**Załącznik nr 1 do zapytania cenowego**

**Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Część I- Cieplarka – 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2023 r: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | Wartość oferowana |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |
|  | obieg powietrza naturalny | TAK, opisać  |  |
|  | pojemność użytkowa komory 245l ( +/- 5l) | TAK, opisać  |  |
|  | sterownik mikroprocesorowy PIDwyświetlacz 4,3" kolorowy panel dotykowy | TAK, opisać  |  |
|  | **TEMPERATURA** |  |  |
|  | zakres temperatury pracy [°C] 5°C powyżej temperatury otoczenia +100°C | TAK, opisać  |  |
|  | regulacja temperatury co 0,1[°C] | TAK, opisać  |  |
|  | stabilność temperatury w 37°C [+/-0,3°C] | TAK, opisać  |  |
|  | jednorodność temperatury w 37°C [+/- 0,5°C] | TAK, opisać  |  |
|  | zabezpieczenie temperaturowe klasy 2.0 zgodnie z DIN 12880 lub równoważna  | TAK, opisać  |  |
|  | **KOMORA** |  |  |
|  | drzwi podwójne z oknem wizyjnym  | TAK, opisać  |  |
|  | materiał komory kwasoodporna stal nierdzewna zg. z DIN 1.4301 lub równoważna | TAK, opisać  |  |
|  | materiał obudowy blacha malowana proszkowo  | TAK, opisać  |  |
|  | stal nierdzewna strukturalna (len) | TAK, opisać  |  |
|  | wymiary zewnętrzne urządzenia [mm] ( +/- 20mm)szerokość A 820wysokość B 1140głębokość C 770 | TAK, opisać  |  |
|  | wymiary komory [mm] ( +/- 20mm)szerokość D 600wysokość E 800głębokość F 510 | TAK, opisać  |  |
|  | ilość półek min. 3maksymalne obciążenie półki [kg] 25 ( +/- 2 kg) | TAK, opisać  |  |
|  | maksymalne obciążenie urządzenia [kg] 90 ( +/- 5 kg) | TAK, opisać  |  |
|  | waga urządzenia [kg] 118 ( +/- 5 kg) | TAK, opisać  |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
| 1. | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3. | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4. | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 6. | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7. | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8. | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9. | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10. | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |
| Wartość netto : |  |
| Vat % |  |
| Wartość brutto: |  |

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

 /podpisano elektronicznie/\*\*

***\*\* UWAGA: należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby uprawnionej do zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy.***

**Załącznik nr 1 do zapytania cenowego**

**Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

**PARAMETRY TECHNICZNE**

 **Część 2 - Wirówka laboratoryjna z chłodzeniem – 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2023 r: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | Wartość oferowana |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |
|  | 230V, 50/60Hz, zakres obrotów: 90-18000 RPM  | TAK, opisać  |  |
|  | wirnik horyzontalny 4 x 200 ml  | TAK, opisać  |  |
|  | pojemnik 200 ml (fi57/100mm)  | TAK, opisać  |  |
|  | wkładka redukcyjna – niska (7 x fi 13,5mm) na probówki 7 x 1,6-7 ml do systemów zamkniętych  | TAK, opisać  |  |
|  | wkładka redukcyjna (5 x fi 16,7 mm) na probówki okrągłodenne  | TAK, opisać  |  |
|  | komora wirowania ze stali nierdzewnej  | TAK, opisać  |  |
|  | automatyczne otwieranie pokrywy  | TAK, opisać  |  |
|  | zamek domykający pokrywę  | TAK, opisać  |  |
|  | czujnik wyważenia  | TAK, opisać  |  |
|  | blokada pokrywy podczas wirowania  | TAK, opisać  |  |
|  | blokada startu przy otwartej pokrywie  | TAK, opisać  |  |
|  | awaryjne otwieranie pokrywy  | TAK, opisać  |  |
|  | termiczne zabezpieczenie silnika | TAK, opisać  |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
| 1. | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3. | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4. | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 6. | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7. | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8. | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9. | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10. | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |
| Wartość netto : |  |
| Vat % |  |
| Wartość brutto: |  |

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

 /podpisano elektronicznie/\*\*

***\*\* UWAGA: należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby uprawnionej do zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy.***

**Załącznik nr 1 do zapytania cenowego**

**Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Część 3- Wirówka laboratoryjna– 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2023 r: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | Wartość oferowana |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |
|  | 230V-50/60Hz; 120V-50/60Hz, zakres obrotów: 90-6000 RPM | TAK, opisać  |  |
|  | wirnik kątowy 24 x 15/10ml, | TAK, opisać  |  |
|  | liczba probówek na wirnik 24,  | TAK, opisać  |  |
|  | komplet z pojemnikami fi17x100/120mm | TAK, opisać  |  |
|  | bezobsługowy silnik indukcyjny | TAK, opisać  |  |
|  | komora wirowania ze stali nierdzewnej  | TAK, opisać  |  |
|  | czujnik niewyważenia  | TAK, opisać  |  |
|  | blokada pokrywy podczas wirowania | TAK, opisać  |  |
|  | blokada startu przy otwartej pokrywie | TAK, opisać  |  |
|  | awaryjne otwieranie pokrywy | TAK, opisać  |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
| 1. | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3. | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4. | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 6. | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7. | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8. | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9. | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10. | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |
| Wartość netto : |  |
| Vat % |  |
| Wartość brutto: |  |

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

 /podpisano elektronicznie/\*\*

***\*\* UWAGA: należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby uprawnionej do zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy.***

**Załącznik nr 1 do zapytania cenowego**

**Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

**PARAMETRY TECHNICZNE**

**Część 4 - Szafa chłodnicza – 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2023 r: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | Wartość oferowana |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |
| 1. | Pojemność brutto – 1361 l | TAK, opisać  |  |
| 2. | Wymiary zewn. w mm (SxGxW) – 1430/830/2160 | TAK, opisać  |  |
| 3. | Zużycie energii w ciągu 24 h – 2,245 kWh | TAK, opisać  |  |
| 4. | Układ chłodzenia – dynamiczny | TAK, opisać  |  |
| 5. | Odszranianie – automatyczne | TAK, opisać  |  |
| 6. | Zakres temperatury – od 0 °C do +16 °C | TAK, opisać  |  |
| 7. | Kolor obudowy – biały | TAK, opisać  |  |
| 8. | Drzwi – przeszklone | TAK, opisać  |  |
| 9. | Materiał wnętrza – stal chromoniklowa | TAK, opisać  |  |
| 10. | Rodzaj sterowania – elektroniczne | TAK, opisać  |  |
| 11. | Wyświetlacz – zewnętrzny cyfrowy | TAK, opisać  |  |
| 12. | Alarmy | TAK, opisać  |  |
| 13. | Interfejs – RS 485 | TAK, opisać  |  |
| 14. | Złącze beznapięciowe – tak | TAK, opisać  |  |
| 15. | Oświetlenie wnętrza – sufitowe   OŚWIETLENIE LED | TAK, opisać  |  |
| 16. | Liczba regulowanych półek – 8 | TAK, opisać  |  |
| 17. | Max. obciążenie półek – 60 kg | TAK, opisać  |  |
| 18. | Zamek na wyposażeniu | TAK, opisać |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
| 1. | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3. | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4. | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 6. | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7. | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8. | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9. | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10. | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |
| Wartość netto : |  |
| Vat % |  |
| Wartość brutto: |  |

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

 /podpisano elektronicznie/\*\*

***\*\* UWAGA: należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby uprawnionej do zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy.***