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