PAKIET NR 1

| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Podnośnik jezdny AKS Clino XL do 185 kg – 3 szt.**Oferowany model: ………………………………………Producent: …………………………………………………………Rok produkcji………………………………………………….. |
|  | Max. Zasięg na wysokości 600 mm = 675 mm | TAK, podać |  |
|  | Max. Zasięg z wysokości podstawy 675mm | TAK, podać |  |
|  | Zasięg podstawy przy rozpiętości nóg podstawy 700mm = 313 mm | TAK, podać |  |
|  | Średnica rolki tylnej 100 mm | TAK, podać |  |
|  | Średnica rolki przedniej 75 mm | TAK, podać |  |
|  | Ogólna wysokość 1290 mm | TAK, podać |  |
|  | Średnica zakrętu 1443 mm | TAK, podać |  |
|  | Długość podstawy 1273 mm | TAK, podać |  |
|  | Max. Wysokość wysięgnika 2075 mm | TAK, podać |  |
|  | Min. wysokość wysięgnika 821 mm | TAK, podać |  |
|  | Zasięg podnoszenia 1204 mm | TAK, podać |  |
|  | Min. zew. Szerokość 621 mm | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
|  | Max. wew. Szerokość 944 mm | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
|  | Wewn. Szer. Przy maks. Zasięgu wysięgnika 866 mm. | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
|  | Min. wewn. Szerokość 520 mm | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
|  | Wysokość podstawy 120 mm | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
|  | Prześwit podstawy 70 mm | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
|  | Szer. Uchwytu 452 mm | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
|  | Min. odl. Od ściany do końcówki wysięgnika przy najwyższym położeniu 607 mm | TAK, podać |  |
|  | Min. odl. Od ściany do końcówki wysięgnika przy najniższym położeniu 341 mm | TAK, podać |  |
|  | Min. odl. Od ściany przy maksymalnym wychyleniu 230 mm | TAK, podać |  |
|  | Wygodny pilot z dużymi przyciskami  | TAK, podać |  |
|  | Bateria: 24V DC | TAK, podać |  |
|  | Liczba podnoszeń na jednym ładowaniu: około 25 | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
|  | Czas podnoszenia przy maksymalnym obciążeniu: ok. 80 sekund | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Wymagane parametry i funkcje****(wartości minimalne wymagane)** | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
|  | **Wymagania techniczne – dotyczy wszystkich powyższych urządzeń** |  |  |
|  | Paszport techniczny oraz instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z urządzeniem. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Obsługa urządzenia i komunikaty w języku polskim/jeśli dotyczy/ | TAK, podać |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące od dnia instalacji potwierdzonej protokołem uruchomienia i przekazania urządzenia w terminie uwzględniającym czas pracy personelu | TAK, podać |  |
|  | Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 48 godz. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Czas oczekiwania na skuteczne usunięcie uszkodzenia /dotyczy sprzętu medycznego/:a. nie wymagającej importu części nie dłużej niż 2 dni robocze /dotyczy sprzętu medycznego/b. wymagającej importu części nie dłużej niż 10 dni roboczych. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Wykonawca dostarczy, zainstaluje i uruchomi, a także przeprowadzi szkolenie z zakresu obsługi w cenie oferty | TAK, podać |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia informacji niezbędnych do wypełnienia paszportu technicznego urządzenia | TAK, podać |  |
|  | Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 10 lat od daty sprzedaży /dotyczy sprzętu medycznego | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie wykonane w technologii energooszczędnej – urządzenie energooszczędne / jeśli dotyczy/  | TAK, podać |  |

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie nawet jednego z  w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w  oferowanej konfiguracji.

 …………………………………..

 Podpis osoby uprawnionej do

 reprezentowania Wykonawcy

PAKIET NR 2

| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Szafa na chemikalia Comfort CS 104-A, z drzwiami skrzydłowymi i 4 wannami wysuwanymi – 3 szt.**Oferowany model: ………………………………………Producent: …………………………………………………………Rok produkcji………………………………………………….. |
|  | Do bezpiecznego i przepisowego składowania substancji niebezpiecznych dla wód, niezapalnych cieczy i trucizn w pomieszczeniach roboczych | TAK, podać |  |
|  | Korpus z cienkiej blachy stalowej pokryty wytrzymałym wysokogatunkowym lakierem strukturalnym w kolorze niebieskim gencjanowym (RAL 5010), drzwi jasnoszare (RAL 7035) | TAK, podać |  |
|  | Stała wymiana powietrza przez kratki w drzwiach | TAK, podać |  |
|  | Drzwi skrzydłowe z zamkiem bezpieczeństwa i zakrytymi dźwigniami zamykającymi | TAK, podać |  |
|  | Wyposażona w 3 wysuwane, cynkowane wanny wychwytowe (o wysokości regulowanej co 25 mm) i wysuwaną cynkowaną wannę podłogową (wg Stawa-R) | TAK, podać |  |
|  | Zintegrowana zabezpieczająca blokada uniemożliwia równoczesne wysunięcie kilku wanien | TAK, podać |  |
|  | Korpus i drzwi jasnoszare (RAL 7035) | TAK, podać |  |
|  | Pełne wyposażenie w wysuwane, cynkowane wanny wychwytowe | TAK, podać |  |
|  | Wyposażenie 3 wanny wysuwane, 1 podłogowa | TAK, podać |  |
|  | Wersja drzwi – 2- skrzydłowe | TAK, podać |  |
|  | Rodzaj drzwi – dwustronne | TAK, podać |  |
|  | Kolor drzwi – szary | TAK, podać |  |
|  | Kolor korpusu – szare | TAK, podać |  |
|  | Szerokość zewn. 1200 mm | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
|  | Głębokość zewn. 500 mm | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
|  | Wysokość zewn. 1950 mm | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
|  | Szerokość wewn. 1125 mm | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
|  | Głębokość wewn. 470 mm  | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
|  | Wysokość wewn. 1810 mm | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
|  | Nośność wanny wysuwanej 45 kg | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
|  | Poj. Wychwytu wanny podłogowej 30 l  | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
|  | Typ CS 104-A | TAK, podać |  |
|  | Materiał blacha stalowa | TAK, podać |  |
|  | Rodzaj szafy – szafa wysoka | TAK, podać |  |
|  | Media do składowania – ciecze niebezpieczne dla wód | TAK, podać |  |
|  | Masa 109 kg | TAK, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Wymagane parametry i funkcje****(wartości minimalne wymagane)** | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
|  | **Wymagania techniczne – dotyczy wszystkich powyższych urządzeń** |  |  |
|  | Paszport techniczny oraz instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z urządzeniem. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Obsługa urządzenia i komunikaty w języku polskim/jeśli dotyczy/ | TAK, podać |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące od dnia instalacji potwierdzonej protokołem uruchomienia i przekazania urządzenia w terminie uwzględniającym czas pracy personelu | TAK, podać |  |
|  | Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 48 godz. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Czas oczekiwania na skuteczne usunięcie uszkodzenia /dotyczy sprzętu medycznego/:a. nie wymagającej importu części nie dłużej niż 2 dni robocze /dotyczy sprzętu medycznego/b. wymagającej importu części nie dłużej niż 10 dni roboczych. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Wykonawca dostarczy, zainstaluje i uruchomi, a także przeprowadzi szkolenie z zakresu obsługi w cenie oferty | TAK, podać |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia informacji niezbędnych do wypełnienia paszportu technicznego urządzenia | TAK, podać |  |
|  | Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 10 lat od daty sprzedaży /dotyczy sprzętu medycznego | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie wykonane w technologii energooszczędnej – urządzenie energooszczędne / jeśli dotyczy/  | TAK, podać |  |

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie nawet jednego z  w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w  oferowanej konfiguracji.

 …………………………………..

 Podpis osoby uprawnionej do

 reprezentowania Wykonawcy

PAKIET NR 3

| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Urządzenie do dekontaminacji poprzez zamgławianie – AIRDECON 200 – 1szt.**Oferowany model: ………………………………………Producent: …………………………………………………………Rok produkcji………………………………………………….. |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, nie demonstracyjne, nie powystawowe, rok produkcji min. 2018 r., wolne od wad fabrycznych.  | TAK, podać |  |
|  | System do Sporobójczej dezynfekcji wysokiego poziomu, powierzchni wyrobów medycznych w tym powierzchni trudnodostępnych. | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie musi umożliwiać wybór pracy pomiędzy dekontaminacją peroksonem (O3 + H2O2) generowanym automatycznie przez urządzenie a nadtlenkiem wodoru (H2O2) | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie redukujące wszystkie patogenne mikroorganizmy oraz spory bakterii w każdym cyklu **przy zastosowaniu badań według normy NFT 72-281 2009 (lub procedury równoważnej do określonej ww normą)** | TAK, podać |  |
|  | Skuteczność działania mikrobójczego ustalona przy zastosowaniu **badań według normy NFT 72-281 2009 (lub procedury równoważnej do określonej ww normą)**, była na poziomie:* **Bakterie: redukcja ≥ 5 log**
* **Grzyby/drożdże: redukcja ≥ 4 log**
* **Spory:– redukcja ≥ 3 log**

**Zestawienie parametrów ocenianych:****Wartość redukcji drobnoustrojów określona z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.** | TAK, podać |  |
|  | **Bakterie:** * **Staphylococcus aureus:**

redukcja ≥ 5 - 6,5 log redukcja ≥ 6,6 – 7,2 log redukcja ≥ 7,3 log  | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
|  | * **Pseudomonas aeruginosa**

redukcja ≥ 5 - 6,5 log redukcja ≥ 6,6 – 7,2 log redukcja ≥ 7,3 log  | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
|  | * **Enterococcus hirae:**

redukcja ≥ 5 - 6,8 log redukcja ≥ 6,9 – 7,2 log redukcja ≥ 7,3 log  | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
|  | **Escherichia coli**redukcja ≥ 5 - 6,5 log redukcja ≥ 6,6 – 7,2 log redukcja ≥ 7,3 log  | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
|  | **Dodatkowo punktowane szczepy bakterii:*** **Acinetobacter baumannii**

redukcja ≥ 5 - 6,5 log redukcja ≥ 6,6 – 7,2 log redukcja ≥ 7,3 log  | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
|  | * **MRSA**

redukcja ≥ 5 - 6,5 log redukcja ≥ 6,6 – 7,2 log redukcja ≥ 7,3 log  | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
|  | **Grzyby/ drożdże:** * **Aspergillus niger**

redukcja ≥ 4 – 6 log redukcja ≥ 6,1 – 6,6 log redukcja ≥ 6,7 log  | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
|  | * **Candida albicans**

redukcja ≥ 4 - 6 log redukcja ≥ 6,1 – 6,6 log redukcja ≥ 6,7 log  | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
|  | **Spory:** * **Bacillus subtilis,**

redukcja ≥ 3 – 5 log redukcja ≥ 5,1 – 6,2 log redukcja ≥ 6,3 log  | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
|  | **Dodatkowo punktowane szczepy spor:*** **Clostridium Difficile**

redukcja ≥ 3 – 5 log redukcja ≥ 5,1 – 6,2 log redukcja ≥ 6,3 log  | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
|  | **Dodatkowo punktowane szczepy prątków:** * **Mycobacterium terrae**

