Załącznik nr 2b do SIWZ

**Formularz wymaganych warunków technicznych**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn dostawa drukarek do pracowni histopatologicznej oferujemy nw. urządzenia spełniające następujące wymagania:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Drukarki do pracowni histopatologii** | | | | | |
| **I.**  **Drukarka do kasetek histopatologicznych – 2 sztuki**  ***Producent (marka) …………………………………………………………………………………………..………………………..…… (Należy podać)***  ***Model ………………………………………………………………………………………………………….……………..……..………...… (Należy podać)***  ***Numer katalogowy ………………………………………………………………………………………………….…(Należy podać jeżeli dotyczy)***  ***Kraj pochodzenia...…………………………………………………………………………………………………………………………..(Należy podać)***  ***Fabrycznie nowe urządzenie, wyprodukowane nie wcześniej niż w 2018r.*** | | | | | |
| **Lp.** | Parametr **lub opis wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia** | **Wymagana funkcjonalność, graniczna wartość parametru** | | **Należy podać właściwą odpowiedź Tak / Nie**  **i/ lub oferowane wartości** | |
|  | Drukarka do kasetek histopatologicznych | manualna lub automatyczna | | Należy podać | |
|  | Druk | możliwość dodrukowania pojedynczej kasetki spoza podajnika | | Tak / Nie | |
|  | w dwóch liniach po min. 11 znaków każda dla druku z użyciem barkodu | | Należy podać | |
|  | przy pomocy taśmy do druku igłowego lub lasera | | Należy podać | |
|  | na kasetkach histopatologicznych kompatybilnych z urządzeniem z wieczkiem lub bez | | Tak / Nie | |
|  | Automatyczne utrwalanie nadruku | za pomocą promieni UV lub lasera | | Należy podać | |
|  | Nadruk odporny na | odczynniki chemiczne wykorzystywane w procedurach histopatologicznych (ksylen, aceton, alkohol) | | Tak / Nie | |
|  | Wymiary: | max. 40x22x55 cm (wysokość x szerokość x głębokość) | | Należy podać | |
|  | Menu | w języku polskim | | Tak / Nie | |
|  | Instrukcja obsługi | w języku polskim | | Tak / Nie | |
|  | Wyposażenie | czytnik kodów kreskowych 2D | | Producent ………..  Model………….. | |
|  | Min. 2 porty USB, 1 port LAN, | | Tak / Nie | |
| **II.**  **Automatyczna drukarka do kasetek histopatologicznych – 1 sztuka**  ***Producent (marka) …………………………………………………………………………………………..………………………..…… (Należy podać)***  ***Model ………………………………………………………………………………………………………….……………..……..………...… (Należy podać)***  ***Numer katalogowy ………………………………………………………………………………………………….…(Należy podać jeżeli dotyczy)***  ***Kraj pochodzenia...…………………………………………………………………………………………………………………………..(Należy podać)***  ***Fabrycznie nowe urządzenie, wyprodukowane nie wcześniej niż w 2018r.*** | | | | | |
| **Lp.** | Parametr **lub opis wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia** | **Wymagana funkcjonalność, graniczna wartość parametru** | | **Należy podać właściwą odpowiedź Tak / Nie**  **i/ lub oferowane wartości** | |
|  | W pełni automatyczna drukarka do kasetek histopatologicznych | wymagane | | Tak / Nie | |
|  | Druk | w trybie automatycznym (z podajnika kasetek) | | Tak / Nie | |
|  | możliwość dodrukowania pojedynczej kasetki z poza podajnika | | Tak / Nie | |
|  | w dwóch liniach po min. 11 znaków każda dla druku z użyciem barkodu | | Należy podać | |
|  | przy pomocy taśmy do druku igłowego lub lasera | | Należy podać | |
|  | na kasetkach histopatologicznych kompatybilnych z urządzeniem na kasetkach z wieczkiem lub bez | | Tak / Nie | |
|  | Automatyczne utrwalanie nadruku | za pomocą promieni UV lub laser | | Należy podać | |
