**Załącznik nr 3 do SWZ**

**MODYFIKACJA Z DNIA 24.01.2022**

**PAKIET 1**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot zamówienia …………………………………………………. Producent: ……………………………Typ aparatu………...……..……  (nazwa, kraj)  Rok produkcji: ……………… | | | | | |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY** | **WYMAGANA ODPOWIEDŹ** | **SZCZEGÓŁOWY OPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **PUNKTACJA** |
| **I.** | **Wirówka laboratoryjna – 1 szt.** | TAK |  |  |
|  | Prędkość wirowania w zakresie co najmniej od 800 do 13 400 obr./min | TAK |  |  |
|  | Max siła wirowania rcf co najmniej 12 000 x g | TAK |  |  |
|  | Rotor :   1. stałokątowy z niezbędnym wyposażeniem do wirowania co najmniej 12 probówek o pojemności 1,5‑2 ml 2. autoklawowalny 3. możliwość doposażenia w adaptery do wirowania probówek o pojemnościach: 0,2 ml, 0,4 ml, 0,5 ml, 0,6 ml | TAK  TAK  TAK |  |  |
|  | Możliwość dokupienia rotora umożliwiającego wirowanie co najmniej 2 pasków 8-probówkowych do PCR (16 probówek o pojemności 0,2 ml) | TAK / NIE |  | TAK – 10 pkt  NIE – 0 pkt |
|  | Panel sterowania z wyświetlaczem LCD i klawiaturą | TAK |  |  |
|  | Czas pracy nastawny w zakresie co najmniej od 15 s do 30 min | TAK |  |  |
|  | Możliwość zmiany czasu i prędkości w trakcie wirowania | TAK / NIE |  | TAK – 5 pkt  NIE – 0 pkt |
|  | Funkcja szybkiego zwirowania | TAK |  |  |
|  | Funkcja automatycznego otwierania pokrywy po zakończeniu cyklu pracy | TAK |  |  |
|  | Okno inspekcyjne w pokrywie wirówki do wizualnego monitorowania procesu | TAK |  |  |
|  | Awaryjne otwieranie pokrywy | TAK |  |  |
|  | Nóżki z przyssawkami | TAK |  |  |
|  | Poziom hałasu podczas pracy nie wyższy niż 49dB | TAK |  |  |
|  | Warunki otoczenia:   1. temperatura w zakresie co najmniej od 10°C do 40°C 2. wilgotność co najmniej 75% | TAK  TAK |  |  |
|  | Medyczny certyfikat CE IVD | TAK / NIE |  | TAK – 15 pkt  NIE – 0 pkt |
|  | Zasilanie 230V/50Hz | TAK |  |  |
| **II.** | **WARUNKI SERWISU GWARANCYJNEGO** | **WYMAGANA ODPOWIEDŹ** | **OPISAĆ OFEROWANE WARUNKI** |  |
|  | Okres gwarancji min. 24 m-ce od daty podpisania przez obie strony protokołu zdawczo – odbiorczego | TAK  Podać |  |  |
|  | Serwis gwarancyjny, proszę podać nazwę i adres firmy | Podać |  |  |
|  | Forma zgłoszeń: faxem, e-mail, pisemnie | Podać |  |  |
| Oświadczamy, że oferowany powyżej sprzęt – jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).  ……………………..…..................……..........………… podpis i pieczątka imienna osoby/ób upoważnionej/nych do występowania w imieniu wykonawcy | | | | | |