**ZP/230-36/2022 Załącznik nr 1.5 do SWZ**

**Pakiet nr 5 – Sprzęt AGD**

ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH

**LODÓWKO – ZAMRAŻARKA**

**Producent.....................................................................**

**Rok produkcji ...............................................................**

**Kraj pochodzenia...........................................................**

**Model /typ/ nazwa .......................................................**

**Ilość – 4 szt.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr / Opis** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów oraz opis parametrów oferowanych** |
| **Dane ogólne urządzenia** | | | |
|  | Pojemność użytkowa chłodziarki min 159 l zamrażarki 54 l | **TAK** |  |
|  | Wymiary: wysokość 159 cm, szerokość 55 cm, głębokość 56 cm (+/- 10 cm) | **TAK** |  |
|  | Położenie zamrażalnika na dole | **TAK** |  |
|  | Liczba półek w chłodziarce min. 3 szt. | **TAK** |  |
|  | Półki z "bezpiecznego szkła" | **TAK** |  |
|  | Liczba szuflad w zamrażalniku min. 3 szt. | **TAK** |  |
|  | Sposób odszraniania (rozmrażania) chłodziarki - automatyczny | **TAK** |  |
|  | Obustronny montaż drzwi | **TAK** |  |
|  | Głośność maks. 40 dB | **TAK** |  |
|  | Kolor biały | **TAK** |  |
|  | Oświetlenie wewnętrzne- led | **TAK** |  |
|  | Minimalny czas przechowywania w przypadku awarii 7 h | **TAK** |  |
|  | Liczba drzwi 2 | **TAK** |  |
|  | **Wyposażen*ie*** |  |  |
|  | Przewód zasilający | **TAK** |  |
|  | **Pozostałe** |  |  |
|  | Montaż we wskazanym miejscu w siedzibie kupującego | **TAK** |  |
|  | Bezpłatny serwis i przeglądy techniczne zgodnie z instrukcją serwisową w siedzibie Zamawiającego w całym okresie trwania gwarancji z wymianą części zużywalnych na koszt Wykonawcy | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi sprzętu | **TAK** |  |
|  | Szkolenie personelu w zakresie podstawowej obsługi serwisowej sprzętu wraz z autoryzacja producenta | **TAK** |  |
|  | Certyfikaty dopuszczające do stosowania w jednostkach medycznych na terenie Polski | **TAK** |  |
|  | Udokumentowanie każdego przeglądu i naprawy raportem serwisowym i wpisem do paszportu | **TAK** |  |
|  | Trzykrotna naprawa urządzenia w czasie trwania gwarancji skutkuje wymianą na nowe urządzenie | **TAK** |  |
|  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 5 dni roboczych Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze o parametrach i funkcjonalności nie gorszej niż zaoferowane | **TAK** |  |
|  | Graniczny czas naprawy po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji 5 dni roboczych | **TAK** |  |
|  | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiast lub po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | **TAK** |  |
|  | Urządzenie pozbawione ewentualnych blokad serwisowych, które po upływie gwarancji utrudniałyby właścicielowi dostęp do opcji serwisowych lub naprawę urządzenia przez inny niż Wykonawca podmiot. W przypadku występowania zabezpieczeń serwisowych Wykonawca przekaże Zamawiającemu kody serwisowe podczas ostatniego przeglądu gwarancyjnego | **TAK** |  |
|  | Dostępność części zamiennych dla Zamawiającego min 10 lat od podpisania protokołu odbioru | **TAK** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Oświadczamy, że:  Oferowane powyżej urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu i uruchomieniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych  zakupów inwestycyjnych.  ZESTAWIENIE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH  **LODÓWKA 50/50**  **Producent.....................................................................**  **Rok produkcji ...............................................................**  **Kraj pochodzenia...........................................................**  **Model /typ/ nazwa .......................................................**  **Ilość – 1 szt.**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Parametr / Opis** | **Parametr wymagany** | **Potwierdzenie spełnienia wymogów oraz opis parametrów oferowanych** | | **Dane ogólne urządzenia** | | | | |  | Pojemność użytkowa chłodziarki min 43 l | **TAK** |  | |  | Wymiary: wysokość 50 cm, szerokość 50 cm, głębokość 50 cm (+/- 5 cm) | **TAK** |  | |  | Liczba półek w chłodziarce. 1 szt. | **TAK** |  | |  | Półka z "bezpiecznego szkła" | **TAK** |  | |  | Sposób odszraniania (rozmrażania) chłodziarki - automatyczny | **TAK** |  | |  | Obustronny montaż drzwi | **TAK** |  | |  | Głośność maks. 40 dB | **TAK** |  | |  | Kolor biały | **TAK** |  | |  | Oświetlenie wewnętrzne- led | **TAK** |  | |  | Liczba drzwi 1 | **TAK** |  | |  | **Wyposażen*ie*** |  |  | |  | Przewód zasilający | **TAK** |  | |  | **Pozostałe** |  |  | |  | Montaż we wskazanym miejscu w siedzibie kupującego | **TAK** |  | |  | Bezpłatny serwis i przeglądy techniczne zgodnie z instrukcją serwisową w siedzibie Zamawiającego w całym okresie trwania gwarancji z wymianą części zużywalnych na koszt Wykonawcy | **TAK** |  | |  | Szkolenie personelu medycznego w zakresie obsługi sprzętu | **TAK** |  | |  | Szkolenie personelu w zakresie podstawowej obsługi serwisowej sprzętu wraz z autoryzacja producenta | **TAK** |  | |  | Certyfikaty dopuszczające do stosowania w jednostkach medycznych na terenie Polski | **TAK** |  | |  | Udokumentowanie każdego przeglądu i naprawy raportem serwisowym i wpisem do paszportu | **TAK** |  | |  | Trzykrotna naprawa urządzenia w czasie trwania gwarancji skutkuje wymianą na nowe urządzenie | **TAK** |  | |  | W przypadku naprawy trwającej dłużej niż 5 dni roboczych Wykonawca zapewni urządzenie zastępcze o parametrach i funkcjonalności nie gorszej niż zaoferowane | **TAK** |  | |  | Graniczny czas naprawy po przekroczeniu, którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji 5 dni roboczych | **TAK** |  | |  | Wymiana podzespołu na nowy – natychmiast lub po pierwszej nieskutecznej próbie jego naprawy | **TAK** |  | |  | Urządzenie pozbawione ewentualnych blokad serwisowych, które po upływie gwarancji utrudniałyby właścicielowi dostęp do opcji serwisowych lub naprawę urządzenia przez inny niż Wykonawca podmiot. W przypadku występowania zabezpieczeń serwisowych Wykonawca przekaże Zamawiającemu kody serwisowe podczas ostatniego przeglądu gwarancyjnego | **TAK** |  | |  | Dostępność części zamiennych dla Zamawiającego min 10 lat od podpisania protokołu odbioru | **TAK** |  |  |  | | --- | | Oświadczamy, że:  Oferowane powyżej urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu i uruchomieniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych  zakupów inwestycyjnych. | |

Informacja:  
Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym i przekazany Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Podmiotu przez osobę podpisującą ofertę.