**Załącznik nr 1.2 do SIWZ**

**Chłodnie i zamrażarki farmaceutyczne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Parametr wymagany graniczny | Potwierdzenie | Parametr oferowany |
| 1. | **Warunki wstępne** |  |  |
| 1.1 | Urządzenia fabrycznie nowe, nierekondycjonowane, niepowystawowe, i nieużywane. | Tak |  |
| 1.2 | Drukowana instrukcja obsługi w języku polskim dostarczona wraz z urządzeniem (nie dopuszcza się instrukcji obsługi tylko w wersji elektronicznej, może być jako dodatkowa opcja). | Tak |  |
| 1.3 | Foldery aparatów/urządzeń, dołączone do oferty, w języku polskim lub w języku obcym z dołączonym tłumaczeniem treści folderu | Tak |  |
| 1.4 | Kserokopia certyfikatu CE. | Tak |  |
| 1.5 | Producent/Oferent | Podać |  |
| 1.6 | Rok produkcji: 2020 | Tak |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 2.. | **Chłodnie farmaceutyczne – 4 szt.** | | |
| 2.1 | Producent/Oferent | Podać |  |
| 2.2 | Model/Typ (pełna symbolika) | Podać |  |
| 2.3 | Pojemność: ok 450 litrów | Tak |  |
| 2.4 | Półka: 6 szt. | Tak |  |
| 2.5 | Drzwi: przeszklone (witryna) | Tak |  |
| 2.6 | Zakres temperatur: 2oC ÷ 8oC | Tak |  |
| 2.7 | Odszranianie: automatyczne z możliwością wyłączenia | Tak |  |
| 2.8 | Chłodzenie wspomagane wentylatorem | Tak |  |
| 2.9 | Wyświetlacz temperatury | Tak |  |
| 2.10 | Alarmy dźwiękowe i wizualne | Tak |  |
| 2.11 | Automatyczna rejestracja danych temperaturowych (wbudowany lub zewnętrzny rejestrator) | Tak |  |
| 2.12 | Alarm awarii zasilania | Tak |  |
| 2.13 | Alarm zbyt wysokiej temperatury | Tak |  |
| 2.14 | Alarm zbyt niskiej temperatury | Tak |  |
| 2.15 | Wewnętrzne światło | Tak |  |
| 2.16 | Wymiary:  - głębokość: maksymalnie 600 mm  - szerokość: maksymalnie 700 mm  - wysokość: 1900 mm | Tak |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 3. | **Chłodziarka farmaceutyczna do przechowywania leków lub resztek poprzetoczeniowych krwi – 4 szt.** | | |
| 3.1 | Producent/Oferent | Podać |  |
| 3.2 | Model/Typ (pełna symbolika) | Podać |  |
| 3.3 | Pojemność: 130 ÷ 150 litrów | Tak |  |
| 3.4 | Zakres temperatur: 2oC ÷ 8oC | Tak |  |
| 3.5 | Półka: 3 szt. | Tak |  |
| 3.6 | Drzwi: pełne | Tak |  |
| 3.7 | Typ blokady drzwi: zamek z dwoma kluczami | Tak |  |
| 3.8 | Chłodzenie wspomagane wentylatorem | Tak |  |
| 3.9 | Wyświetlacz temperatury | Tak |  |
| 3.10 | Alarmy dźwiękowe i wizualne | Tak |  |
| 3.11 | Automatyczna rejestracja danych temperaturowych (wbudowany lub zewnętrzny rejestrator) | Tak |  |
| 3.12 | Alarm awarii zasilania | Tak |  |
| 3.13 | Alarm zbyt wysokiej temperatury | Tak |  |
| 3.14 | Alarm zbyt niskiej temperatury | Tak |  |
| 3.15 | Wewnętrzne światło | Tak |  |
| 3.16 | Wymiary:  - głębokość: maksymalnie 600 mm  - szerokość: maksymalnie 600 mm  - wysokość: maksymalnie 850 mm | Tak |  |
|  |  |  |  |
| 4 | **Zamrażarka niskotemperaturowa – 1 szt.** |  |  |
| 4.1 | Producent/Oferent | Podać |  |
| 4.2 | Model/Typ (pełna symbolika) | Podać |  |
| 4.3 | Pojemność: 120 ÷ 150 litrów | Tak |  |
| 4.4 | Skrzyniowa lub szafowa jednodrzwiowa | Tak |  |
| 4.5 | Zakres temperatur: -25oC ÷ -45oC | Tak |  |
| 4.6 | Alarmy dźwiękowe i wizualne | Tak |  |
| 4.7 | Wyświetlacz temperatury | Tak |  |
| 4.8 | Automatyczna rejestracja danych temperaturowych (wbudowany lub zewnętrzny rejestrator) | Tak |  |
| 4.9 | Alarm awarii zasilania | Tak |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 1.8 | **Inne istotne informacje** |  |  |
| 1.9 | Dostawa/montaż | Tak |  |
| 1.10 | Dokumenty wymagane przy realizacji zamówienia:  - Protokół zdawczo-odbiorczy  - Lista przeszkolonego personelu | Tak |  |
| 1.11 | **Warunki gwarancji i serwis** |  |  |
| 1.12 | Gwarancyjna obsługa serwisowa urządzenia w okresie (miesiące):  **24 – 0 pkt.**  **36 – 20 pkt.**  **48 – 40 pkt.** | TAK, podać |  |
| 1.13 | Przedmiot gwarancji: wszystkie elementy składowe aparatu/urządzenia. | Tak |  |
| 1.14 | Gwarancja obejmuje także:  - przeglądy w okresie gwarancji (jeśli wymagane)  - wymiany/naprawy uszkodzonych części  - dojazdy/przejazdy pracowników serwisu  - koszty wysyłki, pakowania, ubezpieczenia przesyłki  - robociznę  - wszystkie pozostałe koszty niezbędne do wykonania czynności gwarancyjnych | Tak |  |
| 1.15 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski.  Podać: dokładny adres, telefon, faks, e-mail, adres internetowy (WWW) | Tak |  |
| 1.16 | W okresie gwarancji przyjmowanie zgłoszeń o usterkach w formie telefonicznej, faksem lub pocztą elektroniczną (e-mail) oraz dokonanie koniecznych napraw, doprowadzających przedmiot umowy do pełnej sprawności – w terminie do 5 dni od chwili jej zgłoszenia. | Tak |  |
| 1.17 | Liczba napraw tego samego podzespołu powodująca wymianę na nowy (z wyjątkiem uszkodzeń z winy użytkownika) – 3 | Tak |  |
| 1.18 | **Szkolenia** |  |  |
| 1.19 | Szkolenie personelu wskazanego przez Zamawiającego w zakresie obsługi aparatu, bezpieczeństwa jego użytkowania potwierdzone pisemnym protokołem . | Tak |  |

