Wymagane Parametry Techniczne

Szafa wentylowana na preparaty formalinowe

Pełna nazwa urządzenia	Podać	
Typ	Podać	
Producent	Podać	
Kraj	Podać	

Lp.	Parametry wymagane	Warunek konieczny	Parametry oferowane, opis, komentarz
Szafa wentylowana na preparaty formalinowe – 1 szt.			
1.	Szafa wykonana ze stali pokrytej proszkiem epoksydowym, odpornej na większość agresywnych środków chemicznych, grubości minimum 1,2 mm.	Tak	
2.	Minimalne wymiary zewnętrzne urządzenia: szerokość 1200mm, głębokość 550mm, wysokość 1970-1975mm.	Tak, proszę podać	
3.	Drzwi szafy przeszklone szkłem hartowanym o grubości 6-7 mm.	Tak, proszę podać	
4.	Drzwi szafy zamykane na zamek.	Tak	
5.	Drzwi szafy z możliwością otwierania o kąt 180 ° w celu wyjęcia półek.	Tak	
6.	Minimum 3 wymienne stalowe półki malowane proszkowo w kształcie tacek, które zatrzymują płyn w razie pęknięcia przechowywanego pojemnika, z możliwością dowolnej aranżacji pod kątem wysokości umieszczania półek.	Tak	
7.	Dodatkowa półka spodnia wykonana ze stali nierdzewnej.	Tak	
8.	Wytrzymałość półki minimum 50 kg	Tak, proszę podać	
9.	Szafa wyposażona w system filtracji oparów z wymiennym filtrem węglowym odpowiednim do oparów formalinowych.	Tak	
10.	Szafa wyposażona w licznik czasu pracy filtra.	Tak	
11.	Nawiewne otwory wentylacyjne w dolnej części tylnej ściany urządzenia.	Tak	
12.	Kolektor do podłączenia do wentylacji szpitalnej w górnej części urządzenia o średnicy do 120 mm.	Tak, proszę podać	
13.	W przypadku sygnalizowania przez urządzenie o zużyciu się filtrów możliwość dalszej normalnej pracy w okresie przejściowym bez konieczności wymiany filtrów	Tak	

	na nowe.		
14.	Płynna regulacja tempa ekstrakcji wyciągu sterowana z głównego panelu sterującego.	Tak	
15.	Automatyczne zwiększenie mocy wyciągu do maksymalnego w momencie otwarcia drzwi.	Tak	
17.	Dotykowy wyświetlacz LCD nastawionych parametrów pracy.	Tak	
18.	Elektroniczny panel sterujący z przyciskiem bezpieczeństwa umożliwiającym szybkie odłączenie urządzenia od zasilania w przypadku awarii.	Tak	
19.	Alarm świetlny i akustyczny zużycia filtra.	Tak	
20.	Alarm świetlny i akustyczny otwarcia drzwi.	Tak	
21.	Przełącznik wyciszania alarmu.	Tak	
Wymagane dokumenty			
22.	Certyfikat CE	Tak	
23.	Wraz ze sprzętem Wykonawca dostarczy następujące dokumenty w języku polskim: -instrukcję obsługi -kartę gwarancyjną -instrukcję konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji (jeśli jest wymagane) - paszporty techniczne	Tak	
24.	Folder potwierdzający zaproponowanie produktu spełniającego wszystkie parametry wymagane.	Tak	
25.	Dokument dopuszczający urządzenie do obrotu/ stosowania w placówkach medycznych zgodnie z dyrektywą 98/79/CE na podstawie ustawy z dnia 20 maja 2010r o wyrobach medycznych - deklaracja zgodności lub powiadomienie/wpis/zgłoszenie do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych i Wyrobów Medycznych.	Tak	
Gwarancja i serwis			
26.	Gwarancja na urządzenie 24 miesiące	Tak	
27.	Przeglądy gwarancyjne i konserwacje aparatury zgodnie z dokumentacją producenta, dokonywane na koszt Oferenta, po uprzednim uzgodnieniu terminu z Użytkownikiem	Tak	
28.	Czas usunięcia usterek i wad aparatury – 48 godzin od czasu ich zgłoszenia, z wyjątkiem niedziel i świąt. W przypadku sprowadzenia części z zagranicy w terminie do 8 dni roboczych.	Tak	
29.	W przypadku wykonania naprawy gwarancyjnej - potwierdzeniem wykonania usługi będzie karta pracy serwisu podpisana przez upoważnionego	Tak	

	przedstawiciela Zamawiającego, oraz wpis do paszportu aparatu		
30	Oferent przeszkoli pracowników Zamawiającego, na własny koszt, w zakresie używania sprzętu. Przeprowadzone szkolenie udokumentowane zostanie stosownym zaświadczeniem	Tak	
31.	Termin dostawy: do 4 tygodni od daty podpisania umowy	Tak	

Uwaga: Brak opisu w kolumnie "Parametry oferowane", będzie traktowany jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia i spowoduje odrzucenie oferty.

.....

data, podpis, pieczęć

Załącznik nr 5B do SIWZ - PN-104/16/MT

Formularz cenowy

l.p.	Nazwa urządzenia	j.m.	ilość	Cena jednostkowa netto	Wartość netto PLN	VAT %	Wartość VAT	Wartość brutto PLN	Producent, model/typ
1	Szafa wentylowana na preparaty formalinowe	szt.	1						
				Razem		xxx			

Wartość ogółem netto: .....PLN

Słownie: .....

Wartość VAT: ..... PLN

Słownie: .....

Wartość ogółem brutto: .....PLN

Słownie: .....

.....

data, podpis, pieczęć