**SPECYFIKACJA TECHNICZNA**

**37/DEG/AC/2023**

**Zakup szafy chłodniczej dla potrzeb kuchni SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku**

Nazwa Wykonawcy ......................................................................

Adres Wykonawcy ......................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *L.p.* | *Opis parametru* | *Parametr wymagany* *(podać zakres lub opisać)* | *Opis parametrów i warunków ofertowanych (wypełnia Wykonawca)* |
|  | Producent / kraj | Podać |  |
|  | Model / typ | Podać |  |
|  | Urządzenie oraz wszystkie elementy składowe – fabrycznie nowe | TAK |  |
|  | Rok produkcji urządzenia | 2023 |  |
|  | Temperatura minimalna | Od -1°C |  |
|  | Temperatura maksymalna | Do +7°C |  |
|  | Klasa klimatyczna | 3 |  |
|  | Szerokość | 1600 mm |  |
|  | Długość | Od 730 mm do 740 mm |  |
|  | Wysokość | Od 2000 mm do 2030 mm |  |
|  | Pojemność komory użytkowej | 1242 l |  |
|  | Obciążenie półki | max. 30 kg |  |
|  | Ilość półek | 10 półek regulowanych, standardowych |  |
|  | Ładowność | 300 kg (półka max. 30 kg) |  |
|  | Regulator temperatury | elektorniczny z wyświetlaczem |  |
|  | Rozmrażanie | automatyczne |  |
|  | Moc (W) | 220 ÷ 260 |  |
|  | Napięcie | 230 V / 50Hz |  |
|  | Ekologiczny czynnik chłodniczy | R290 |  |
|  | Rodzaj drzwi | pełne uchylne |  |
|  | Ilość drzwi | 2 szt. |  |
|  | Odpływ skroplin do pojemnika | TAK |  |
|  | Dno komory przechowalniczej wykonane ze stali nierdzewnej | TAK |  |
|  | Nogi regulowane | TAK |  |
|  | Zagwarantowanie dostępności części przez min. 10 lat od dostawy | TAK |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesięcy przez autoryzowany serwis | TAK, podać |  |
|  | Produkt (sprzęt) posiada instrukcję obsługi w języku polskim – dostaczoną wraz z dostawą | TAK |  |
|  | Cała dokumentacja techniczna sprzętu w języku polskim | TAK |  |
|  | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonaca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | TAK  |  |
|  | Częstotliwość przeglądów | Podać i opisać |  |
|  | Gotowość do przystąpienia naprawy sprzętu w terminie nie dłuższym niż 72 godziny od chwili otrzymania faksem lub emailem zgłoszenia awarii | TAK |  |
|  | W przypadku konieczności wykonania naprawy sprzętu w siedzibie serwisu, Wykonawca na czas naprawy dostarczy urządzenia zastęcze o parametrach nie gorszych niż zaoferowany w postępowaniu w reminie 72 godz. od chwili poinformowania Zamaiwającego o konieczności dokonania naprawy sprzętu poza miejscem zainstalowania w siedzibie Zamawiającego | TAK |  |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | TAK |  |
|  | Serwis pogwarancyjny, odpłatny prze okres min. 10 lat | TAK |  |
|  | Lista autoryzowanych serwisów na terenie Polski (w przypadku braku – na terenie UE) wraz z danymi teleadresowymi i numerami kontaktowymi | TAK, podać |  |
|  | Urządzenie posiada oznaczenie wyrobu zankiem CE dla którego wystawiono Deklarację Zgodności | TAK |  |
|  | Paszport techniczny (dostwa z urządzeniem) | TAK |  |

***UWAGA!***

1. ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub osobistym przez osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do reprezentowanie Wykonawcy.***
2. ***Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu ww. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.***
3. ***Zamawiający dopuszcza złożenie skanu dokumentu podpisanego podpisem własnoręcznym przez osobę upoważnioną wraz z pieczęcią i datą dokumentu.***