**Załącznik nr 3 do SWZ**

**PAKIET 1**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot zamówienia …………………………………………………. Producent: ……………………………………………Typ aparatu……………………………..……  (nazwa, kraj)  Rok produkcji: …………….. | | | | |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY** | **WYMAGANA ODPOWIEDŹ** | **SZCZEGÓŁOWY OPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMOWIENIA** | **PUNKTACJA** |
| **I** | **Próżniowy system odsysania płynów** | **TAK** |  |  |
|  | Osiągane ciśnienie minimalne max 300 mbar | TAK |  | <300 mbar – 10 pkt  ≥300 mbar – 0 pkt |
|  | Przepływ maksymalny co najmniej 8 l/min | TAK |  | >8 l/min – 10 pkt  ≤8 l/min – 0 pkt |
|  | Zasilanie 230 V/ 50 Hz | TAK |  |  |
|  | Butla PP:   1. objętość min. 4 l 2. elektroniczny czujnik poziomu płynu 3. zakrętka z szybkozłączkami wykonanymi z PVDF lub materiału o nie gorszych właściwościach mechanicznych 4. Uchwyt do przenoszenia | TAK  TAK  TAK  TAK |  |  |
|  | Wszystkie elementy mające kontakt z płynem autoklawowalne | TAK |  |  |
|  | Komplet węży silikonowych | TAK |  |  |
|  | Adaptery:   1. gumowy adapter do pipet Pasteura® 2. 1-kanałowy stalowy adapter 40 mm 3. 8- kanałowy stalowy adapter 40 mm 4. 1-kanałowy adapter z wyrzutnikiem na końcówki plastikowe 5. 8-kanałowy adapter z wyrzutnikiem na końcówki plastikowe | TAK  TAK  TAK  TAK  TAK |  |  |
| **II** | **WARUNKI SERWISU GWARANCYJNEGO** | **WYMAGANA ODPOWIEDŹ** | **OPISAĆ OFEROWANE WARUNKI** |  |
|  | Okres gwarancji na izolację próżniową - min. 24 m-ce od daty podpisania przez obie strony protokołu zdawczo – odbiorczego | TAK  podać |  |  |
|  | Serwis gwarancyjny (nazwa i adres firmy) | podać |  |  |
|  | Forma zgłoszeń: e-mail, pisemnie | podać |  |  |
| Oświadczamy, że oferowany powyżej sprzęt – jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).  *…………………………..…..................……..........………………...*  podpis i pieczątka imienna osoby/ób upoważnionej/nych  do występowania w imieniu wykonawcy | | | | |