**Załącznik nr 3 do SWZ**

**PAKIET 6**

|  |
| --- |
| Przedmiot zamówienia ………………………………………………….Producent: ……………………………Typ aparatu……………..…… (nazwa, kraj)Rok produkcji: ……………… |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY** | **WYMAGANA ODPOWIEDŹ** | **SZCZEGÓŁOWY OPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **PUNKTACJA** |
| **I.** | **Wirówka laboratoryjna – 1 szt.** | TAK |  |  |
|  | Prędkość wirowania regulowana w zakresie co najmniej od 200 do 6 000 obr./min | TAK |  |  |
|  | Max siła wirowania rcf co najmniej 3 400 x g | TAK |  |  |
|  | Możliwość ustawiania wartości rpm i rcf | TAK |  |  |
|  | Stałokątowy, autoklawowalny rotor z niezbędnym wyposażeniem do wirowania co najmniej:1. 8 probówek do pobierania krwi o wymiarze 13 x 75 mm
2. 8 probówek o pojemności 15 ml
 | TAKTAK |  |  |
|  | Możliwość doposażenia rotora w adaptery do wirowania:1. probówek typu Eppendorf o pojemności 1,5 ml
2. probówek do pobierania krwi o wymiarze 13 x 100 mm
 | TAK / NIETAK / NIE |  | Dla każdego podpunktu oddzielne punkty (razem 20 pkt):TAK – 10 pktNIE – 0 pkt |
|  | Panel sterowania z wyświetlaczem i przyciskami /klawiaturą | TAK |  |  |
|  | Czas pracy:1. nastawny w zakresie co najmniej od 1 do 99 min
2. praca ciągła
 | TAKTAK |  |  |
|  | Możliwość ustawiania promienia | TAK |  |  |
|  | Co najmniej 2 charakterystyki rozpędzania i hamowania rotora | TAK |  |  |
|  | Możliwość zmiany czasu i prędkości w trakcie wirowania  | TAK |  |  |
|  | Funkcja szybkiego zwirowania  | TAK |  |  |
|  | Funkcja automatycznego odblokowania pokrywy po zakończeniu cyklu pracy | TAK / NIE |  | TAK – 5 pktNIE – 0 pkt |
|  | Okno inspekcyjne w pokrywie wirówki do wizualnego monitorowania procesu | TAK |  |  |
|  | Awaryjne otwieranie pokrywy | TAK |  |  |
|  | Alarm nieprawidłowego wyważenia rotora | TAK |  |  |
|  | Sygnał dźwiękowy informujący o:1. zakończeniu cyklu wirowania
2. wystąpieniu usterki
 | TAKTAK |  |  |
|  | Warunki otoczenia:1. temperatura w zakresie co najmniej od 2°C do 40°C
2. wilgotność co najmniej 80%
 | TAKTAK |  |  |
|  | Medyczny certyfikat CE IVD | TAK |  |  |
|  | Poziom hałasu podczas pracy nie wyższy niż 60 dB(A) | TAK |  | <55 dB(A) – 5 pkt≥55 dB(A) – 0 pkt |
|  | Zasilanie 230V/50Hz | TAK |  |  |
| **II.** | **WARUNKI SERWISU GWARANCYJNEGO** | **WYMAGANA ODPOWIEDŹ** | **OPISAĆ OFEROWANE WARUNKI** |  |
|  | Okres gwarancji min. 24 m-ce od daty podpisania przez obie strony protokołu zdawczo – odbiorczego | TAKPodać |  |  |
|  | Serwis gwarancyjny, proszę podać nazwę i adres firmy | Podać |  |  |
|  | Forma zgłoszeń: faxem, 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 |