1. Wymogiem jest, aby Wykonawca zaoferował urządzenie, o parametrach CO NAJMNIEJ takich, jakie są przedstawione w rubryce „Parametr wymagany graniczny”. Niespełnienie tego warunku spowoduje odrzucenie oferty.
2. W przypadku parametru ocenianego, nie będącego parametrem granicznym – gdy odpowiedź może brzmieć TAK lub NIE, Wykonawca winien udzielić odpowiedzi z podaniem wymaganych informacji. W tych przypadkach za odpowiedzi „NIE” Zamawiający przyzna 0 pkt., a za odpowiedź „TAK” punkty w wysokości określonej w rubryce.

**Zaoferowane powyżej parametry wymagane muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty materiałach informacyjnych producenta. Brak potwierdzenia któregokolwiek z parametrów spowoduje odrzucenie oferty.**

**W przypadku pojedynczych parametrów, nie występujących w materiałach firmowych, Zamawiający dopuszcza oświadczenie producenta. Zamawiający zastrzega sobie prawo weryfikacji deklarowanych parametrów z użyciem wszelkich dostępnych źródeł, w tym zapytanie bezpośrednio u producenta sprzętu.**

**W przypadku braku potwierdzenia wartości/cechy oferowanej danego parametru podlegającego ocenie, zamawiający nie przyzna punktów za ten parametr.**

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

*(miejscowość, data)*

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

pieczątki i podpisy upoważnionych przedstawicieli Wykonawcy-

zgodnie z wyciągiem z rejestru handlowego lub zaśw.

o wpisie do ewid. gosp., albo umowy spółki