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 = 680 mm | | TAK, podać | |  | |
|  | | Max. Zasięg z wysokości podstawy 680 mm | | TAK, podać | |  | |
|  | | Zasięg podstawy przy rozpiętości nóg podstawy 700mm = 205 mm | | TAK, podać | |  | |
|  | | Średnica rolki tylnej 100 mm | | TAK, podać | |  | |
|  | | Średnica rolki przedniej 75 mm | | TAK, podać | |  | |
|  | | Ogólna wysokość 1270 mm | | TAK, podać | |  | |
|  | | Średnica zakrętu 1470 mm | | TAK, podać | |  | |
|  | | Długość podstawy 1280 mm | | TAK, podać | |  | |
|  | | Max. Wysokość wysięgnika 1990 mm | | TAK, podać | |  | |
|  | | Min. wysokość wysięgnika 600 mm | | TAK, podać | |  | |
|  | | Zasięg podnoszenia 1390 mm | | TAK, podać | |  | |
|  | | Min. zew. Szerokość 680 mm | | TAK – 10 pkt.  NIE – 0 pkt. | |  | |
|  | | Max. wew. Szerokość 960 mm | | TAK – 10 pkt.  NIE – 0 pkt. | |  | |
|  | | Wewn. Szer. Przy maks. Zasięgu wysięgnika 920 mm. | | TAK – 10 pkt.  NIE – 0 pkt. | |  | |
|  | | Min. wewn. Szerokość 550 mm | | TAK – 10 pkt.  NIE – 0 pkt. | |  | |
|  | | Wysokość podstawy 100 mm | | TAK – 10 pkt.  NIE – 0 pkt. | |  | |
|  | | Prześwit podstawy 30 mm | | TAK – 10 pkt.  NIE – 0 pkt. | |  | |
|  | | Szer. Uchwytu 490 mm | | TAK – 10 pkt.  NIE – 0 pkt. | |  | |
|  | | Min. odl. Od ściany do końcówki wysięgnika przy najwyższym położeniu 650 mm | | TAK, podać | |  | |
|  | | Min. odl. Od ściany do końcówki wysięgnika przy najniższym położeniu 525 mm | | TAK, podać | |  | |
|  | | Min. odl. Od ściany przy maksymalnym wychyleniu 275 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** |
| --- | --- | --- | --- |
| **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