|  | Podajnik na kasetki | wyposażony w min. 4 statywy/czopery podające każdy po min. 45 szt. kasetek | | Należy podać | |
|  | Odbiór nadrukowanych kasetek | do pojemnika odbierającego (luzem) lub tacki | | Tak / Nie | |
|  | Nadruk odporny na | odczynniki chemiczne wykorzystywane w procedurach histopatologicznych (ksylen, aceton, alkohol) | | Tak / Nie | |
|  | Wymiary: | max.65x60x55 cm (wysokość x szerokość x głębokość) | | Należy podać | |
|  | Menu | w języku polskim | | Tak / Nie | |
|  | Instrukcja obsługi | w języku polskim | | Tak / Nie | |
|  | Wyposażenie | czytnik kodów kreskowych 2D | | Producent ………..  Model………….. | |
|  | min. 2 porty USB, 1 port LAN, | | Tak / Nie | |
| Materiały zużywalne | | | | | |
|  | Kasetki kompatybilne z drukarką pakowane w stosach po 40 lub 50 szt. Lub luzem pakowane w kartony po 500 sztuk | rodzaje   1. histopatologiczne przeznaczone do przeprowadzania standardowych materiałów z zamontowanym, łamanym wieczkiem. Otwory prostokątne 1mmx5mm (+/- 05mm). Przednia część skośna, pozwalająca na naniesienie numeru w technologii igłowej lub laserowej. Odporne na odczynniki chemiczne: alkohol, ksylen, aceton. Dostępne w kolorach białym, zielonym, żółtym. 2. biopsyjne przeznaczona do drobnych materiałów z zamontowanym, łamanym wieczkiem. Otwory małe, kwadratowe 1mmx1mm (+/- 0,1mm). Przednia część skośna, pozwalająca na naniesienie numeru w technologii igłowej lub laserowej. Odporne na odczynniki chemiczne: alkohol, ksylen, aceton. Dostępne w kolorach białym, zielonym, żółtym 3. biopsyjne przeznaczone do przeprowadzania bardzo drobnych materiałów z wieczkiem zamykanym na zawias lub łamanym. Jedna lub dwie komory wewnętrzne. Otwory max. 0,35mm. Przednia część skośna, pozwalająca na naniesienie numeru w technologii igłowej lub laserowej. Odporne na odczynniki chemiczne: alkohol, ksylen, aceton. Dostępne w kolorze białym | | Tak / Nie  Ilość   1. 25.000,00 sztuk, 2. 25.000,00 sztuk, 3. 12.000,00 sztuk | |
|  | Taśma do drukarek wyszczególnionych w poz. I i II - 3 sztuk | Kompatybilna z drukarką automatyczną i manualną do kasetek | | Tak / Nie  Należy podać o ile dotyczy | |
| **III.**  **Automatyczna drukarka do szkiełek – 4 sztuki**  ***Producent (marka) …………………………………………………………………………………………..………………………..…… (Należy podać)***  ***Model ………………………………………………………………………………………………………….……………..……..………...… (Należy podać)***  ***Numer katalogowy ………………………………………………………………………………………………….…(Należy podać jeżeli dotyczy)***  ***Kraj pochodzenia...…………………………………………………………………………………………………………………………..(Należy podać)***  ***Fabrycznie nowe urządzenie, wyprodukowane nie wcześniej niż w 2018r.*** | | | | | |
| **Lp.** | Parametr **lub opis wymagań dotyczących przedmiotu zamówienia** | **Wymagana funkcjonalność, graniczna wartość parametru** | | **Należy podać właściwą odpowiedź Tak / Nie**  **i/ lub oferowane wartości** | |
|  | W pełni automatyczna drukarka do szkiełek mikroskopowych | wymagane | | Tak / Nie | |
|  | Wydruk | na szkiełkach z emaliowanym polem do opisu ze ściętymi narożnikami pod kątem 45o | | Tak / Nie | |
|  | w trybie automatycznym oraz manualnym | | Tak / Nie | |
|  | w liniach po min. 11 znaków każda dla druku z użyciem barkodu | | Należy podać | |
|  | Prędkość wydruku | w trybie automatycznym max. 7 sekund/szkiełko | | Należy podać | |
|  | Technologia druku | igłowa automatyczne utrwalanie nadruku za pomocą promieni UV lub termotransferowa | | Należy podać | |
