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

## Załącznik nr 2.1 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 1 – Chłodziarka 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)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Chłodziarka przeznaczona do branży farmaceutycznej. | TAK |  |
|  | 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** |  |
|  | Pojemność wewnętrza minimum 50 litrów | TAK, **podać** |  |
|  | Maksymalne wymiary zewnętrzne chłodziarki (H x W x D):  750 mm x 600 mm x 600 mm | TAK, **podać** |  |
|  | Możliwość umieszczenia pod blatem roboczym | TAK |  |
|  | Obudowa: materiał gładki, mogący być poddawany działaniom środków do dezynfekcji | TAK |  |
|  | Pełne drzwi | TAK |  |
|  | Półki wewnętrzne: co najmniej 2 szt | TAK, **podać** |  |
|  | Zakres temperatury pracy od +2°C do +8°C | TAK, **podać** |  |
|  | Wyświetlacz temperatury | TAK |  |
|  | Blokada drzwi: zamek z kluczami (2 szt.) | TAK |  |
|  | Światło wewnętrzne | TAK |  |
|  | Odszranianie automatyczne | TAK |  |
|  | Chłodzenie wspomagane wentylatorem | TAK |  |
|  | Jednorodność temperatury wewnątrz chłodziarki | TAK |  |
|  | Stabilna temperatura wewnątrz urządzenia | TAK |  |
|  | Alarm dźwiękowy i wizualny | TAK |  |
|  | Alarm wysokiej/niskiej temperatury | TAK |  |
|  | Alarm braku zasilania | TAK |  |
|  | Alarm otwartych drzwi | TAK |  |
|  | Automatyczna rejestracja temperatur | TAK |  |
|  | Dane temperaturowe rejestrowane w sposób ciągły | 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 |  |
|  | Opracowanie dokumentacji IQ, OQ – wzór protokołów do akceptacji przez Zamawiającego. | TAK |  |
|  | Kwalifikacja IQ wykonana po zainstalowaniu urządzenia u Zamawiającego obejmuje co najmniej następujące sprawdzenia:  • identyfikację urządzenia i weryfikację wymaganych parametrów, które zostały określone w punktach: 1-24.  • weryfikację kompletności dokumentacji, tj:  1. instrukcja obsługi  2. karta gwarancyjna  3. dokument ze szkolenia personelu  • weryfikacja poprawności instalacji. | TAK |  |
|  | Kwalifikacja OQ wykonana po zainstalowaniu urządzenia u Zamawiającego obejmuje przeprowadzenie co najmniej następujących testów:   * Przeprowadzenie mapowania temperatury wewnątrz urządzenia w czasie min. 48h. * Przeprowadzenie mapowania dla 3 typów wsadów, tj. pusty wsad, typowy wsad, pełny wsad. * Weryfikacja rozmieszczenia rejestratorów temp. * Potwierdzenie poprawności wskazań rejestratorów temp. * Weryfikacja wartości temperatur. * Weryfikacja świadectw wzorcowania użytych rejestratorów temp. | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim. | 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** | **Chłodziarka 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.*