redukcja ≥ 3 – 5 log redukcja ≥ 5,1 – 6,5 log redukcja ≥ 6,6 log  | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
|  | **Wymagane dołączenie do oferty badań skuteczności przy zastosowaniu badań według normy NFT 72-281 2009(lub procedury równoważnej do określonej ww normą), w połączeniu z zaproponowanym w poz. 24 środkiem dezynfekcyjnym stosowanym w urządzeniu (w języku polskim). Wymaga się aby badania odnosiły się ściśle do preparatu oraz urządzenia o nazwie handlowej zawartej w ofercie.** | TAK, podać |  |
|  | Czas kontaktu (dezynfekcja właściwa) **po etapie napełnienia pomieszczenia nadtlenkiem wodoru,** nie może przekraczać **60 minut**. Dla przykładu proces **dezynfekcji** pomieszczenia o kubaturze 30 m3 nie powinien przekraczać 90 minut (do 30 minut faza natrysku H2O2 + 60 minut czas kontaktu)  | TAK, podać |  |
|  | Proces dekontaminacji bezpieczny dla użytkownika (automatyczne przerwanie procesu dekontaminacji w monecie wykrycia przez urządzenie ruchu osób postronnych) , ekranów LCD, urządzeń elektrycznych, wyrobów medycznych w tym inkubatorów, materacy.  | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie tworzy suchą mgłę, nie skrapla się na dekontaminowanych powierzchniach | TAK, podać |  |
|  | Powierzchni nie trzeba myć ani dezynfekować po procesie dekontaminacji. | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie łączy się przez Wi Fi z tabletem, telefonem, komputerem | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie wyposażone w czujnik ruchu | TAK, podać |  |
|  | Możliwość podłączenia urządzenia do komputera przez kabel sieciowy. | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie wyposażone w fabrycznie zamontowane kółka jezdne oraz ergonomiczną rączkę pozwalające na swobodne przemieszczanie. | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie z elektronicznym śledzeniem, walidacją oraz archiwizacją historii całego procesu. Każdy raport musi zawierać: Data i godzina rozpoczęcia oraz zakończenia procesu/ Numer cyklu/ Ilość zużytego środka dezynfekcyjnego/ numer seryjny środka dezynfekcyjnego oraz jego nazwa/ temperatura i wilgotność powietrza w pomieszczaniu w trakcie procesu/ **Identyfikator** **operatora** włączającego proces. | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie o wymiarach: +/- 5 cm/kg :Szerokość: 40 cmWysokość: 107 cmGłębokość: 43 cmWaga: 40 kg | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie z programowaniem i pamięcią pomieszczeń (wystarczy raz zmierzyć pomieszczenie i wpisać dane) | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie pamiętające min. 100 operatorów upoważnionych do obsługi urządzenia. | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie z programatorem dnia i czasu - urządzenie samo się włączy o konkretnej godzinie i wybranym dniu | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie wyposażone w mobilny katalizator powietrza, filtrujący cząstki wielkości ≤ 0,007 mikrona, 9-stopniowy filtr pochłaniający lotne związki organiczne oraz mikroorganizmy, zdalnie sterowany, posiadający trzy tryby pracy do wyboru, sygnalizujący konieczność wymiany filtra, waga 15 kg z tolerancją +/-2kg, wydajność na poziomie 300 m3/h, możliwość ciągłej pracy 24/7.**Filtr w katalizatorze posiada zdolność wychwytywania i redukcji jednostek tworzących kolonie (cfu) mikroorganizmów w tym bakterii Bacillus subtilis o co najmniej 98% potwierdzone raportem badań (w języku polskim) wykonanych przez niezależne laboratorium.** **Podać pełną nazwę zaoferowanego urządzenia** | TAK, podać |  |
