**Pakiet – zakup wraz z dostawą 2 szt. lodówek dla Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Zał. nr 2**

|  |
| --- |
| Lodówka na leki |
| Nazwa |  |
| Typ |  |
| Wytwórca |  |
| Kraj pochodzenia |  |
| Rok produkcji:2017 |  |
| Urządzenie fabrycznie nowe | Tak |
| Lp. | Opis | Wymagane parametry i warunki | Parametry oferowane |
| 1 | Wysokość: 165-175 cm  | TAK, podać |  |
| 2 | Szerokość: 50-60 cm | TAK, podać |  |
| 3 | Głębokość: 55-60 cm | TAK, podać |  |
| 4 | Waga: 50-60 kg | TAK, podać |  |
| 6 | Klasa klimatyczna ST | TAK |  |
| 7 | Pojemność całkowita brutto: 250 l +/- 5% | TAK, podać |  |
| 8 | Pojemność chłodziarki netto: 166 l +/- 5% | TAK, podać |  |
| 9 | Pojemność zamrażarki netto: 64 l +/- 5% | TAK, podać |  |
| 10 | Zdolność zamrażania 3kg/24h | TAK |  |
| 11 | Poziom hałasu ≤ 38 dB | TAK, podać |  |
| 12 | Czas przechowywania w czasie awarii 19 godz. | TAK |  |
| 13 | Roczny pobór energii ≤ 170 kWh | TAK, podać |  |
| 14 | Szuflady zamrażarki: 3 szt. | TAK |  |
| 15 | Liczba drzwi zewnętrznych: 2 | TAK |  |
| 16 | Czynnik chłodniczy: R 600 a | TAK |  |
| 17 | Sterowanie mechaniczne | TAK |  |
| 18 | Uchwyt zewnętrzny | 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 |  |
| 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 wyłączjąc 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, w tym ich lokalizacja, wykaz punktów serwisowych , 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 |  |