarowanych)* |  |
| **4.** | **Wielkość pobranej próbki** *(określona w formularzu ofertowym wykonawcy)* |  |
| **5.** | **Automatyczne zasysanie krwi do punktu pomiarowego** |  |
| **6.** | **Paski pobierające automatycznie odpowiednią wielkość próbki z kapilarą w części szczytowej paska** *(dopuszcza się dokroplenie krwi na tym samym pasku, jeżeli pierwsza próbka okaże się niewystarczająca)* |  |
| **7.** | **Paski dostarczane z datą ważności nie krótszą niż 6 m-cy od daty Dostawy** |  |
| **8.** | **Paski w op. gwarantującym zachowanie pełnej wartości wyrobu** |  |
| **9.** | **Paski w op. x 50 szt.** *(wpisać deklarowane op. handlowe)* |  |

 **Uwaga: Zamawiający wymaga od Wykonawcy wypełnienia powyższej Tabeli, udzielając odpowiedzi Tak/Nie- nie wypełnienie chociaż jednej rubryki skutkuje odrzuceniem oferty**

**…………………………………………**

**Podpis Wykonawcy**