|  | Możliwość zastosowania walidowanych z systemem pasków testowych sprawdzających skuteczność procesu | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie z elektronicznym czytnikiem kodów z dedykowanych kanistrów z środkiem dezynfekcyjnym zaczytującym: datę ważności, nr seryjny, ilości pozostałego czynnika w pojemnikach. Automatyczna blokada zabezpieczająca przed uruchomieniem procesu w przypadku braku wystarczającej ilości czynnika dezynfekującego. | TAK, podać |  |
|  | Wsparcie techniczne - online | TAK, podać |  |
|  | Dekontaminacja pomieszczeń o kubaturze: min 300 m3 | TAK, podać |  |
|  | Środek do dezynfekcji wysokiego poziomu na bazie 7,5% nadtlenku wodoru, kompatybilny z urządzeniem **posiadający badania skuteczności mikrobójczej zgodnie z następującymi normami:****Bakterie**:EN 14561: Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa, Enterococcus hiraeEN13727: Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa, Enterococcus hiraeEN 1040: Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus aureus**Grzyby**:EN 14562: Aspergillus brasiliensis, Candida albicansEN13624: Aspergillus brasiliensis, Candida albicans**Prątki**:EN 14563: Mycobacterium terrae, Mycobacterium aviumEN14348: Mycobacterium terrae, Mycobacterium avium**Wirusy**:EN14476: Poliovirus, Adenovirus, Murine norovirus, WZW B, WZW C, HIV**Spory**:EN14347: Clostridium difficile, Bacillus subtilisEN13704: Clostridium difficile R027, Clostridium difficile, Bacillus subtilis**Podać nazwę zaoferowanego preparatu:** **Wymagane dołączenie do oferty badań potwierdzających spełnienie norm w języku polskim.**  | TAK, podać |  |
|  | Spełnia wszystkie europejskie standardy bezpieczeństwa: NF EN 61010-1, 2004/108/EC,CEI 61000-4-2, CEI 61000-4-3, CEI 61000-4-4 , CEI 61000-4-5, CEI 61000-4-6, CEI 61000-4-11, CEI 61000-3-2, CEI 61000-3-3 | TAK, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Wymagane parametry i funkcje****(wartości minimalne wymagane)** | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
|  | **Wymagania techniczne – dotyczy wszystkich powyższych urządzeń** |  |  |
|  | Paszport techniczny oraz instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z urządzeniem. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Obsługa urządzenia i komunikaty w języku polskim/jeśli dotyczy/ | TAK, podać |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące od dnia instalacji potwierdzonej protokołem uruchomienia i przekazania urządzenia w terminie uwzględniającym czas pracy personelu | TAK, podać |  |
|  | Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 48 godz. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Czas oczekiwania na skuteczne usunięcie uszkodzenia /dotyczy sprzętu medycznego/:a. nie wymagającej importu części nie dłużej niż 2 dni robocze /dotyczy sprzętu medycznego/b. wymagającej importu części nie dłużej niż 10 dni roboczych. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Wykonawca dostarczy, zainstaluje i uruchomi, a także przeprowadzi szkolenie z zakresu obsługi w cenie oferty | TAK, podać |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia informacji niezbędnych do wypełnienia paszportu technicznego urządzenia | TAK, podać |  |
|  | Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 10 lat od daty sprzedaży /dotyczy sprzętu medycznego | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie wykonane w technologii energooszczędnej – urządzenie energooszczędne / jeśli dotyczy/  | TAK, podać |  |

