##### Część nr 1 Załącznik nr 3 do SIWZ

**ZESTAWIENIE PARAMETRÓW WYMAGANYCH**

**Dostawa lodówek i zamrażarek.**

1. **Lodówko–zamrażarka – 2 szt.**

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

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

**PARAMETRY TECHNICZNE I EKSPLOATACYJNE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP** | **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNO-UŻYTKOWE** | **PARAMETRY OFEROWANE – opisać, wypełnić** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane, **rok produkcji min. 2019** |  |
| 2 | Wymiary zewnętrzne.:  Wysokość: 200 cm +/- 3 cm  Szerokość: 58 cm +/- 3 cm  Głębokość: 65 cm +/- 3 cm | Wysokość: ………………….  Szerokość: …………………  Głębokość: ……………….. |
| 3 | Klasa energetyczna min. A++ |  |
| 4 | Położenie zamrażarki – na dole |  |
| 5 | Pojemność użytkowa chłodziarki nie mniej niż 265 litrów |  |
| 6 | Pojemność użytkowa zamrażarki nie mniej niż 100 litrów |  |
| 7 | Czas utrzymania temperatury w przypadku braku zasilania min.: 17 godzin |  |
| 8 | Bezszronowa: No Frost |  |
| 9 | Sposób odszraniania (rozmrażania) chłodziarki: No Frost |  |
| 10 | Sposób odszraniania (rozmrażania) zamrażalnika: No Frost |  |
| 11 | Sterowanie elektroniczne; dotykowy panel sterujący, elektroniczna regulacja temperatury |  |
| 12 | Zapewnia utrzymanie temperatury w zakresie: 2-8 |  |
| 13 | Zmiana kierunku otwierania drzwi |  |
| 14 | Regulowana wysokość półek |  |
| 15 | Szybkie zamrażanie |  |
| 16 | Klasa klimatyczna: SN, T |  |
| 17 | półki wykonane ze „szkła bezpiecznego”, |  |
| 18 | |  |  | | --- | --- | | Wyposażenie min. | * 2 szuflady w chłodziarce, * 3 półki szklane w chłodziarce, * 3 szuflady w zamrażarce, * 4 półki w drzwiach, | |  |
| 19 | * 1. Zakres temperaturowy: * Lodówka: od 1 °C do 7 °C * Zamrażarka: od -15 °C do -23 °C |  |
| 20 | Zakres temperatur otoczenia wymagane dla pracy urządzenia: od +16°C do +30° stopni Celsjusza |  |
| 21 | Diody LED wewnątrz urządzenia włączające się po otwarciu drzwi |  |
| 22 | Alarm (wskaźnik) niedomkniętych drzwi |  |
| 23 | Alarm wysokiej temperatury |  |
| 24 | Urządzenie automatycznie wykrywające usterki podczas pracy. |  |
| 25 | Kolor: srebrny |  |
| 26 | Miejsce dostawy urządzeń:   1. **Instytut Matki i Dziecka,**   Zakład Badań Przesiewowych i Diagnostyki Metabolicznej,  ul. Kasprzaka 17a, 01-211 Warszawa - 1 sztuka   1. **Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny w Warszawie**, ul. Żwirki i Wigury 63A, 02-091 Warszawa – 1 sztuka |  |
| **WARUNKI, GWARANCJI I SERWISU** | | |
| 27 | Okres gwarancji **min. 24 miesiące**, (Podać okres gwarancji). Gwarancja liczona od daty uruchomienia potwierdzonego podpisaniem „Protokołu odbioru” |  |
| 28 | Transport, wnoszenie, instalacja i szkolenie w cenie oferty |  |
| 29 | Serwis gwarancyjny w cenie oferty. |  |
| 30 | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie drukowanej i elektronicznej (pendrive lub płyta CD), przekazana wraz z dostawą urządzenia. |  |
| 31 | Dokument dopuszczający do użytkowania na terenie Polski (CE, deklaracja zgodności) |  |
| 32 | Dla dostarczanych urządzeń Wykonawca zobowiązany jest założyć paszporty sprzętu i dostarczyć pełną dokumentację urządzeń. |  |
| 33 | 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*