Zał. Nr 1.9 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 9:**  **SPRZĘT CHŁODNICZY** |

**W TYM:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CHŁODZIARKA FARMACEUTYCZNA** | | | |
| **ILOŚĆ: 2 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 | Chłodziarka wolnostojąca do przechowywania leków, wymiary zewnętrzne: szerxgłxwys 600x645x830mm; Pojemność brutto: 126l; Drzwi szklane; 2 półki metalowe; zewnętrzny cyfrowy wyświetlacz temperatury, w pełni elektroniczny moduł kontroli temperatury umożliwiający ustawienie odpowiedniej temperatury w zakresie od +2°C do +8°C. Zużycie energii (przy stabilnym działaniu) przy temp. zewn. 25°C na 24 godziny, kWh 2,29 |  | | TAK / NIE \* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ZAMRAŻARKA NISKOTEMPERATUROWA** | | | |
| **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 | Wys. zewn. mm 895 Szer zewn mm 600 Głębokość zewnętrzna, mm 645 (Zamawiający dopuszcza tolerancję wymiarów w zakresie +/- 10mm)  Pojemność brutto, w litrach 74 Liczba wewnętrznych pokryw 1, Zakres temperatur, w temperaturze otoczenia 20°C -60°C do -86°C Pobór mocy na 24 godziny, kWh 6,00 Cynkowana, malowana obudowa ze stali Alarm dźwiękowy i wizualny Cyfrowy sterownik zaprogramowany fabrycznie. |  | | TAK / NIE \* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **POZOSTAŁE WYMAGANIA:** | |  | | | 1 | Produkt fabrycznie nowy, nie demonstracyjny, nie powystawowy. Rok produkcji 2019 |  | TAK / NIE \* | | 2 | Okres gwarancji: zgodnie z przedłożoną ofertą |  | TAK / NIE \* | | 3 | Okres dostępności części zamiennych minimum 8 lat |  | TAK / NIE \* | | 4 | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim dostarczona z chwilą oddania do eksploatacji. |  | TAK / NIE \* | | 5 | Gwarancja liczona od dnia oddania sprzętu do eksploatacji |  | TAK / NIE \* | | 6 | Karta gwarancyjna oraz paszport techniczny dostarczone wraz z urządzeniem. |  | TAK / NIE \* | | 7 | Oryginalne materiały techniczne producenta, potwierdzające parametry wpisane w tabeli. |  | TAK / NIE \* | | 8 | Wyrób oznaczony znakiem CE potwierdzony deklaracją Zgodności lub Certyfikatem CE |  | TAK / NIE \* | | 9 | Czas reakcji serwisu: do 48 h (przyjazd serwisanta do Zamawiającego od momentu zgłoszenia). |  | TAK / NIE \* | | 10 | W przypadku braku możliwości naprawy sprzętu w siedzibie Zamawiającego, oferent gwarantuje wstawienie sprzętu zastępczego. |  | TAK / NIE \* | | 11 | Uruchomienie i szkolenie w siedzibie Zamawiającego. Szkolenie może być przeprowadzone w dniu dostawy lub w innym terminie uzgodnionym z Zamawiającym. Szkolenie rozumiane jest jako instruktaż z podstawowej obsługi i konserwacji sprzętu medycznego. |  | TAK / NIE \* | | 12 | Dodatkowo min 1 szkolenie w terminie ustalonym z Zamawiającym, na Jego życzenie. |  | TAK / NIE \* | | 13 | W okresie gwarancyjnym wymaga się dokonywania przeglądów okresowych i części używanych do przeglądów zgodnie z zaleceniem warunków eksploatacji producenta urządzenia bez dodatkowych opłat. Ostatni przegląd nie później niż 1 m-c przed upływem okresu gwarancyjnego. |  | TAK / NIE \* | | 14 | Produkt posiada wszelkie dopuszczenia do obrotu na terenie RP | 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*