И.О. главного врач МУЗ ГБ №6,
_____В.Д. Хохлов

ИЗВЕЩЕНИЕ № 11
о размещение заказа на приобретение автоматического гематологического анализатора Hemolux (или эквивалент), для нужд МУЗ «Городская больница № 6» г. Владимира путем запроса котировок от 07.08.2009 г.

1. Муниципальный заказчик (почтовый адрес, адрес электронной почты):	
МУЗ «Городская больница № 6 600901,г.Владимир,мкр. Юрьевец Институтский городок д.18, тел. (4922) 26-06-00, факс (4922)26-06-00 e-mail: root@gorbol6.elcom.ru	
2. Источник финансирования заказа:	
ОМС.	
3. Форма котировочной заявки:	
Приложения №1	
4. Наименование, характеристики и объем поставляемых товаров	
1. Наименование товара	Автоматический гематологический анализатор Hemolux
2. КОД ОКП	94 4310
3. Единица измерения	штук
4. Количество товара	1

Техническое задание на Автоматический гематологический анализатор Hemolux

№№ п/п	**Параметр в соответствии с требованиями медико-технического задания**	**Соответствие**	**Подтверждение участника соответствия требованиям задания**
1	**Общие требования**		
1.1	Наличие регистрационного удостоверения МЗ РФ	Да	
1.2	Наличие сертификата соответствия системы ГОСТ Р или письма ВНИИС о не обязательности сертификации	Да	
1.3	Наличие сертификата ГОСТСТАНДАРТА России об утверждении типа средств измерения	Да	
1.4	Наличие санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии продукции СанПиН 2.1.3.1375-03 и СанПиН 2.2.4.1191-03	Да	
1.5	Опыт эксплуатации в РФ не менее 3-х лет (подтверждается датой регистрации в МЗ РФ)	Да	
1.6	Прибор должен быть новый, изготовлен не ранее 2009 года.	Да	
1.7	Срок предоставления гарантий качества, не менее 18 месяцев	Да	
1.8	Объем предоставления гарантий качества - в полном объеме	Да	
1.9	Обучение персонала работе с прибором	Да	
1.10	Информационная поддержка в течение гарантийного срока (по телефону в г. Владимир)	Да	
2	**Технические характеристики**		
2.1	Импедансный метод измерения клеток крови	Да	
2.2	Фотометрический метод измерения гемоглобина	Да	
2.3	Всего не менее 19 измеряемых и расчетных параметров: WBC, Gran#, Mid#, Lymph#, Gran%, Mid%, Lymph%, RBC, HGB, HCT, MCV, MCH, MCHC, RDW-CV, RDW-CD, PLT, MPV, PCT, PDW	Да	
2.4	Производительность анализатора более 60 образцов/час	Да	

2.5	Объем взятия образца крови: - режим цельной крови - не более 13 мкл. - режим с предварительным разведением - не более 20 мкл.	Да	
2.6	Наличие 2-х раздельных измерительных камер для WBC/HGB и RBC/PLT	Да	
2.7	Диаметр аппертуры в камере WBC/HGB - не более 100 мкм, в камере RBC/PLT - не более 70 мкм	Да	
2.8	Наличие аппаратного контроля процесса измерения с детекцией сгустков крови и пузырьков воздуха	Да	
2.9	Цветной ЖК дисплей с разрешением не менее 640 x 480 точек; с размером по диагонали не менее 20 см	Да	
2.10	Наличие русифицированного меню программы управления	Да	
2.11	Возможность подключения внешней клавиатуры для ввода информации о пациенте	Да	
2.12	Встроенная система непрерывного контроля состояния прибора	Да	
2.13	Хранение всех ошибок в памяти прибора с указанием времени и даты.	Да	
2.14	Информационная и звуковая сигнализация при сбоях	Да	
2.15	Флаги - по результатам - по WBC популяциям - по гистограммам	Да	
2.16	Программный интерфейс под Windows	Да	
2.17	Программа встроенной помощи по работе в любом экране меню.	Да	
2.18	Непрерывная контекстная подсказка по работе с текущим экраном	Да	
2.19	Линейность: - WBC (10^9/L) не менее 0.3-99.9 - RBC (10^{12}/L) не менее 0.2-9.99 - Hb(g/L) не менее 0-300 - PLT (10^9 /L) не менее 10-999	Да	
2.20	Погрешность измерения: - WBC $\leq$2.5% - RBC $\leq$2.0% - Hb $\leq$1.5 % - PLT $\leq$5 %	Да	
2.21	Интерференция - WBC $\leq$ 0.5 % - RBC $\leq$ 0.5 % - HGB $\leq$ 0.5 % - PLT $\leq$ 1 %	Да	
2.22	Возможность ввода ФИО, возраста, пола, отделения, врача, оператора и др. данных по каждому пациенту	Да	
2.23	Архив данных не менее чем на 30 000 пациентов с выводом результатов и гистограмм на один экран	Да	
2.24	Возможность ввода общих норм, норм для мужчин и для женщин, для детей и новорожденных и сравнения с ними полученного результата (дифференциация пациентов по группам)	Да	
2.25	Система ежедневного контроля качества с графическим и табличным представлением результатов (9 файлов, до 12 параметров, 31 значение). X-B Анализ.	Да	

