**Załącznik nr 3 do SWZ**

**PAKIET 2**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot zamówienia …………………………………………………. Producent: ……………………………Typ aparatu……………..……  (nazwa, kraj)  Rok produkcji: ……………… | | | | | |
| **LP.** | **WYMAGANE PARAMETRY** | **WYMAGANA ODPOWIEDŹ** | **SZCZEGÓŁOWY OPIS PARAMETRÓW OFEROWANEGO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA** | **PUNKTACJA** |
| **I.** | **Wirówka laboratoryjna – 4 szt.** | TAK |  |  |
|  | Prędkość wirowania w zakresie co najmniej od 800 do 14 500 obr./min | TAK |  |  |
|  | Max siła wirowania rcf co najmniej 14 000 x g | TAK |  |  |
|  | Możliwość ustawiania wartości rpm i rcf | TAK |  |  |
|  | Stałokątowy, autoklawowalny rotor z pokrywą oraz nakrętką umożliwiający wirowanie co najmniej 12 probówek o pojemności 1,5‑2 ml | TAK |  |  |
|  | Możliwość doposażenia rotora w adaptery do wirowania probówek o pojemności 0,5 ml | TAK / NIE |  | TAK – 10 pkt  NIE – 0 pkt |
|  | Możliwość dokupienia rotora umożliwiającego wirowanie co najmniej 16 probówek o pojemności 0,2 ml | TAK / NIE |  | TAK – 10 pkt  NIE – 0 pkt |
|  | Panel sterowania z wyświetlaczem LCD i klawiaturą membranową | TAK |  |  |
|  | Czas pracy:   1. nastawny w zakresie co najmniej od 15 s do 99 min 2. praca ciągła | TAK  TAK |  |  |
|  | Możliwość zmiany czasu i prędkości w trakcie wirowania | TAK / NIE |  | TAK – 5 pkt  NIE – 0 pkt |
|  | Funkcja szybkiego zwirowania z możliwością regulacji prędkości | TAK |  |  |
|  | Funkcja automatycznego otwierania pokrywy po zakończeniu cyklu pracy | TAK / NIE |  | TAK – 5 pkt  NIE – 0 pkt |
|  | Okno inspekcyjne w pokrywie wirówki do wizualnego monitorowania procesu | TAK |  |  |
|  | Awaryjne otwieranie pokrywy | TAK |  |  |
|  | Nóżki antypoślizgowe | TAK |  |  |
|  | Warunki otoczenia:   1. temperatura w zakresie co najmniej od 10°C do 40°C 2. wilgotność co najmniej 75% | TAK  TAK |  |  |
|  | Medyczny certyfikat CE IVD | TAK |  |  |
|  | 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 | TAK  Podać |  |  |
|  | 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 | | | | | |