**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Część 12 – Komora Laminarna (1 sztuka)**

Uwagi i objaśnienia:

* Parametry określone jako „tak” są parametrami granicznymi. Udzielenie odpowiedzi „nie” lub innej nie stanowiącej jednoznacznego potwierdzenia spełniania warunku będzie skutkowało odrzuceniem oferty.
* Parametry o określonych warunkach liczbowych ( „=>” lub „<=” ) są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty. Wartość podana przy w/w oznaczeniach oznacza wartość wymaganą.
* Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.
* Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji: nie wcześniej niż 2018), nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów. Żaden aparat ani jego część składowa, wyposażenie, etc. nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika.

Nazwa i typ: .............................................................

Producent / kraj produkcji: ........................................................

Rok produkcji (min. 2018): …..............

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pozycja** | **Przedmiot** | **Cena brutto** |
| *1* | *2* | *3* |
| 1. | Komora Laminarna (1 sztuka) |  |
| 2. | Dostawa, montaż, uruchomienie i szkolenia |  |
| **Cena brutto oferty (poz. 1+2):** | |  |

**PARAMETRY TECHNICZNE I EKSPLOATACYJNE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | * + 1. **PARAMETR** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | Komora wolnostojąca z podstawą | Tak |  | --- |
|  | Przepływ powietrza- Laminarny, pionowy | Tak |  | --- |
|  | Klasa bezpieczeństwa- II klasa bezpieczeństwa (BIOHAZARD) zgodna z PN-EN 12469 lub równoważne | Tak |  | --- |
|  | Wymiary zewnętrzne szer. x wys. x głęb.- max. 1300 x 2400 x 800 mm | Tak |  | --- |
|  | Wymiary wnętrza komory (szer. x gł.)- Min. 1200 x 620 mm | Tak |  | --- |
|  | Wysokość blatu roboczego od podłogi- ok. 800 mm | Tak |  | --- |
|  | Głośność-< 60 dB(A) | Tak |  | --- |
|  | Filtry- główny i wylotowy klasy H14 HEPA EN 1822 lub równoważne, skuteczność 99.995% dla najbardziej penetrującego rozmiaru cząstek (MPPS) | Tak |  | ---- |
|  | Monitorowanie i sterowanie parametrami pracy komory | Tak |  | --- |
|  | Szyba frontowa  - monitorowanie i wyświetlanie wartości istotnych parametrów pracy: prędkość przepływu powietrza stopień zużycia filtrów, czas trwania dezynfekcji UV itp.  - sterowanie funkcjami komory bez konieczności przerywania pracy za pomocą pilota, w sposób eliminujący przenoszenie ewentualnych skażeń z i do komory roboczej  - panel sterowania umieszczony wewnątrz komory roboczej na tylnej ścianie, na wysokości wzroku  - funkcja umożliwiająca zaprogramowanie opóźnionego startu | Tak |  | --- |
|  | Szyby boczne- Ze szkła bezpiecznego, chroniące przed promieniowaniem UV. | Tak |  | ------ |
|  | Blat roboczy- Ze stali nierdzewnej, segmentowy, łatwy do demontażu, autoklawowalny. | Tak |  | ------ |
|  | Ściana tylna- Z materiału odpornego na środki dezynfekujące | Tak |  | --- |
|  | Oświetlenie wnętrza- Ok. 850 lx | Tak |  | --- |
|  | Alarm- Optyczny i akustyczny | Tak |  | --- |
|  | Zasilanie i pobór mocy-230V / 50Hz, maksimum 250W | Tak |  | 250W – 0 pkt  Mniejsze – 3 pkt |
|  | Zestaw do sterylizacji- Lampy UV w ścianach bocznych, po 2 szt. | Tak |  | --- |
|  | Gniazdo elektryczne- Minimum 2 szt. w ścianach bocznych | Tak |  | --- |
|  | Demontowalne podpórki przedramion | Tak |  | --- |
|  | **Warunki energetyczne urządzenia** | | | |
|  | tryb niskiego poboru mocy [kW/h] | Podać |  | TAK – 1 pkt.  NIE – 0 pkt. |
|  | instrukcja obsługi zawierająca wskazówki zarządzania wydajnością i energooszczędnością urządzenia | Podać |  | TAK – 1 pkt.  NIE – 0 pkt. |
|  | szkolenia dla personelu medycznego i technicznego w zakresie efektywności energetycznej urządzenia(2 medyczne i 1 techniczna) | Podać |  | TAK – 1 pkt.  NIE – 0 pkt. |
|  | certyfikaty producenta potwierdzające wprowadzenie systemu zarządzania produkcji zgodnego z dyrektywami i/lub normami dotyczącymi ekologii, energooszczędności | Podać |  | TAK – 1 pkt.  NIE – 0 pkt. |
|  | trwałość produktu rozumiana jako gwarantowany okres pełnego wsparcia serwisowego oraz pełnego dostępu części zamiennych i oprogramowania | Podać |  | TAK – 1 pkt.  NIE – 0 pkt. |
|  | możliwość automatycznego przechodzenia urządzenia w tryb czuwania/niskiego poboru mocy | Podać |  | TAK – 1 pkt.  NIE – 0 pkt. |