2.26	Калибровка в автоматическом (3-5 измерений) или ручном режиме	Да	
2.27	Встроенная сенсорная клавиатура и внешняя PS/2 клавиатура.	Да	
2.28	Построение 3-х гистограмм на дисплее с цветной окраской по типам клеток	Да	
2.29	Встроенный скоростной термопринтер с возможностью распечатки гистограмм (два формата печати)	Да	
2.30	Возможность подключения внешнего принтера	Да	
2.31	Возможность автоматической передачи результатов в персональный компьютер (стандарт RS232)	Да	
2.32	Возможность подключения сканера бар-кодов	Да	
2.33	Открытая реагентная система , работающая на растворах российского производства	Да	
2.34	Забор крови, смешивание и очистка пробоотборника выполняются автоматически после нажатия клавиши «Старт»	Да	
2.35	Дозирование растворов для всех операций (делюция, лизис, промывка и т.п.) происходит автоматически	Да	
2.36	Низкошумные насосы, не более 77Дб	Да	
2.37	Расход растворов		
	Изотонический разбавитель: включение - не более 42 мл; измерение - не более 25 мл; выключение - не более 32 мл.	Да	
	Лизирующий раствор: включение - 0 мл; измерение - не более 0,5 мл; выключение - 0 мл	Да	
	Промывающий раствор: включение - не более 10 мл; измерение - не более 6 мл; выключение - не более 10 мл.	Да	
2.38	Корпус из металла, экранирующего от помех.	Да	
2.39	Размеры не более высота - 46 см ширина - 39 см глубина -39 см	Да	
2.40	Вес не более 23 кг	Да	
2.41	Потребляемая мощность не более 180 VA		
2.42	В комплект поставки должны входить:	Да	
	источник бесперебойного питания мощностью не менее 400 ВА - 1 шт	Да	
	клавиатура ПК - 1 шт	Да	
	инструкция на русском языке	Да	
2.43	Стартовый комплект растворов на 1000 измерений в составе:	Да	
	разбавитель изотон. (10 л) для "Hemolux 19" - 3 уп.	Да	
	раствор лизирующий (1 л) для "Hemolux 19" - 1 уп.	Да	
	раствор промывающий (10 л) для "Hemolux 19" - 1 уп.	Да	
	раствор E-Z очищающий (0.05 л.) для "Hemolux 19" - 1 уп.	Да	
	раствор для срочной очистки (иглы и камер) (0.06 л) для "Hemolux 19" - 1 уп.	Да	
2.44	Контроль гематол. CBC-3D 4x2 мл (кровь контрольная, 2N, 1H, 1L) R&D	Да	

2.45	Микропробирка с К3 ЭДТА 200 мкл 1000 штук	Да	

5. Место поставки товара:

МУЗ «Городская больница № 6» г. Владимир, Институтский городок, д.18.

6. Сроки поставки товара:

Третий - четвертый квартал 2009 года

7. Сведения о включенных (не включенных) в цену услуг расходах:

В цену заявки включены все предусмотренные налоги, сборы и другие обязательные платежи.

8. Максимальная цена контракта:

Максимальная цена контракта образовалась в результате изучения рынка расходных материалов - **378000 руб.00коп.**

9. Место подачи котировочных заявок, срок их подачи, дата и время окончания срока подачи котировочных заявок:

МУЗ «Городская больница № 6» 600901,г. Владимир, мкр. Юрьевец Институтский городок д.18, секретарю главного врача.
Срок подачи котировочных заявок до ***18.08.2009г.*** **до 17 часов 00 мин.** окончание срока подачи котировочных заявок.

10. Условия поставки товара и оплаты товара:

Поставка осуществляется в МУЗ "Городская больница № 6" в 3 -4 квартале 2009 года по предварительному согласованию с учреждением. Условия поставки: наличие сертификата, доставка и разгрузка силами поставщика. 100% объем предоставления гарантии качества товара.
Оплата производится в течение 30 календарных дней по факту поставки, по товарно-транспортным накладным и счетам-фактурам

11. Срок подписания победителем в проведении запроса котировок муниципального контракта со дня подписания протокола рассмотрения и оценки котировочных заявок:

Не ранее чем через семь дней, но не позднее двадцати дней со дня размещения на официальном сайте протокола рассмотрения и оценки котировочных заявок.

12. Заказчик вправе отказаться от размещения заказа до момента окончания срока подачи котировочных заявок.

Приложение № 1

Котировочная заявка

Настоящей _____

_____

Наименование, (для юридического лица), Ф.И.О. (для физического лица); место нахождения (для юридического лица)

_____

место жительства (для физического лица); банковские реквизиты, ИНН

_____

готовы осуществить поставку товара в соответствии с условиями, изложенными в извещении – запросе котировок от_____, а именно:

№ п/п	Наименование товара	Ед. изм.	Кол-во	Цена	Сумма

Место поставки товара:

_____

Сроки поставки товара:

_____

Цена контракта (указана с учетом расходов на уплату налогов, сборов и других обязательных платежей)_____

С условиями, порядком и сроком оплаты, указанных в извещении-запросе котировок, согласны.

Руководитель _____ (Ф.И.О.)
МП (подпись)

Главный бухгалтер _____ (Ф.И.О.)
(подпись)

Приложения на___листах.
1. Заверенная копия свидетельства о государственной регистрации.
2. Заверенные копии учредительных документов.
3. Заверенная копия лицензии на соответствующий вид деятельности.

(Согласно постановлению главы города Владимира от 26.12.2007 г. № 5176 указанные документы представляются в добровольном порядке)