Zał. Nr 1.1. do propozycji cenowej / zał. Nr 1 do umowy

|  |
| --- |
| 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!!!

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **CHŁODZIARKA FARMACEUTYCZNA** | |
| **Wypełnia wykonawca:** | |
| **PRODUCENT / FIRMA** | **MODEL, SYMBOL BĄDŹ NUMER KATALOGOWY** |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Obligatoryjne minimalne (wymagane) parametry lub funkcje** | **j.m.** | **Ilość** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **TAK/NIE\*** |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 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 | szt | 2 | TAK / NIE |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | 1. **ZAMRAŻARKA NISKOTEMPERATUROWA** | | | **Wypełnia wykonawca:** | | | **PRODUCENT / FIRMA** | **MODEL, SYMBOL BĄDŹ NUMER KATALOGOWY** | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Obligatoryjne minimalne (wymagane) parametry lub funkcje** | **j.m.** | **Ilość** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **TAK/NIE\*** | | 1 | 2 | 3 | 4 | | 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 | Szt. | 2 | TAK / NIE |  |  |  | | --- | --- | | **POZOSTAŁE WYMAGANIA DLA CHŁODZIARKI FARMACEUTYCZNEJ ORAZ ZAMRAŻARKI NISKOTEMPERATUROWEJ** | **Odpowiedź Wykonawcy**  **TAK/NIE\*** | | **1** | **2** | | Produkt fabrycznie nowy, nie demonstracyjny, nie powystawowy. Rok produkcji 2019 | TAK / NIE | | Okres gwarancji: zgodnie z przedłożoną propozycją cenową | TAK / NIE | | Okres dostępności części zamiennych minimum 8 lat | TAK / NIE | | Instrukcja obsługi i użytkowania w języku polskim dostarczona z chwilą oddania do eksploatacji. | TAK / NIE | | Gwarancja liczona od dnia oddania sprzętu do eksploatacji | TAK / NIE | | Karta gwarancyjna oraz paszport techniczny dostarczone wraz z urządzeniem. | TAK / NIE | | **Wraz z propozycją cenową Wykonawca musi przedłożyć oryginalne materiały techniczne producenta, potwierdzające parametry wpisane w tabeli** | TAK / NIE | | Wyrób oznaczony znakiem CE potwierdzony deklaracją Zgodności lub Certyfikatem CE (jeżeli dotyczy) | TAK / NIE | | Czas reakcji serwisu: do 48 h (przyjazd serwisanta do Zamawiającego od momentu zgłoszenia). | TAK / NIE | | W przypadku braku możliwości naprawy sprzętu w siedzibie Zamawiającego, oferent gwarantuje wstawienie sprzętu zastępczego. | TAK / NIE | | 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 | | Dodatkowo min 1 szkolenie w terminie ustalonym z Zamawiającym, na Jego życzenie. | TAK / NIE | | 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 | | Produkt posiada wszelkie dopuszczenia do obrotu na terenie RP | TAK / NIE | |  |
|  |  |

**UWAGA 1:**

W kolumnie nr 4 tabeli i w kolumnie nr 2 pozostałe wymagania, 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 PROPOZYCJI CENOWEJ.

**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) podpis osoby

upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy