**EZ/ZP/3/2021/MW**

Załącznik nr 2e do Zaproszenia

(Załącznik nr 1 do umowy)

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**(Wymagane parametry techniczno-funkcjonalne)**

**PAKIET NR 5**

**Szafy na leki -15 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca/Producent** |  |
| **Nazwa-model/typ** |  |
| **Kraj pochodzenia** |  |
| **Rok produkcji min. 2020 r.** |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
| **Szafa na leki** |
| 1 | Szafa medyczna posiadająca jedne, uchylne skrzydło drzwi, zawieszone na zawiasach kołkowych | TAK |  |
| 2 | Wykonana z blachy czarnej o grubości 0,8-1 mm | Tak, podać |  |
| 3 | Drzwi szafy z przeszkleniem wykonane z szyby hartowanej, zamykane zamkiem baskwilowym, ryglującym w trzech punktach i wykończone uchwytem klamkowym | TAK |  |
| 4 | Szafa wyposażona w 4 półki wykonane ze szkła hartowanego o maksymalnym udźwigu 25 kg  | Tak, podać |  |
| 5 | Malowana farbami proszkowymi (epoksydowo-poliestrowymi) w kolorze RAL7035 (jasny popiel) | TAK |  |
| 6 | Szafa posiada stopki regulacyjne | TAK |  |
| 7 | Wymiary szafy: 1800x600x420 +/-10mm | Tak, podać |  |
| **POZOSTAŁE WARUNKI** |
| Karta gwarancyjna | TAKzałączyćprzy dostawie |  |
| Instrukcja obsługi w języku polskim | TAKzałączyć przy dostawie |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Okres gwarancji minimum 24 miesiące licząc od terminu określonego w §7 pkt 1 Wzoru Umowy |  |

Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny prowadzi………………………..………………....... (uzupełnić)

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie nawet jednego z w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane, urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.

..................................

Wykonawca