##### Część nr 2 Załącznik nr 3 do SIWZ

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW WYMAGANYCH**

**Dostawa lodówek i zamrażarek.**

1. **Zamrażarka laboratoryjna – 2 szt.**

Producent / Firma sprzęt: …………………………………...…………..…

Model, typ, nr fabryczny: ……………………………………………………

**PARAMETRY TECHNICZNE I EKSPLOATACYJNE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP** | **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNO-UŻYTKOWE** | **PARAMETRY OFEROWANE – TAK, opisać, wypełnić** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane, **rok produkcji min. 2019** |  |
| 2 | Wymiary zewnętrzne.:   * Wysokość: 214 cm +/- 3 cm * Szerokość: 140 cm +/- 3 cm * Głębokość: 80 cm +/- 3 cm | Wysokość: ………………….  Szerokość: …………………  Głębokość: ……………….. |
| 3 | Typ urządzenia: zamrażarka laboratoryjna |  |
| 4 | Drzwi: pełne |  |
| 5 | Pojemność całkowita brutto: nie mniej niż 1 360 litrów |  |
| 6 | Sygnał ostrzegawczy w razie awarii: optyczny i akustyczny |  |
| 7 | Układ chłodzenia: dynamiczny |  |
| 8 | Metoda odszraniania: automatyczna |  |
| 9 | Materiał obudowy: stal |  |
| 10 | Materiał drzwi: stal |  |
| 11 | Materiał wnętrza: stal chromoniklowa |  |
| 12 | Klasa klimatyczna: 5 |  |
| 13 | Rodzaj sterowania: elektroniczne z wyświetlaczem tekstowym |  |
| 14 | Wskaźnik temperatury: zewnętrzny cyfrowy |  |
| 15 | Alarm braku zasilania: bezpośrednio po awarii zasilania do min. 60 godz. |  |
| 16 | Interfejs: RS 485  Interfejs bezpotencjałowy |  |
| 17 | Zakres temperaturowy: od -10 °C do -26 °C |  |
| 18 | Zakres temperatur otoczenia wymagane dla pracy urządzenia: od +18°C do +38° stopni Celsjusza |  |
| 19 | * 1. Regulowana wysokość półek.   2. Liczba regulowanych półek – min. 7 |  |
| 20 | Materiał półek: ruszty z powłoką z tworzywa sztucznego |  |
| 21 | Podać nośność półek – oświadczenie o maksymalnym obciążeniu półki (kg): | Nośność: ………………… |
| 22 | Rolki: tak, samonastawne z hamulcem z przodu, rolki samonastawne z tyłu |  |
| 23 | Drzwi samoczynnie zamykane |  |
| 24 | Uchwyt w listwie drzwi |  |
| 25 | Zamek na wyposażeniu |  |
| 26 | Poziom szumu poniżej 62 dB (A) |  |
| 27 | Kolor do wyboru przez Zamawiającego |  |
| 28 | Czynnik chłodniczy do podania |  |
| 29 | Miejsce dostawy urządzeń:   1. **Instytut Matki i Dziecka,**   Zakład Badań Przesiewowych i Diagnostyki Metabolicznej  ul. Kasprzaka 17a, 01-211 Warszawa |  |
| **WARUNKI, GWARANCJI I SERWISU** | | |
| 30 | Okres gwarancji **min. 24 miesiące**, (Podać okres gwarancji). Gwarancja liczona od daty uruchomienia potwierdzonego podpisaniem „Protokołu odbioru” |  |
| 31 | Transport, wnoszenie, instalacja i szkolenie w cenie oferty |  |
| 32 | Serwis gwarancyjny w cenie oferty. |  |
| 33 | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie drukowanej i elektronicznej (pendrive lub płyta CD), przekazana wraz z dostawą urządzenia. |  |
| 34 | Dokument dopuszczający do użytkowania na terenie Polski (CE, deklaracja zgodności) |  |
| 35 | Dla dostarczanych urządzeń Wykonawca zobowiązany jest założyć paszporty sprzętu i dostarczyć pełną dokumentację urządzeń. |  |
| 36 | Urządzenie pozbawione jest blokad serwisowych, które po upływie gwarancji utrudniałyby właścicielowi dostęp do opcji serwisowych lub naprawę urządzenia przez innych niż wykonawca podmiot umowy. |  |

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

*Pieczęć i podpis osoby umocowanej do reprezentowania Wykonawcy*