**WARUNKI GWARANCJI I SERWISU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | * + 1. **PARAMETR** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | Okres gwarancji [miesiące] | >= 24 |  | 24 miesiące – 0 pkt.  25 i więcej – 5 pkt. |
|  | Gwarancja produkcji części zamiennych minimum 10 lat | tak |  | --- |
|  | Przyjazd serwisu po zgłoszeniu awarii w okresie gwarancji do 3 dni (dotyczy dni roboczych) rozumianych jako dni od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem świąt i dniustawowo wolnych od pracy, w godzinach od 8.00 do 15.00 ) | <=3 dni |  | 3 dni – 0 pkt;  1 dzień – 5 pkt, 2 dni – 3 pkt |
|  | Czas na naprawę usterki – do 7 dni, a w przypadku potrzeby sprowadzenia części zamiennych do - 14 dni (dotyczy dni roboczych) | tak |  | --- |
|  | Urządzenie zastępcze w przypadku niewykonania naprawy odpowiednio w ciągu 7 lub 14 dni od zgłoszenia awarii | tak |  | --- |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny | tak |  | --- |
|  | W ramach ceny: przeglądy w okresie gwarancji (zgodnie z wymogami producenta) | tak, podać ilość |  | --- |
|  | Ilość przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy aparatu (w okresie 1 roku) | podać |  | jeden – 5 pkt, więcej – 0 pkt |
|  | Dokumentacja serwisowa i/lub oprogramowanie serwisowe na potrzeby Zamawiającego (dokumentacja zapewni co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, etc.) | tak |  | --- |
|  | Wraz z dostawą komplet materiałów dotyczących instalacji urządzenia oraz instrukcji obsługi | tak |  | --- |
|  | Aparat jest lub będzie pozbawiony wszelkich blokad, kodów serwisowych, itp. które po upływie gwarancji utrudniałyby właścicielowi dostęp do opcji serwisowych lub naprawę aparatu przez inny niż Wykonawca umowy podmiot w przypadku nie korzystania przez Zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy | podać |  | Tak – 3 pkt  Nie – 0 pkt. |

**POZOSTAŁE WYMAGANIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | * + 1. **PARAMETR** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w formie drukowanej i elektronicznej (pendrive lub płyta CD) | tak |  | --- |
|  | Transport krajowy i zagraniczny wraz z ubezpieczeniem, wszelkie opłaty celne, skarbowe oraz inne opłaty pośrednie po stronie wykonawcy | tak |  | --- |
|  | Szkolenie dla personelu medycznego (2 osób) i technicznego ( 1 osoby) Dodatkowe szkolenie dla personelu medycznego w przypadku wyrażenia takiej potrzeby przez personel medyczny | tak |  | --- |
|  | Zapewnienie producenta lub autoryzowanego dystrybutora o dostępności części zamiennych przez okres minimum 10 lat | tak |  | --- |
|  | Zapewnienie producenta lub autoryzowanego dystrybutora o zapewnieniu serwisu gwarancyjnego i pogwarancyjnego | tak |  | --- |
|  |