## Numer referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego DZ/DZ-TPzmn–381–2–72/24

## Załącznik nr 2.4 do SWZ

**PARAMETRY TECHNICZNE, SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO-CENOWA**

**Dostawa urządzeń laboratoryjnych**

**dla Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej - Curie-Państwowego Instytutu Badawczego Oddziału w Gliwicach**

***Zadanie nr 4 – Zamrażarka farmaceutyczna***

**CZ.I PARAMETRY TECHNICZNE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametry wymagane** | **Wartość wymagana** | **Parametr oferowany**  */wypełnia Wykonawca – należy potwierdzić spełnienie wymagań poprzez „TAK” lub tam gdzie to wymagane podać posiadane parametry/* |
| **Informacje ogólne** | | | |
|  | Producent/kraj | TAK, ***podać*** | Producent\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Kraj\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Model/Typ (jeżeli posiada) | TAK, ***podać*** | Model\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Typ ( jeżeli posiada, w przypadku gdy nie posiada wpisać nie posiada)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Sprzęt fabrycznie nowy – rok produkcji nie wcześniej niż 2023, gotowy do użycia bez dodatkowych nakładów finansowych ze strony Zamawiającego. | TAK, **podać** |  |
|  | Oznakowanie znakiem CE - potwierdzone deklaracją zgodności lub certyfikatem CE | TAK  /należy dołączyć  do oferty |  |
| **Parametry szczegółowe** | | | |
|  | Zasilanie sieciowe 230 V (50 Hz) | TAK, **podać** |  |
|  | Maksymalne wymiary zewnętrzne zamrażarki:  szerokość 100 cm, głębokość 54 cm, wysokość 80 cm. | TAK, **podać** |  |
|  | Zakres temperatury pracy: -20 °C do -10 °C lub szerszy | TAK, **podać** |  |
|  | Alarmy wysokiej/niskiej temperatury, braku zasilania, otwartych drzwi – wizualny i dźwiękowy | TAK |  |
|  | Automatyczna rejestracja temperatur | TAK |  |
|  | Dane temperaturowe rejestrowane w sposób ciągły | TAK |  |
|  | Oświetlenie LED | TAK |  |
| **Pozostałe wymagania** | | | |
|  | Wykonawca udziela Zamawiającemu min. 24 miesięcznej gwarancji i rękojmi na przedmiot zamówienia | TAK, **podać na jaki czas jest udzielona gwarancja** |  |
|  | Wykonawca zapewnia transport, wniesienie oraz instalację. | TAK |  |
|  | Przeprowadzenie i udokumentowanie szkolenia personelu Zamawiającego w zakresie obsługi przedmiotu zamówienia, podstawowej konfiguracji, monitorowania prawidłowego funkcjonowania dostarczonego sprzętu oraz konserwacji. | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim lub angielskim. | TAK |  |

**Parametry techniczne określone przez Zamawiającego w niniejszym druku są warunkami granicznymi.**

**Niespełnienie nawet jednego z ww. wymagań spowoduje odrzucenie oferty.**

**CZ. II – SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO-CENOWA**

| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **j. m.** | **ilość** | **cena jedn. netto (zł)** | **wartość netto (zł)** | **VAT (%)** | **wartość VAT (zł)** | **wartość brutto (zł)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6 (4x5)** | **7** | **8 (6x7)** | **9 (6+8)** |
| **1.** | **Zamrażarka farmaceutyczna** | **szt.** | **1** |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  | **---------** |  |  |

**Jeżeli w ramach jednej pozycji zastosowanie ma więcej niż jedna stawka podatku VAT, wymaga się wyceny osobno dla każdego elementu przedmiotu zamówienia objętego daną stawką podatku VAT.**

**Uzyskaną w tabeli powyżej wartość netto oraz brutto należy przenieść do formularza „Oferty” w stosunku 1:1.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(miejscowość)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę(y) uprawnioną(e) do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy, zgodnie z formą reprezentacji Wykonawcy określoną w dokumencie rejestracyjnym (ewidencyjnym) właściwym dla formy organizacyjnej Wykonawcy lub pełnomocnika.*