**Komora laminarna- 1 sztuka**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Dane podstawowe** | **Warunek** | **Potwierdzenie/**  **Opis Wykonawcy** |
| 1. | Typ/Model | Podać |  |
| 2. | Producent | Podać |  |
| 3. | Rok produkcji | Podać |  |
| 4. | urządzanie zgodne z normą PN-EN 12469:2002 | Tak/Podać |  |
| 5. | komora klasy II B2, dedykowana do bezpiecznej pracy mikrobiologicznej MSC | Tak/Podać |  |
| 6. | filtr powietrza HEPA | Tak/Podać |  |
| 7. | szerokość wewnętrzna komory 120 cm ± 10 cm | Tak/Podać |  |
| 8. | komora zaopatrzona w lampę UV | Tak/Podać |  |
| 9. | wnętrze komory wykonane ze stali nierdzewnej, | Tak/Podać |  |
| 10. | blat roboczy pełny, ze stali nierdzewnej | Tak/Podać |  |
| 11. | boki przestrzeni roboczej z hartowanego szkła | Tak/Podać |  |
| 12. | Minimum dwa gniazdka elektryczne | Tak/Podać |  |
| 13. | Minimum jeden zawór do gazu z butli – propan-butan (z prawej strony) | Tak/Podać |  |
| 14. | elektrycznie opuszczana okno frontowe komory ( hartowane szkło) | Tak/Podać |  |
| 15. | komora posiada cyfrowy licznik czasu pracy oraz wewnętrzny system nadzoru informujący o błędach pracy – sygnalizacja optyczna i dźwiękowa | Tak/Podać |  |
| 16. | intuicyjne sterowanie komory za pomocą dużego, kolorowego, dotykowego wyświetlacza, | Tak/Podać |  |
| 17. | podłokietnik , z możliwością wsunięcia lub zamknięcia | Tak/Podać |  |
| 18. | spód komory na kółkach, wyposażonych z blokadę– możliwość przestawienia komory | Tak/Podać |  |
| 19. | Zaoferowany przedmiot zamówienia musi posiadać dopuszczenie do obrotu i do używania zgodnie z ustawą dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych ( Dz. U. z 2019 r. poz. 175 ) w szczególności:  spełniać tzw. Wymagania zasadnicze, określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia uwzględniającym wymagania prawa wspólnotowego w szczególności w zakresie wytwarzania, opakowania i oznakowania tych wyrobów;  posiadać deklarację zgodności dla oferowanego przedmiotu zamówienia;  c ) oznakowano je znakiem zgodności CE | Tak/Podać |  |
| 20. | instrukcja obsługi w języku polski | Tak |  |
| **Warunki serwisu** | | | |
| 1. | Okres gwarancji minimum 36 miesięcy | Tak/Podać |  |
| 2. | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi okresowe przeglądy techniczne przedmiotów zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych niezbędnych do wykonania przeglądu. Ostatni przegląd musi zostać wykonany w ostatnim miesiącu gwarancji. | Tak/Podać |  |
| 3. | Czas reakcji na zgłoszenie usterki nastąpi najpóźniej w następnym dniu roboczym od dnia zgłoszenia. Dni robocze rozumiane są jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | Tak/Podać |  |
| 4. | Czas skutecznej naprawy od momentu zgłoszenia awarii – max. 5 dni roboczych, rozumiane jako dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy. | Tak/Podać |  |
| 5. | Okres dostępności części zamiennych od daty sprzedaży przez min. 10 lat. | Tak/Podać |  |
| 6. | W okresie gwarancji Wykonawca do napraw i przeglądów będzie używał wyłącznie nowych części zamiennych | Tak/Podać |  |
| 7. | Przedłużenie gwarancji o czas niesprawności sprzętu | Tak/Podać |  |
| 8. | Serwis gwarancyjny świadczony będzie przez podmiot autoryzowany przez Producenta, świadczący usługi w miejscu instalacji sprzętu. Komunikacja z serwisem odbywać się będzie w języku polskim | Tak/Podać |  |
| 9. | Wykaz dostawców części i materiałów – zgodnie z art. 90 ust. 3 Ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010r. ( Dz. U. z 2019 r. poz. 175 ) | Tak/Podać |  |
| 10. | Wykaz podmiotów upoważnionych przez wytwórcę lub autoryzowanego przedstawiciela do wykonywania czynności – zgodnie z art. 90 ust. 4 ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r. ( Dz. U. z 2019r. poz. 175 ) | Tak/Podać |  |