|  | Licznik ilości wydruków | wymagane | | Tak / Nie | |
|  | Podajnik na szkiełka o pojemności | min. 70 szt. szkiełek | | Należy podać | |
|  | Dwa magazynki do odbierania nadrukowanych szkiełek | na min. 25 szt. szkiełek | | Należy podać | |
|  | Wbudowany wyświetlacz | dotykowy | | Tak / Nie | |
|  | Nadruk odporny | na odczynniki chemiczne wykorzystywane w procedurach histopatologicznych (ksylen, aceton, alkohol) | | Tak / Nie | |
|  | Wyposażenie drukarki | wbudowany komputer sterujący urządzeniem | | Tak / Nie | |
|  | klawiatura | | Tak / Nie | |
|  | mysz | | Tak / Nie | |
|  | czytnik kodów kreskowych 2D | | Producent ………..  Model………….. | |
|  | 2 porty USB, 1 port LAN, | wymagany | | Tak / Nie | |
|  | Integracja urządzenia z systemem informatycznym w pracowni LIMS | wymagany | | Tak / Nie | |
|  | Wymiary: | max. 42x30x25 cm (wysokość x szerokość x głębokość) | | Tak / Nie | |
|  | MENU w języku polskim | wymagane | | Tak / Nie | |
| **Materiały zużywalne** | | | | | |
|  | Szkiełka | z emaliowanym polem do opisu ze ściętymi narożnikami pod kątem 45o o wymiarach od 25x75xx1 do 26x76x1,2 mm | | Tak / Nie  ilość 14.000,00 sztuk | |
|  | Taśma do drukarek - 4 sztuki | Kompatybilna z drukarką automatyczną do szkiełek do druku igłowego lub termotransferowego | | Tak / Nie | |
| **Dodatkowa stacja sterująca urządzeniem - 4 sztuki**  **Producent (marka) …………………………………………………………..………………………… (Należy podać)**  **Model ………………………………………………………………………………………..………..… (Należy podać)**  **Numer katalogowy …………………………………………………..………………..…(Należy podać jeżeli dotyczy)**  **Fabrycznie nowe urządzenie………………………………………………. *wyprodukowane nie wcześniej niż w 2018r.*** | | | | | |
|  | Dysk twardy | | SSD min. 120 GB | | Należy podać |
|  | Pamięć RAM | | min. 8 GB | | Należy podać |
|  | Procesor | | min. Intel Core i3  min. 2 rdzenie | | Należy podać |
|  | Przekątna ekranu | | min 10 max.14 cali | | Należy podać |
|  | Rozdzielczość ekranu | | 1920 x 1080 lub 1366 x 768 | | Tak / Nie |
|  | Ekran dotykowy | | wymagane | | Tak / Nie |
|  | Karta graficzna | | zintegrowana | | Należy podać  Model……….. |
|  | Liczba złączy USB 3.0 | | min. 2 | | Należy podać |
|  | Złącze Ethernet | | 1x złącze Ethernet lub dodatkowy adapter | | Należy podać |
|  | System operacyjny | | zapewniający:  - pełną integrację z domeną Windows opartą na serwerach Windows 2008 w zakresie autoryzacji w środowisku Zamawiającego;  - zarządzanie komputerami poprzez Zasady Grup (GPO), WMI;  - nie wymagającym aktywacji za pomocą telefonu lub Internetu | | System operacyjny  Producent………  Wersja….. |
|  | Zawiasy otwierane w zakresie 360 stopni | | wymagane | | Tak / Nie |
| **Wymagania ogólne dotyczące ww. urządzeń** | | | | | |
|  | Oznakowanie CE dla oferowanego przedmiotu zamówienia | zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie wzoru znaku CE (Dz. U. nr 186 poz. 1252) | | Tak / Nie | |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji drukowanej i elektronicznej razem z dostawą | wymagane | | Tak / Nie | |
|  | Okresowy przegląd techniczny | | | Należy podać  Wymagany co….miesięcy  Zalecany co …..miesięcy  Nie wymagany/zalecany | |
|  | Integracja urządzeń w poz. I, II, III z systemem informatycznym w pracowni LIMS | wymagana | | Tak / Nie | |

………………………………..............................................................................

*Data i czytelny podpis lub podpis z pieczątką imienną osoby (osób) upoważnionej (upoważnionych) do reprezentowania Wykonawcy*