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie nawet jednego z  w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w  oferowanej konfiguracji.

 …………………………………..

 Podpis osoby uprawnionej do

 reprezentowania Wykonawcy

PAKIET NR 4

| **L.p.** |  **Wymagane parametry i funkcje** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Komora laminarna - Aeolus V3 z pionowym przepływem powietrza – 1 szt.**Oferowany model: ………………………………………Producent: …………………………………………………………Rok produkcji………………………………………………….. |
|  | komora laminarna z pionowym przepływem powietrza (powietrze powinno być pobierane z otoczenia przez prefiltr G3 przez dmuchawę silnika i przepychane przez filtr HEPA w celu wytworzenia laminarnego przepływu powietrza pionowo do powierzchni roboczej): | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
|  | komora wyprodukowana zgodnie z normą ISO 14644-1; | TAK, podać |  |
|  | powinna zapewniać bezpieczeństwo dla produktu; | TAK, podać |  |
|  | wymiary zewnętrzne: 1048Sx798Gx1220H mm (wysokość bez stelaża); | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
|  | wymiary wewnętrzne: 925Sx693Gx615H mm; | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
|  | prędkość przepływu powietrza: 0.36 m/s; | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
|  | wydajność prefiltra G3 zgodny z EN779; | TAK – 10 pkt.NIE – 0 pkt. |  |
|  | wyposażona w oświetlenie LED ≥1200 lux; | TAK, podać |  |
|  | wyposażona w dwa gniazda elektryczne 230V; | TAK, podać |  |
|  | wyposażona w wentylator/y z silnikami EC; | TAK, podać |  |
|  | wyposażona w 4 otwory wykonane w ścianach bocznych komory; | TAK, podać |  |
|  | wyposażona w filtr główny HEPA H14 o wydajności 99.995% zgodny EN1822 metoda MPPS (99.999% test D.O.P przy cząstkach 0.3μm); | TAK, podać |  |
|  | Wyposażona w przyjazny wyświetlacz LCD z intuicyjnym panelem sterowania pokazujący: wskazanie prędkości powietrza w czasie rzeczywistym, zatkanie filtra i zegar czasu rzeczywistego; | TAK, podać |  |
|  | panel sterowania wyposażony w przyciski do przewijania funkcji wyświetlacza; | TAK, podać |  |
|  | możliwość wyboru pracy wentylatora: wybór pełnej prędkości i wybór połowy prędkości | TAK, podać |  |
|  | możliwość pracy w trybie stand by; | TAK, podać |  |
|  | wyposażona w alarmy wizualne i akustyczne; | TAK, podać |  |
|  | boki komory wykonane ze szkła hartowanego odpornego na promieniowanie UV; | TAK, podać |  |
|  | wyposażona w przesuwne przednie okno ze szkła hartowanego (otwieranie i zamykanie okna manualne); | TAK, podać |  |
|  | pracy lampy UV możliwa tylko w przypadku zamkniętej przedniej szyby; | TAK, podać |  |
|  | elementy zewnętrzne pokryte powłoką na bazie żywic poliestrowych; | TAK, podać |  |
|  | przestrzeń robocza wykonana ze stali nierdzewnej AISI-304 (stal polerowana); | TAK, podać |  |
|  | zużycie energii: 112 W; | TAK, podać |  |
|  | waga: 140 kg; | TAK, podać |  |
|  | poziom hałasu 55 dB (A) zgodny z ISO 11201; | TAK, podać |  |
|  | Wyposażenie opcjonalne:- stelaż wykonany ze stali, malowany farbą epoksydową o wys. 900mm na kółkach- lampa UV | TAK, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Wymagane parametry i funkcje****(wartości minimalne wymagane)** | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
|  | **Wymagania techniczne – dotyczy wszystkich powyższych urządzeń** |  |  |
|  | Paszport techniczny oraz instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z urządzeniem. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Obsługa urządzenia i komunikaty w języku polskim/jeśli dotyczy/ | TAK, podać |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące od dnia instalacji potwierdzonej protokołem uruchomienia i przekazania urządzenia w terminie uwzględniającym czas pracy personelu | TAK, podać |  |
|  | Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 48 godz. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Czas oczekiwania na skuteczne usunięcie uszkodzenia /dotyczy sprzętu medycznego/:a. nie wymagającej importu części nie dłużej niż 2 dni robocze /dotyczy sprzętu medycznego/b. wymagającej importu części nie dłużej niż 10 dni roboczych. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Wykonawca dostarczy, zainstaluje i uruchomi, a także przeprowadzi szkolenie z zakresu obsługi w cenie oferty | TAK, podać |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia informacji niezbędnych do wypełnienia paszportu technicznego urządzenia | TAK, podać |  |
|  | Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 10 lat od daty sprzedaży /dotyczy sprzętu medycznego | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie wykonane w technologii energooszczędnej – urządzenie energooszczędne / jeśli dotyczy/  | TAK, podać |  |

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie nawet jednego z  w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w  oferowanej konfiguracji.

 …………………………………..

 Podpis osoby uprawnionej do

 reprezentowania Wykonawcy