|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje** **(wartości minimalne wymagane)** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| **Chłodziarka farmaceutyczna – 1 sztuka**Oferowany model: …………………………………………………………Producent: …………………………………………………………Rok produkcji ………………………………………………………… |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, wyklucza się urządzenia demonstracyjne i powystawowe.  | TAK, podać |  |
|  | Pojemność chłodziarki minimum 330l. | TAK, podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne (szer. x głęb. x wys.): 600 x 700 x 1500mm (±10%). | TAK, podać |  |
|  | W wyposażeniu min. 6 półek drucianych. | TAK, podać |  |
|  | Kontroler gwarantujący utrzymanie jednorodnej temperatury urządzenia. | TAK, podać |  |
|  | Rozmrażanie: automatyczne. | TAK, podać |  |
|  | Minimalny zakres temperatur: od +2˚C do +8˚C. | TAK, podać |  |
|  | Temperatura nominalna +5˚C (±2°C). | TAK, podać |  |
|  | Wbudowany system rejestracji temperatury. | TAK, podać |  |
|  | Karta microSD w standardzie umożliwiająca przeniesienie danych z urządzenia do komputera. | TAK, podać |  |
|  | Drzwi pełne z zamkiem ręcznym z min. dwoma kluczami w zestawie. | TAK, podać |  |
|  | Alarm minimum: awarii zasilania, zbyt wysokiej lub niskiej temperatury, niskiego poziomu baterii. | TAK, podać |  |
|  | Czynnik chłodniczy przyjazny dla środowiska – utrzymujący bliski zeru lub zerowy potencjał niszczenia warstwy ozonowej. | TAK, podać |  |
|  | Chłodzenie wspomagane wentylatorem. | TAK, podać |  |
|  | Złącze alarmowe. | 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 |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące od dnia instalacji potwierdzonej protokołem uruchomienia i przekazania urządzenia w terminie uwzględniającym godziny pracy Zamawiającego. | 48 m-cy - 40 pkt42 m-ce - 30 pkt36 m-cy –20 pkt30 m-cy – 10pkt24 m-ce – 0 pkt |  |
|  | Czas reakcji serwisu od powiadomienia do rozpoczęcia naprawy max. 24 godz. /dotyczy sprzętu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Czas oczekiwania na skuteczne usunięcie uszkodzenia /dotyczy sprzętu medycznego/:a. niewymagającej 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, urządzenie oraz przeprowadzi instruktarz obsługi i konserwacji w cenie oferty. | TAK, podać |  |
|  | Wykonawca zobowiązany jest do dostarczenia wraz z urządzeniem uzupełnionego paszportu technicznego o dane identyfikujące urządzenie (m.in. numer seryjny, rok produkcji, model, producent). | 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