**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (PAKIET NR 6) ZAŁĄCZNIK NR 2 DO SIWZ**

**Chłodziarka laboratoryjna**

**(1 sztuka dla Laboratorium Analitycznego przy ul. Władysława Truchana 7)**

Nazwa Producenta …………………………

Nazwa/Typ/Model Urządzenia …………………………

Kraj pochodzenia …………………………

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/****Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Chłodziarka laboratoryjna, fabrycznie nowa, nie po wystawowa, rok produkcji nie wcześniejszy niż 2018r., gotowe do użytkowana bez dodatkowych zakupów i inwestycji | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Chłodziarka z cyfrowym zewnętrznym wskaźnikiem temperatury | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Alarm temperatury:1. optyczny i dźwiękowy w przypadku awarii
2. po przywróceniu zasilania
 | TAK | TAK/NIE\*Podać, opisać……. |
|  | Wymiary zewnętrzne: Wysokość maksymalna 184 cm (+/- 4 cm)Szerokość 55 cm (+/- 5 cm)Głębokość 60 cm (+/- 1,5 cm) | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Pojemność użytkowa około 340 L (+/-10 L) | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Minimalny zakres temperatur chłodzenia od 3OC do +16OC (+/- 2 OC) | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Poziom hałasu max. 50 dB (+/-2 dB) | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Automatyczna metoda odszraniania | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Kierunek otwierania drzwi prawy/ lewy z opcją zamiany | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Obudowa stalowa, malowana, biała lub srebrna.  | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Drzwi pełne, stalowe | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Drzwi wyposażone w zamek dla ochrony przed niepożądanym dostępem | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Półki wewnętrzne (ruszt z powłoką z tworzywa sztucznego o obciążeniu 50 kg (+/- 5 kg), 6 półek ( w tym minimum 5 półek regulowanych) | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Klasa klimatyczna: 7  | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Dynamiczny układ chłodzenia | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Ergonomiczny uchwyt drążkowy | TAK | TAK/NIE\* |
| **Pozostałe wymagania** |
|  | **DOKUMENTACJA PRODUKTU:*** Certyfikat TÜV/GS lub równoważny
* Instrukcja obsługi w j. polskim – przy dostawie
* Informacja o sposobie dezynfekcji i środkach, jakie należy stosować do mycia sprzętu – przy dostawie
 | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Wykonawca zapewnia świadczenie usług serwisowych przez autoryzowane przez producenta punkty serwisowe.Siedziba serwisu - dokładny adres i nr telefonu.  | TAK, podać | Adres: ………………………………………………Telefon: ………………………e-mail: ……………………… |
|  | Czas naprawy nie dłuższy niż 72 godziny od zgłoszenia awarii w dni robocze | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | Maksymalna ilość napraw tego samego elementu, po którym dany element zostanie zastąpiony nowym wolnym od wad- 3 naprawy | TAK | TAK/NIE\*podać……. |
|  | W okresie trwania gwarancji Wykonawca zobowiązuje się do załatwienia wszelkich formalności celnych, związanych z ewentualną wymianą urządzenia na nowe, jego wysyłką do naprawy gwarancyjnej i odbiorem lub importem we własnym zakresie- bez udziału Zamawiającego | TAK | TAK/NIE\*podać……. |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:** W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.

* Oświadczamy, iż zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia warunki opisane w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ) oraz posiada parametry opisane w Opisie Przedmiotu Zamówienia
* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji.
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzebne do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

 ................................................................................................

 Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy