ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

11 Chłodziarka na leki podblatowa

Nazwa producenta: .......................................................

Nazwa i typ: .......................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **PARAMETR / WARUNEK WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY – PODAĆ** |
| 1. | Chłodziarka do zabudowy pod blat |  |
| 2. | Drzwi oszklone |  |
| 3. | Sygnał ostrzegawczy w razie awarii: optyczny i dźwiękowy |  |
| 4. | Pojemność całkowita brutto (litry): min 140 |  |
| 5. | Pojemność użytkowa (litry): min. 130 |  |
| 6. | Wymiary max. Zewnętrzne 600x620x830mm |  |
| 7. | Wymiary min. wewnętrzne 430x430x650mm |  |
| 8. | Dynamiczny układ chłodzenia |  |
| 9. | Automatyczne odszraniane |  |
| 10. | Zakres regulacji temperatury min. +1 do +15 stopni C |  |
| 11. | Obudowa ze stali szlachetnej |  |
| 12. | Wnętrze z tworzywa sztucznego |  |
| 13. | Sterowanie elektroniczne |  |
| 14. | Zewnętrzny cyfrowy wskaźnik temperatury |  |
| 15. | Min. 3 regulowane półki chromowane z obciążeniem min. 40kg na półkę |  |
| 16. | Drzwi z funkcją samoczynnego domykania, drążek do otwierania ze stali  szlachetnej, zamek |  |
| 17. | Alarm otwartych drzwi |  |
| 18. | Możliwość zabezpieczenia chłodziarki przed niezamierzonym wyłączeniem |  |
| 19. | Deklaracja zgodności na wyrób |  |

UWAGI:

1. **Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone**

folderami lub karatami katalogowymi oferowanego wyrobu.

1. **Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie parametr oferowany będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.**
2. **Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.**

…………………………….

Podpis Wykonawcy