|  |
| --- |
| **Załącznik nr 1B – SZAFY DO ARCHIWIZACJI BLOCZKÓW** |
| **Zakres nr 3 Parametry techniczne** |
| ***ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH/OCENIANYCH*** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **Lp.**  **a** | **Nazwa/Opis parametru**  **b.** | **Parametr wymagany/ (graniczny) i/lub oceniany**  **c** | **Parametr oferowany - wpisuje Wykonawca**  **(w miejscach oznaczonych (\*) podać numer strony oferty z potwierdzeniem zaoferowanego parametru)**  **d.** | **Zasady oceny**  **e.** |
| **Szafy do archiwizacji bloczków szt. 3** | | | | |
|  | Archiwum do magazynowania kaset/bloczków parafinowych złożone z 12 poziomów szuflad. | TAK |  | Wymagane |
|  | Pojemność całkowita archiwum: 36,960 standardowych bloczków parafinowych. | TAK |  | Wymagane |
|  | Szafa wykonana metalu, malowana proszkowo (kolor jasnoszary) | TAK |  | Wymagane |
|  | Możliwość wyboru innego koloru szafy niż standardowy | TAK | TAK – 6 pkt.  NIE – 0 pkt.  (\*) | Parametr oceniany |
|  | Szufladki wykonane z tworzywa ABS lub równoważnego, możliwość wyboru koloru frontów (min. 5 kolorów) | TAK |  | Wymagane |
|  | Każda szuflada podzielona na 3 sekcje składowania bloczków w indywidualnych szufladach maksymalnie w 2 warstwach | TAK |  | Wymagane |
|  | Pojemność każdej szuflady na bloczki ok. 100-120 bloczków (kasetka + parafina gr. 7 mm) | TAK |  | Wymagane |
|  | Minimum 12 poziomów szuflad, 28 szuflad na poziom | Tak |  | Wymagane |
|  | Każdy front szuflad z możliwością opisu | TAK |  | Wymagane |
|  | Szafy z drzwiami zamykanymi na klucz | TAK |  | Wymagane |
|  | Możliwość przewożenia szafy za pomocą wózka paletowego | TAK | TAK – 6pkt.  NIE – 0 pkt.  (\*) | Parametr oceniany |
|  | Maksymalne wymiary szafy  wysokość – 184 cm  szerokość – 107 cm  głębokość – 56 cm | TAK |  | Wymagane |
|  | **Szafy do archiwizacji preparatów – szt. 1** | | | |
|  | Archiwum do magazynowania preparatów magazynowych złożone z 12 poziomów szuflad | TAK |  | Wymagane |
|  | Pojemność całkowita archiwum: 125,000 standardowych preparatów. | TAK |  | Wymagane |
|  | Szafa wykonana metalu, malowana proszkowo (kolor jasnoszary) | TAK |  | Wymagane |
|  | Możliwość wyboru innego koloru szafy niż standardowy | TAK | TAK – 6 pkt.  NIE – 0 pkt.  (\*) | Parametr oceniany |
|  | szufladki wykonane z tworzywa ABS lub równoważnego, możliwość wyboru koloru frontów (min. 5 kolorów) | TAK |  | Wymagane |
|  | każda szuflada podzielona na 3 sekcje | TAK |  | Wymagane |
|  | pojemność każdej szuflady na szkiełka ok. 380-420 standardowych preparatów mikroskopowych (zgodnych z normą DIN ISO 8037/1 lub równoważną) | TAK |  | Wymagane |
|  | Minimum 12 poziomów szuflad, 26 szuflad na poziom | TAK |  | Wymagane |
|  | Każdy front szuflad z możliwością opisu | TAK |  | Wymagane |
|  | Szafy z drzwiami zamykanymi na klucz | TAK |  | Wymagane |
|  | Możliwość przewożenia szafy za pomocą wózka paletowego | TAK | **TAK – 6 pkt.**  **NIE – 0 pkt.**  **(\*)** | Parametr oceniany |
|  | Maksymalne wymiary szafy  wysokość – 185 cm  szerokość – 107 cm  głębokość – 56 cm | podać | **TAK – 6 pkt.**  **NIE – 0 pkt.**  **(\*)** | Parametr oceniany |

Uwagi i objaśnienia:  
• (\*) Przedmiotowe środki dowodowe złożone wraz z ofertą na potwierdzenie parametrów ocenianych nie będą podlegały uzupełnieniu, Wykonawca do oferty załącza materiały firmowe w języku polskim – np. katalogi techniczne, foldery, specyfikacje handlowe, ulotki – dotyczy parametrów ocenianych (patrz Kryteria oceny ofert)   
• Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.  
• W tabelce należy podać numer strony katalogu, na której znajduje się opis parametru, a w katalogu należy wyróżnić kolorem lub podać numer parametru , którego dany opis dotyczy.

Miejscowość .......................................................... data ......................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Gwarancja i serwis** |  |  |  |
| 1. | Gwarancja minimum 24 miesiące. | Tak |  | podać |
| 2. | **I**nstalacja | Tak |  | Wymagane |
| 3. | serwis gwarancyjny i dostępny serwis pogwarancyjny. | Tak |  | Wymagane |
| 4. | Możliwość zgłaszania usterek 24h/dobę | Tak |  | Wymagane |
| 5. | Czas reakcji na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji max. do 48 godzin (dotyczy dni roboczych). | Tak |  | Wymagane |
| 6. | Naprawa powinna być wykonana w terminie 5 dni roboczych od dnia otrzymania zgłoszenia, w przypadku gdy naprawa wymaga sprowadzenia nowych części termin zostanie wydłużony do 10 dni roboczych | Tak |  | Wymagane |
| 7. | Liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy- maksimum 3 | Tak |  | Wymagane |
| 8. | Dostępność części zamiennych i materiałów eksploatacyjnych przez okres min. 10 lat, | Tak |  | Wymagane |
| 9. | Minimalny okres przestoju ponad czas przewidziany na naprawę wydłużający gwarancję- 5 dni roboczych | Tak |  | Wymagane |
| 10. | Szkolenie personelu medycznego w zakresie eksploatacji i obsługi aparatu w miejscu instalacji | Tak |  | Wymagane |
| 11. | Dokumenty dopuszczające do obrotu i używania na terenie RP | TAK |  | Wymagane |
| 12. | Instrukcja obsługi aparatu w języku polskim (dostarczyć razem z aparatem) | Tak |  | Wymagane |