**Formularz parametrów oferowanych**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Chłodziarka do odpadów medycznych** | |
| **Parametry wymagane przez Zamawiającego** | **Parametry oferowane\***  (Wykonawca zaznacza właściwą odpowiedź) |
|  | Producent, nazwa lub model oferowanego urządzenia | */ wpisz /* |
|  | Przeznaczone do krótkotrwałego przechowywania odpadów medycznych (do 7 dni) | tak / nie |
|  | Komora przystosowana do pojemników o pojemności 120 l – 1 szt. | tak / nie |
|  | Wymagany dodatkowo pojemnik 1 szt. na odpady o pojemności 120 l do każdej chłodziarki | tak / nie |
|  | Korpus i wnętrze wykonane ze stali nierdzewnej | tak / nie |
|  | Izolacja komory chłodniczej z pianki poliuretanowej, dno nieizolowane | tak / nie |
|  | Drzwi z uszczelką magnetyczną co najmniej z trzech stron | tak / nie |
|  | Pokrywa z uszczelką magnetyczną dookoła | tak / nie |
|  | Uchwyt drzwi i pokrywy gięty z blachy | tak / nie |
|  | Ekologiczny czynnik chłodniczy | tak / nie |
|  | Energooszczędny agregat sprężający | tak / nie |
|  | Automatyczny system rozmrażania i odparowania skroplin | tak / nie |
|  | Sterowanie parametrami pracy urządzenia przy pomocy elektronicznego termoregulatora z wyświetlaczem cyfrowym (wymagany zakres temperatury od +4°C do +8°C) | tak / nie |
|  | Automatyczny rejestr temperatury z możliwością darmowego odczytu i darmowego tworzenia list temperatur za pomocą aplikacji w celu tworzenia cyfrowej dokumentacji bez jakichkolwiek opłat | tak / nie |
|  | Zasilanie: 230V/50 Hz | tak / nie |
|  | Możliwość przejścia przez futrynę drzwiową o szerokości do 800 mm | tak / nie |

*…………………………………………*

*(podpisano elektronicznie)*

podpis osoby uprawnionej/upoważnionej do działania w imieniu Wykonawcy

\*wypełnia Wykonawca – dopuszcza się wyłącznie formularz wypełniony w całości.

PLIK NALEŻY PODPISAĆ ELEKTRONICZNYM PODPISEM KWALIFIKOWANYM LUB PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM