**Pakiet nr 13 – zakup wraz z dostawą 1 szt. lodówki na leki do zastosowań medycznych dla Oddziału Noworodkowego z Pododdziałem Intensywnej Terapii Noworodków**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lodówka na leki | | | | |
| Nazwa | |  | | |
| Typ | |  | | |
| Wytwórca | |  | | |
| Kraj pochodzenia | |  | | |
| Rok produkcji:2017 | |  | | |
| Urządzenie fabrycznie nowe | | TAK | | |
| Lp. | Opis | | Wymagane parametry i warunki | Parametry oferowane |
| 1 | Obudowa z blachy malowanej proszkowo | | TAK |  |
| 2 | Wnętrze ze stali nierdzewnej zg. z DIN 1.4016 | | TAK |  |
| 3 | Drzwi pełne | | TAK |  |
| 4 | Wymuszony obieg powietrza | | TAK |  |
| 5 | Pojemność 200 l | | TAK |  |
| 6 | Zakres temperatury od 0°C do +15°C | | TAK |  |
| 7 | Regulacja temperatury co 0,1°C | | TAK |  |
| 8 | Wyświetlacz graficzny LCD | | TAK |  |
| 9 | Podświetlana klawiatura dotykowa | | TAK |  |
| 10 | Wymiary wewnętrzne (szer. x wys. x gł.) 520 x 860 x 420 mm | | TAK |  |
| 11 | Wymiary zewnętrzne (szer. x wys. x gł.) 620 x 1060 x 640 mm | | TAK |  |
| 12 | Interfejs RS 232 oraz port USB | | TAK |  |
| 13 | 3 półki druciane + możliwość 2 dodatkowych półek | | TAK |  |
| 14 | Regulowane położenie prowadnic | | TAK |  |
| 15 | Otwór do wprowadzania zewnętrznego czujnika f = 30 mm | | TAK |  |
| 16 | Pamięć wyników pomiarowych | | TAK |  |
| 17 | Zamknięcie na klucz | | TAK |  |
| 18 | Sygnalizacja otwartych drzwi | | TAK |  |
| 19 | Oświetlenie wewnętrzne LED | | TAK |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Warunki gwarancji** | | | |
| 1. | Okres gwarancji -minimum 24 miesiące liczony od momentu uruchomienia systemu. Gwarancja min. 12 miesięcy na akcesoria (z wyłączeniem przypadków naturalnego zużycia). | Tak, podać |  |
| 2. | Czas reakcji od momentu zgłoszenia usterki i przyjazdu serwisu max 24godziny, wyłączając dni ustawowo wolne od pracy | Tak |  |
| 3. | Maksymalny czas usunięcia usterki od momentu zdiagnozowania , gdy zachodzi konieczność sprowadzania części zamiennych 10 dni wyłączając dni wolne ustawowo od pracy. | Tak |  |
| 4. | Czas naprawy gwarancyjnej przedłużający okres gwarancji liczony od momentu zgłoszenia. | Tak |  |
| 5. | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy 3-naprawy | Tak |  |
| 6. | Czas usunięcia usterki nie wymagający wymiany podzespołów nie wliczając godzin zawartych w dniach ustawowo wolnych max 48 godzin | Tak |  |
| 7. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski, w tym ich lokalizacja, wykaz punktów serwisowych w Polsce, ich lokalizacja (Proszę podać lub wskazać na odpowiedni dokument załączony do oferty) | Tak |  |
| 8. | Adres najbliższego serwisu | Tak podać |  |
| 9. | Numer telefonu i faksu na który mają być zgłaszane awarie | Tak, podać |  |
| 10. | Minimum jeden bezpłatny przegląd techniczny w ciągu roku na całość zamówienia w okresie trwania gwarancji plus jeden w ostatnim miesiącu trwania okresu gwarancyjnego. | Tak |  |
| **Serwis pogwarancyjny** | | | |
| 11. | Czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia usterki odrębnym zleceniem min. 48godzin | Tak |  |

…………………………………….. …………………………………………

Data podpis osoby uprawnionej +pieczęć