Zał. Nr 1.8 do SIWZ

|  |
| --- |
| Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia / **Oświadczenie Wykonawcy o parametrach / funkcjach posiadanych przez oferowany przedmiot zamówienia** |

Wykonawca zobowiązany jest uzupełnić wszystkie tabele o dane wymagane przez Zamawiającego!!!

**\*UWAGA:** W przypadku, gdy wykonawca nie poda pełnego katalogu wymaganych informacji złożona oferta będzie podlegać odrzuceniu na podstawie art. 89 ust. 1 pkt. 2 ustawy pzp.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Część nr 8:**  **LAMPA BAKTERIOBÓJCZA** | | | |
| **ILOŚĆ: 1 SZT.** | | | |
| **Wypełnia wykonawca:** | | | |
| TYP | MODEL | PRODUCENT | KRAJ POCHODZENIA |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Obligatoryjne minimalne (wymagane) parametry lub funkcje** | **j.m.** | **Ilość** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **TAK/NIE\*** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Przeznaczenie – wyposażenie Bloku Operacyjnego |  | | TAK / NIE \* |
| 2 | Lampy bakteriobójcze przepływowe: | TAK / NIE \* |
| a) | dezynfekcja powietrza w obecności personelu i pacjentów, | TAK / NIE \* |
| b) | trwałość promiennika co najmniej 8000 godz. | TAK / NIE \* |
| c) | wymuszony przepływ powietrza przez komorę UV-C | TAK / NIE \* |
| d) | wydajność wentylatora min. 130 m³/godz. | TAK / NIE \* |
| e) | dezynfekowana kubatura pomieszczenia: co najmniej w zakresie: 25-50m3 | TAK / NIE \* |
| f) | powierzchnia (zasięg) działania lampy: co najmniej: 10-20m² | TAK / NIE \* |
| g) | licznik czasu pracy promienników, | TAK / NIE \* |
| h) | klasa zabezpieczenia przeciwporażeniowego: I | TAK / NIE \* |
| i) | typ obudowy IP 20 | TAK / NIE \* |
| j) | rodzaj obudowy: stal kwasoodporna. | TAK / NIE \* |
| 3 | Zasilanie sieciowe standardowe. | TAK / NIE \* |
| 4 | Lampa na podstawie jezdnej | TAK / NIE \* |
|  | **POZOSTAŁE WYMAGANIA:** |  | | |
| 1 | Gwarancja: zgodnie z przedłożoną ofertą |  | | TAK / NIE \* |
| 2 | Wraz z dostawą Wykonawca dostarczy: dokumentację urządzenia (instrukcję obsługi użytkownika, instrukcje bezpieczeństwa użytkownika) w języku polskim w wersji papierowej lub z tłumaczeniem na j.polski, wszelkie deklaracje zgodności lub certyfikaty CE | TAK / NIE \* |
| TAK / NIE \* |
| 3 | Produkt posiada wszelkie dopuszczenia do obrotu na terenie RP | TAK / NIE \* |
| 4 | Czas reakcji serwisu: do 48 h (przyjazd serwisanta do Zamawiającego od momentu zgłoszenia). |  | | TAK / NIE \* |
| 5 | W przypadku braku możliwości naprawy sprzętu w siedzibie Zamawiającego, oferent gwarantuje wstawienie sprzętu zastępczego. |  | | TAK / NIE \* |

|  |
| --- |
|  |
|  |

**UWAGA 1:**

W kolumnie nr 5 tabeli Wykonawca winien zaznaczyć (skreślić) TAK lub NIE. Nie zaznaczenie żadnego z tych słów traktowane będzie jako niespełnienie danego parametru lub funkcji. NIESPEŁNIENIE CHOĆBY JEDNEGO Z PARAMATERÓW LUB FUNKCJI SPOWODUJE ODRZUCENIE OFERTY.

**UWAGA 2:**

W przypadku, gdy wykonawca oferuje rozwiązanie równoważne dla wskazanego w tabeli parametru/funkcji, należy wyraźnie zaznaczyć takie rozwiązanie oraz załączyć dokumenty uwiarygodniające zastosowanie rozwiązań równoważnych

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miejscowość

…………………………………………….

pieczęć(cie) Wykonawcy(ów)

.................................................................

*imię, nazwisko (pieczęć) i podpis osoby*

*upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*