Załącznik nr 2 do SWZ -ZMIANA

**Wykonawca**

Nazwa: ……………………………………………

Siedziba:…………………………………………....

Województwo:………………………………………

NIP ……………… / KRS ………………

*/Nazwa i adres Wykonawcy/*

**FORMULARZ PRZEDMIOTOWY**

**DOSTAWA SPRZĘTU LABORATORYJNEGO W CZĘŚCIACH**

 **CZĘŚĆ I: WYTRZĄSARKA ORBITALNA**

**Tabela nr 1. Parametry wymagane. (***Parametry określone w kolumnie 1 tabeli mają charakter obligatoryjny. Nie spełnienie chociażby jednego parametru będzie skutkować odrzuceniem oferty***.)**

|  |  |
| --- | --- |
| **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE** | **OFEROWANE PARAMETRY** |
| **1** | **2** |
| 1. Wytrząsarka laboratoryjna o ruchu okrężnym.
 | Oferowany produkt wytrząsarka*…………………………..*Producent: …………………….. (pełna nazwa, strona www.)Model: …………………………. nr katalogowy : …………………………Rok produkcji: ………………………  |
| **WYMAGANIA TECHNICZNE** |
| 1. Wymiary urządzenia szerokość x głębokość nie większe: 750x700 mm.
 | *wypełnić:*Wymiary urządzenia:…… x …….mm. |
| 1. Silnik bezszczotkowy, bezobsługowy.
 |
| 1. Wyświetlacz czasu i prędkości.
 |
| 1. Ustawianie parametrów wytrząsania za pomocą płaskich przycisków i/lub ekranu dotykowego (brak wystających pokręteł czy przycisków).
 |
| 1. Minimalny zakres prędkości wytrząsania: 50-250 obrotów na minutę.
 | *Wypełnić:*Zakres prędkości wytrząsania:…….. |
| 1. Minimalny zakres timera w pracy ciągłej: 1-60 min.
 | *Wypełnić:*Zakres timera w pracy ciągłej……. |
| 1. Praca w temperaturze otoczenia w zakresie nie mniejszym niż 15-40 ° C.
 | *Wypełnić:*Praca w temperaturze otoczenia w zakresie ………° C |
| 1. Możliwe obciążenie urządzenia nie mniejsze niż 10 kg.
 | *Wypełnić:*Możliwe obciążenie urządzenia………… |
| 1. **Wymiary platformy wytrząsającej szer. x głęb. nie mniejsze niż: 500x 400 mm lub 450x 450 mm**.
 | *Wypełnić:* Wymiary platformy wytrząsającej…………………..mm. |
| **WYPOSAŻENIE** |
| 1. Gumowa mata adhezyjna w całości pokrywająca platformę wytrząsającą.
 |
| **GWARANCJA** |
| 1. Okres gwarancji: min. 24 miesiące od daty dostawy.
 | **Parametr dodatkowo punktowany**.*Wypełnić:*Oferowany okres gwarancji…………..… |
| 1. Serwis Gwarancyjny.
 |
| 1. Instrukcja obsługi w języku polskim.
 |
| **Inne zobowiązania Wykonawcy** |
| 1. Dostawa do Wojewódzkiej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Łodzi, ul. Wodna 40, 90-046 Łódź, po wcześniejszym umówieniu z Zamawiającym.
 |

**Tabela nr 2 Pozacenowe kryteria oceny ofert.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Parametr punktowany  | Spełnienie parametru  |
| 1. | Gwarancja  | Punktacja: 24 miesiące parametr wymagany - 0 pkt36 miesięcy - 20 pkt48 miesięcy - 30pkt60 miesięcy - 40 pkt |
|  | **MAKSYMALNA LICZBA PUNKTÓW** | **40 pkt.** |

*Oferta została podpisana kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez: ………………………………………*