**Załącznik nr 1.3 do SIWZ**

**Wagi laboratoryjne i medyczne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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. | **Waga osobowa – 2 szt.** |  |  |
| 2.1 | Producent/Oferent | Podać |  |
| 2.2 | Model/Typ (pełna symbolika) | Podać |  |
| 2.3 | Obciążenie maksymalne: 100/200 kg | Tak |  |
| 2.4 | Dokładność odczytu: 50/100 g | Tak |  |
| 2.5 | Zakres tary: - 200 kg | Tak |  |
| 2.6 | Wyświetlacz LCD z podświetleniem | Tak |  |
| 2.7 | Zasilanie: 230V / 50Hz | Tak |  |
| 2.8 | Wzrostomierz teleskopowy do 2 m | Tak |  |
| 2.9 | Podziałka wzrostomierza: 0,5 cm | Tak |  |
| 2.10 | Legalizacja | Tak |  |
| 2.11 | Klasa dokładności OIML: III | Tak |  |
|  |  |  |  |
| 3. | **Waga apteczna (typ 1) – 1 szt.** | | |
| 3.1 | Producent/Oferent | Podać |  |
| 3.2 | Model/Typ (pełna symbolika) | Podać |  |
| 3.3 | Obciążenie maksymalne: 6100 g | Tak |  |
| 3.4 | Obciążenie minimalne: 0,5 g | Tak |  |
| 3.5 | Dokładność odczytu: 0,01 g | Tak |  |
| 3.6 | Zakres tary: -6100 g | Tak |  |
| 3.7 | Działka legalizacyjna [e]: 0,1 g | Tak |  |
| 3.8 | Powtarzalność (Max): 0,008 g | Tak |  |
| 3.9 | Powtarzalność (5% Max): 0,005 g | Tak |  |
| 3.10 | Liniowość: ±0,02 g | Tak |  |
| 3.11 | Minimalna naważka (U=1%,k=2): 1 g | Tak |  |
| 3.12 | Minimalna naważka USP: 10 g | Tak |  |
| 3.13 | Czas stabilizacji: 1,5 s | Tak |  |
| 3.14 | Adiustacja: wewnętrzna (automatyczna) | Tak |  |
| 3.15 | 5” lub większy kolorowy panel dotykowy | Tak |  |
| 3.16 | Receptury (do 100 receptur) | Tak |  |
| 3.17 | Klasa dokładności OIML: II | Tak |  |
| 3.18 | Stopień ochrony: IP43 | Tak |  |
| 3.19 | Zasilanie: 230V 50 Hz | Tak |  |
|  |  |  |  |
| 4. | **Waga apteczna (typ 2) – 1 szt.** | | |
| 4.1 | Producent/Oferent | Podać |  |
| 4.2 | Model/Typ (pełna symbolika) | Podać |  |
| 4.3 | Obciążenie maksymalne: 220 g | Tak |  |
| 4.4 | Obciążenie minimalne: 10 mg | Tak |  |
| 4.5 | Dokładność odczytu [d]: 0,1 mg | Tak |  |
| 4.6 | Zakres tary: -220 g | Tak |  |
| 4.7 | Powtarzalność standardowa [5% Max]: 0,06 mg | Tak |  |
| 4.8 | Powtarzalność standardowa [Max]: 0,07 mg | Tak |  |
| 4.9 | Powtarzalność dopuszczalna [5% Max]: 0,09 mg | Tak |  |
| 4.10 | Powtarzalność dopuszczalna [Max]: 0,8 mg | Tak |  |
| 4.11 | Liniowość: ±0,2 mg | Tak |  |
| 4.12 | Minimalna naważka standardowa (U=1%, k=2): 12 mg | Tak |  |
| 4.13 | Minimalna naważka standardowa USP: 120 mg | Tak |  |
| 4.14 | Czas stabilizacji: 2 s | Tak |  |
| 4.15 | Adiustacja: wewnętrzna (automatyczna) | Tak |  |
| 4.16 | Klasa dokładności OIML: I | Tak |  |
| 4.17 | Wymiar szalki: ø100 mm | Tak |  |
| 4.18 | 5” lub większy kolorowy panel dotykowy | Tak |  |
| 4.19 | Receptury (do 100 receptur) | Tak |  |
| 4.20 | Zasilanie: 230V 50 Hz | Tak |  |
|  |  |  |  |
| 5. | **Waga apteczna (typ 3) – 1 szt.** | | |
| 5.1 | Producent/Oferent | Podać |  |
| 5.2 | Model/Typ (pełna symbolika) | Podać |  |
| 5.3 | Obciążenie maksymalne: 52 g | Tak |  |
| 5.4 | Obciążenie minimalne: 0,5 mg | Tak |  |
| 5.5 | Dokładność odczytu [d]: 5 µg | Tak |  |
| 5.6 | Zakres tary: -52 g | Tak |  |
| 5.7 | Powtarzalność standardowa [5% Max]: 2,4 µg | Tak |  |
| 5.8 | Powtarzalność standardowa [Max]: 6 µg | Tak |  |
| 5.9 | Powtarzalność dopuszczalna [5% Max]: 3,4 µg | Tak |  |
| 5.10 | Powtarzalność dopuszczalna [Max]: 8 µg | Tak |  |
| 5.11 | Liniowość: ±20 µg | Tak |  |
| 5.12 | Niecentryczność: 20 µg | Tak |  |
| 5.13 | Minimalna naważka standardowa (U=1%, k=2): 0,48 mg | Tak |  |
| 5.14 | Minimalna naważka standardowa USP: 4,8 mg | Tak |  |
| 5.15 | Czas stabilizacji: ~ 3,5 s | Tak |  |
| 5.16 | Adiustacja: wewnętrzna (automatyczna) | Tak |  |
| 5.17 | Klasa dokładności OIML: I | Tak |  |
| 5.18 | Wymiar szalki: ø30 mm | Tak |  |
| 5.19 | W pełni demontowalne elementy komory ważenia bez użycia narzędzi | Tak |  |
| 5.20 | W pełni automatyczne poziomowanie wagi | Tak |  |
| 5.21 | 5” lub większy kolorowy panel dotykowy | Tak |  |
| 5.22 | Zasilanie: 230V 50 Hz | Tak |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 1.8 | **Inne istotne informacje** |  |  |
| 1.9 | Dostawa/montaż/uruchomienie | 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