*Załącznik nr 2*

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**Chłodziarka farmaceutyczna- 10 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry i warunki techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane** |
|  | **I. Wymagania Ogólne** |  |  |
| 1 | Nazwa Urządzenia | Podać |  |
| 2 | Typ Urządzenia | Podać |  |
| 3 | Producent | Podać |  |
| 4 | Kraj pochodzenia | Podać |  |
| 5 | Rok produkcji 2023/2024, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | TAK |  |
| 6 | Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE), tzn. ,że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 07.04.2022 r. o wyrobach medycznych (DZ.U 2022 poz. 974) oraz dyrektywami Unii Europejskiej | TAK |  |
| 7 | Klasyfikacja zgodna z normą IEC/EN 60601-1, ochrona przed porażeniem prądem lub równoważna | Tak |  |
| 8 | Ochrona przed wilgocią lub równoważna | IP22 lub równoważna |  |
|  | **II. Parametry techniczne urządzenia** |  |  |
|  | Wyposażona w kontroler typu IntelliCold zamontowany z przodu lodówki | Tak |  |
|  | Bateryjne podtrzymanie wyświetlacza. | Tak |  |
|  | Wbudowany rejestrator temperatury. | Tak |  |
|  | Automatyczne rejestrowanie danych temperatury 24/7, które można pobrać za pomocą karty micro SD dołączonej do urządzenia. | Tak |  |
|  | Dotykowy wyświetlacz temperatury. | Tak |  |
|  | Zakres temperatury: od +2ºC do +8ºC, ustawiona fabrycznie na +5ºC | Tak |  |
|  | Pojemność: min 150L | Tak |  |
|  | Maksymalne wymiary zewnętrzne: szerokość x głębokość x wysokość: 600 x 600 x 835 mm | Tak /Podać |  |
|  | Minimalne wymiary wewnętrzne: szerokość x głębokość x wysokość: 480 x 410 x 690 mm | Tak /Podać |  |
|  | Waga: maksymalna do 60 kg | Tak /Podać |  |
|  | Chłodziarka wyposażona w 3 szklane. | Tak |  |
|  | Obudowa i wnętrze wykonane ze stali malowanej proszkowo. | Tak |  |
|  | Chłodziarka wyposażona w drzwi pełne z systemem samozamykających się drzwi. | Tak |  |
|  | Alarm dźwiękowy i wizualny wysokiej i niskiej temperatury. | Tak |  |
|  | Alarm dźwiękowy i wizualny otwartych drzwi oraz braku zasilania. | Tak |  |
|  | Automatyczne odszranianie, | Tak |  |
|  | Chłodzenie wspomagane wentylatorem. | Tak |  |
|  | Urządzenie wyposażone w dodatkową sondę „wędrującą”. | Tak |  |
|  | Przyjazny dla środowiska czynnik chłodniczy. | Tak, podać |  |
|  | Port dostępu do wprowadzenia dodatkowej sondy. | Tak |  |
|  | Chłodziarka wyposażona w zamek z dwoma kluczami. | Tak |  |
|  | Oświetlenie wewnętrzne. | Tak |  |
|  | Zużycie energii: maksymalnie 1,5 kW/24H. | Tak |  |
|  | Przeznaczona do pracy w temperaturze otoczenia od + 16 ° C do + 32 ° C. | Tak |  |
|  | Drzwi pełne. | Tak |  |
|  | **III. Informacje dodatkowe - warunki gwarancji i serwisu** |  |  |
| 1 | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 m-ce)  Wyklucza się możliwość oferowania ubezpieczenia lub kontraktu serwisowego. | Tak, podać |  |
| 2 | Czas podjęcia naprawy przez serwis max 48h od momentu zgłoszenia | Tak, podać |  |
| 3 | Zapewnienie dostępności części zamiennych przez min. 10 lat od daty dostawy i instalacji systemu w siedzibie użytkownika. | Tak, podać |  |
| 4 | Instrukcja w języku polskim, w formie wydrukowanej i wersji elektronicznej na płycie CD lub PenDrive.  *Dostarczyć wraz z dostawą przedmiotu zamówienia.* | Tak, podać |  |
| 5 | Bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji. | Tak, podać |  |
| 6 | Bezpłatne szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi aparatu przeprowadzone w siedzibie Zamawiającego. | Tak, podać |  |
| 7 | Liczba napraw uprawniających do wymiany urządzenia na nowe (3 naprawy tego samego modułu) | Tak, podać |  |
| 8 | Serwis na terenie Polski | Tak, podać |  |
| 9 | Paszport techniczny | Tak |  |

**Zamrażarka niskotemperaturowa - 3 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry i warunki techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane** |
|  | **I. Wymagania Ogólne** |  |  |
|  | Nazwa Urządzenia | Podać |  |
|  | Typ Urządzenia | Podać |  |
|  | Producent | Podać |  |
|  | Kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Rok produkcji 2023/2024, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | TAK |  |
|  | Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE), tzn. ,że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 07.04.2022 r. o wyrobach medycznych (DZ.U 2022 poz. 974) oraz dyrektywami Unii Europejskiej | TAK |  |
|  | Klasyfikacja zgodna z normą IEC/EN 60601-1, ochrona przed porażeniem prądem lub równoważna | Tak |  |
|  | Ochrona przed wilgocią lub równoważna | IP22 lub równoważna |  |
|  | **II. Parametry techniczne urządzenia** |  |  |
|  | Pojemność brutto min 93 l | Tak |  |
|  | Zakres temperatury, ºC min od -25 do -65 | Tak |  |
|  | Sonda temperaturowa | Tak |  |
|  | Przyjazny dla środowiska czynnik chłodniczy. | Tak /Podać |  |
|  | Poziom hałasu, max. 57 dB | Tak /Podać |  |
|  | Zużycie energii 24h max 4,8 kWh | Tak /Podać |  |
|  | Napięcie zasilania, 230 V częstotliwość zasilania 50 Hz | Tak /Podać |  |
|  | Alarm wizualny i dźwiękowy | Tak |  |
|  | Port USB | Tak |  |
|  | Wymiana danych | Tak |  |
|  | Cyfrowy kontroler | Tak |  |
|  | Rejestracja danych min 35000 wpisów | Tak /Podać |  |
|  | Alarm wysokiej i niskiej temperatury | Tak |  |
|  | Półki ze stali nierdzewnej min. 2 | Tak |  |
|  | Materiał wnętrza stal nierdzewna | Tak |  |
|  | Materiał obudowy stal nierdzewna | Tak |  |
|  | Wysokość maksymalna z kółkami 850 mm | Tak /Podać |  |
|  | Szerokość maksymalna 600 mm | Tak /Podać |  |
|  | Waga netto max. 80 kg | Tak /Podać |  |
|  | **III. Informacje dodatkowe - warunki gwarancji i serwisu** |  |  |
| 1 | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 m-ce)  Wyklucza się możliwość oferowania ubezpieczenia lub kontraktu serwisowego. | Tak, podać |  |
| 2 | Czas podjęcia naprawy przez serwis max 48h od momentu zgłoszenia | Tak, podać |  |
| 3 | Zapewnienie dostępności części zamiennych przez min. 10 lat od daty dostawy i instalacji systemu w siedzibie użytkownika. | Tak, podać |  |
| 4 | Instrukcja w języku polskim, w formie wydrukowanej i wersji elektronicznej na płycie CD lub PenDrive.  *Dostarczyć wraz z dostawą przedmiotu zamówienia.* | Tak, podać |  |
| 5 | Bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji. | Tak, podać |  |
| 6 | Bezpłatne szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi aparatu przeprowadzone w siedzibie Zamawiającego. | Tak, podać |  |
| 7 | Liczba napraw uprawniających do wymiany urządzenia na nowe (3 naprawy tego samego modułu) | Tak, podać |  |
| 8 | Serwis na terenie Polski | Tak, podać |  |
| 9 | Paszport techniczny | Tak |  |

**Chłodziarka farmaceutyczna - 12 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry i warunki techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane** |
|  | **I. Wymagania Ogólne** |  |  |
|  | Nazwa Urządzenia | Podać |  |
|  | Typ Urządzenia | Podać |  |
|  | Producent | Podać |  |
|  | Kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Rok produkcji 2023/2024, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | TAK |  |
|  | Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE), tzn. ,że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 07.04.2022 r. o wyrobach medycznych (DZ.U 2022 poz. 974) oraz dyrektywami Unii Europejskiej | TAK |  |
|  | Klasyfikacja zgodna z normą IEC/EN 60601-1, ochrona przed porażeniem prądem lub równoważna | Tak |  |
|  | Ochrona przed wilgocią lub równoważna | IP22 lub równoważna |  |
|  | **II. Parametry techniczne urządzenia** |  |  |
|  | Wyposażona w kontroler typu IntelliCold | Tak |  |
|  | Automatyczna rejestracja temperatury 24/7 | Tak |  |
|  | Alarm otwartych drzwi | Tak |  |
|  | Alarm braku zasilania | Tak |  |
|  | Alarm wysokiej i niskiej temperatury | Tak |  |
|  | Przyjazny dla środowiska czynnik chłodniczy | Tak /Podać |  |
|  | Zamek z dwoma kluczami | Tak |  |
|  | Wewnętrzne światło | Tak |  |
|  | Wskaźnik temperatury w czasie rzeczywistym | Tak |  |
|  | Karta SD | Tak /Podać |  |
|  | Wymiary zewn. (szer. x gł. x wys.) max. 600x700x1550 mm | Tak /Podać |  |
|  | Waga, kg max. 100 | Tak /Podać |  |
|  | Pojemność, L min 320 | Tak /Podać |  |
|  | Półki min. 6 | Tak /Podać |  |
|  | Zakres temperatury, ºC +2 do +8 | Tak |  |
|  | Temperatura ustawiona fabrycznie, ºC 5 | Tak |  |
|  | Typ drzwi przeszklone | Tak |  |
|  | Typ blokady Zamek z dwoma kluczami | Tak |  |
|  | Wyświetlacz temperatury | Tak |  |
|  | Alarm wysokiej i niskiej temperatury | Tak |  |
|  | Alarm otwartych drzwi | Tak |  |
|  | Alarm awarii zasilania | Tak |  |
|  | Maksymalny i minimalny zapis temperatury | Tak /Podać |  |
|  | Automatyczne rozmrażanie | Tak |  |
|  | **III. Informacje dodatkowe - warunki gwarancji i serwisu** |  |  |
| 1 | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 m-ce)  Wyklucza się możliwość oferowania ubezpieczenia lub kontraktu serwisowego. | Tak, podać |  |
| 2 | Czas podjęcia naprawy przez serwis max 48h od momentu zgłoszenia | Tak, podać |  |
| 3 | Zapewnienie dostępności części zamiennych przez min. 10 lat od daty dostawy i instalacji systemu w siedzibie użytkownika. | Tak, podać |  |
| 4 | Instrukcja w języku polskim, w formie wydrukowanej i wersji elektronicznej na płycie CD lub PenDrive.  *Dostarczyć wraz z dostawą przedmiotu zamówienia.* | Tak, podać |  |
| 5 | Bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji. | Tak, podać |  |
| 6 | Bezpłatne szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi aparatu przeprowadzone w siedzibie Zamawiającego. | Tak, podać |  |
| 7 | Liczba napraw uprawniających do wymiany urządzenia na nowe (3 naprawy tego samego modułu) | Tak, podać |  |
| 8 | Serwis na terenie Polski | Tak, podać |  |
| 9 | Paszport techniczny | Tak |  |

**Zamrażarka laboratoryjna z wnętrzem antyiskrowym- 4 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Parametry i warunki techniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametry oferowane** |
|  | **I. Wymagania Ogólne** |  |  |
|  | Nazwa Urządzenia | Podać |  |
|  | Typ Urządzenia | Podać |  |
|  | Producent | Podać |  |
|  | Kraj pochodzenia | Podać |  |
|  | Rok produkcji 2023/2024, urządzenie fabrycznie nowe, nie rekondycjonowane | TAK |  |
|  | Aktualne dokumenty potwierdzające, że zaoferowany przez wykonawcę sprzęt jest dopuszczony do użytku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i Unii Europejskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (deklaracja zgodności i oznakowanie znakiem CE), tzn. ,że oferowany sprzęt posiada wymogi określone w Ustawie z dnia 07.04.2022 r. o wyrobach medycznych (DZ.U 2022 poz. 974) oraz dyrektywami Unii Europejskiej | TAK |  |
|  | Klasyfikacja zgodna z normą IEC/EN 60601-1, ochrona przed porażeniem prądem lub równoważna | Tak |  |
|  | Ochrona przed wilgocią lub równoważna | IP22 lub równoważna |  |
|  | **II. Parametry techniczne urządzenia** |  |  |
|  | Pojemność brutto min 135 l | Tak /Podać |  |
|  | Wymiary zewnętrzne w mm (SxGxW) max. 610/620/850 | Tak /Podać |  |
|  | Zużycie energii w ciągu 365 dni max 300 kWh | Tak /Podać |  |
|  | Temperatura otoczenia +10 °C do +35 °C | Tak /Podać |  |
|  | Czynnik chłodniczy R 600a | Tak |  |
|  | Poziom głośności w dB max.45 dB(A) | Tak /Podać |  |
|  | Częstotliwość / napięcie 50 Hz / 220-240 V~ | Tak |  |
|  | System chłodzenia statyczne | Tak |  |
|  | Metoda odszraniania ręczne | Tak |  |
|  | Zakres temperatury -9 °C do -26 °C | Tak |  |
|  | Materiał obudowy biały | Tak |  |
|  | Materiał drzwi stal | Tak |  |
|  | Materiał wnętrza tworzywo sztuczne biały | Tak |  |
|  | Sterowanie wyświetlacz LED z przyciskami | Tak |  |
|  | Sygnał ostrzegawczy w przypadku awarii optyczny i dźwiękowy | Tak |  |
|  | Alarm braku zasilania po przywróceniu zasilania | Tak |  |
|  | Rodzaj podłączenia do sieci SmartCoolingHub | Tak |  |
|  | Sposób łączenia z siecią (możliwość doposażenia) | Tak /Podać |  |
|  | Maksymalne obciążenie półek 22 kg | Tak /Podać |  |
|  | Szuflady min. 3 | Tak /Podać |  |
|  | Ilość koszy min. 1 | Tak /Podać |  |
|  | Uchwyt drążkowy z wbudowaną mechaniką otwierania drzwi | Tak /Podać |  |
|  | Waga brutto max. 50 kg | Tak /Podać |  |
|  | **III. Informacje dodatkowe - warunki gwarancji i serwisu** |  |  |
| 1 | Okres gwarancji w miesiącach (wymagany min. 24 m-ce)  Wyklucza się możliwość oferowania ubezpieczenia lub kontraktu serwisowego. | Tak, podać |  |
| 2 | Czas podjęcia naprawy przez serwis max 48h od momentu zgłoszenia | Tak, podać |  |
| 3 | Zapewnienie dostępności części zamiennych przez min. 10 lat od daty dostawy i instalacji systemu w siedzibie użytkownika. | Tak, podać |  |
| 4 | Instrukcja w języku polskim, w formie wydrukowanej i wersji elektronicznej na płycie CD lub PenDrive.  *Dostarczyć wraz z dostawą przedmiotu zamówienia.* | Tak, podać |  |
| 5 | Bezpłatne przeglądy w okresie gwarancji. | Tak, podać |  |
| 6 | Bezpłatne szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi aparatu przeprowadzone w siedzibie Zamawiającego. | Tak, podać |  |
| 7 | Liczba napraw uprawniających do wymiany urządzenia na nowe (3 naprawy tego samego modułu) | Tak, podać |  |
| 8 | Serwis na terenie Polski | Tak, podać |  |
| 9 | Paszport techniczny | Tak |  |

**Uwaga:   
1. Parametry techniczne graniczne stanowią wymagania - nie spełnienie choćby jednego z w/w wymogów spowoduje odrzucenie oferty.**

**2. Zamawiający zastrzega sobie możliwość zażądania potwierdzenia wiarygodności przedstawionych przez Wykonawcę danych we wszystkich dostępnych źródłach w tym u producenta.**

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

data i podpis