**Załącznik nr 3.1.**

**Opis przedmiotu zamówienia – dostawa z instalacją aparatury badawczej na potrzeby Katedry i Zakładu Chemii Klinicznej i Diagnostyki Molekularnej wraz z przeszkoleniem personelu zgodnie z następującymi minimalnymi parametrami technicznymi:**

**Część 1: komora laminarna (1 szt.)**

**Oferuję:**

Model/typ

Producent/kraj

Rok produkcji (nie starszy niż 2023) ………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagania:** | **Sposób oceny** | **Parametry i warunki zaoferowane przez Wykonawcę potwierdzające wymagania Zamawiającego (należy uzupełnić wszystkie wymagane pola podając parametry oferowanego produktu lub wpisać TAK)** |
|  | Komora 1,8m wolnostojąca z podstawą poziomowaną do pracy siedzącej  | TAK |  |
|  | Przepływ powietrza laminarny, pionowy | TAK |  |
|  | II klasa bezpieczeństwa (BIOHAZARD) zgodna z PN-EN 12469 lub równoważną | TAK, podać |  |
|  | **System wentylatorów:**System powinien być konfiguracją z co najmniej dwoma wentylatorami DC: wentylator nawiewowy i wentylator wyciągowy. Wentylatory mają mieć możliwość niezależnego automatycznego sterowania oraz kompensacji obciążenia filtra. Nie dopuszcza się przepustnicy ręcznej do regulacji równowagi przepływu powietrza | TAK |  |
|  | Wymiary zewnętrzne szer. x wys. x głęb. (tylko komora, bez podstawy): nie większe niż 1900 x 1536 x 800 mm | TAK, podać |  |
|  | Wymiary komory rob. (szer. x gł. x wys.): min. 1800 x 620 x 780 mm | TAK, podać |  |
|  | Wysokość blatu roboczego od podłogi ok. 800 mm ± 5% | TAK, podać |  |
|  | Głośność do 57 dB(A) | TAK, podać |  |
|  | Filtry: wstępny, przeciwkurzowy oraz główny i wylotowy klasy H14 | TAK |  |
|  | **Monitorowane parametry pracy**:1. Kontroler funkcji:
	1. wyświetlacz cyfrowy z dedykowanymi przyciskami membranowymi
	2. diody kolorowe do sygnalizacji statusu komory
	3. diagnostyka błędów z podaniem kodu
2. Możliwość wyświetlania wartości istotnych parametrów pracy:
	1. czasu pracy komory,
	2. prędkość przepływu powietrza
	3. czas trwania dezynfekcji UV it
 | TAK |  |
|  | **Szyba frontowa:**1. podnoszona elektrycznie,
2. skośnie położona (min. 10° odchylenia od pionu),
3. uszczelniana w pozycji opuszczonej,
4. bez ramki na dolnej krawędzi.
5. z możliwością odchylenia do góry na sprężynach gazowych przy czyszczeniu,
6. wysokość szczeliny w pozycji roboczej minimum 200 mm
 | TAK, podać |  |
|  | Szyby boczne ze szkła bezpiecznego, chroniące przed promieniowaniem UV. | TAK |  |
|  | Blat roboczy ze stali nierdzewnej klasy 304 lub równoważnej, segmentowy, łatwy do demontażu, autoklawowalny. | TAK, podać |  |
|  | Ściana tylna ze stali nierdzewnej klasy co najmniej 304 lub równoważnej | TAK, podać |  |
|  | Oświetlenie wnętrza LED, ok 1400 lx ± 5% | TAK, podać |  |
|  | Alarm optyczny i akustyczny | TAK |  |
|  | Zasilanie i pobór mocy: 230V / 50Hz, max. 251 W / <80W w trybie stand-by | TAK, podać |  |
|  | **Zestaw do sterylizacji**Lampy UV-C wbudowane w ściany boczne, zakryte osłoną, układ minimalizujący zjawisko strefy cienia, po 2 sztuki na ścianę | TAK |  |
|  | Gniazdo elektryczne: min. 2 szt. na ścianie tylnej | TAK, podać |  |
|  | **Demontowalne podpórki przedramion** – 2 szt. | TAK |  |
|  | **Zawór próżni** – 1 szt | TAK |  |
|  | Dostawca posiada autoryzowany przez producenta serwis, który wykona instalację i uruchomienie oraz szkolenie w języku polskim.Serwis zapewnia naprawy gwarancyjne i pogwarancyjne oraz posiada dostęp do oryginalnych części zamiennych | TAK |  |
|  | Test instalacyjny zgodny z normą PN-EN 12469 lub równoważną | TAK, podać |  |
|  | **Certyfikaty (dołączone do oferty):** 1. producenta i dystrybutora (ISO 9001 lub równoważny),
2. certyfikat bezpieczeństwa niezależnego laboratorium atestacyjnego,
3. autoryzacja serwisu
 | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie nowe i nieużywane, nierefabrykowane. | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi i dokumentacja techniczna urządzenia w języku polskim | TAK |  |
|  | **Przeniesienie posiadanej przez Zamawiającego 1 szt. komory laminarnej 1,8m HERASAFE do innego pokoju (w ramach jednego piętra, parter) wraz z testem instalacyjnym (kontrola przepływów)** | TAK |  |

*Formularz należy podpisać*

*kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

podpisy osób/-y uprawnionych/-ej