**EZ/151/2021/ESŁ**

**Załącznik nr 2.1 do SWZ**

(Załącznik nr 1 do umowy)

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**(wymagane minimalne parametry techniczno-funkcjonalne)**

**Pakiet nr 1 – Urządzenie do suchego rozmrażania preparatów krwiopochodnych - 1 szt.**

**Producent**  ........................................................................................................

**Nazwa-model/typ** ............................................................................................

**Kraj pochodzenia** .............................................................................................

**Rok produkcji** ..................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych parametrów technicznych** | **Parametry i wartości wymagane** | **PARAMETRY OFEROWANE: Potwierdzenie Wykonawcy TAK lub opis parametrów oferowanych/ podać zakresy/ opisać** |
| 1 | Urządzenie fabrycznie nowe, min. 2021 rok produkcji | TAKpodać |  |
| 2 | Monitorowanie temperatury produktu:-bezdotykowy pomiar temperatury produktu czujnikiem podczerwieni,- szybka dostępność produktu dzięki informacji o stanie wolnym od lodu,- wyświetlanie temperatury produktu w zakresie od 29°C do 37°C z dokładnością 1°C | TAKpodać |  |
| 3 | Łagodne mieszanie produktu zapewniające uzyskanie jednakowego rozkładu temperatury w całym pojemniku oraz zapobiegające uszkodzeniom komórek | TAK |  |
| 4 | Funkcja szybkiego rozmrażania i ogrzewania produktów krwiopochodnych | TAK |  |
| 5 | Rozmrażanie w stałej temperaturze otoczenia wynoszącej 37°C | TAK |  |
| 6 | Jednoczesne rozmrażanie różnych produktów | TAK |  |
| 7 | Rozmrażanie worków o różnej pojemności | TAKpodać |  |
| 8 | Możliwość rozmrażania do trzech worków | TAKpodać |  |
| 9 | Wbudowany test systemu:-kontrola funkcji aparatu,-sprawdzanie kalibracji czujników temperatury. | TAK |  |
| 10 | Drukarka protokołów:-dokumentacja przebiegu procesu rozmrażania,-dokumentacja testu urządzenia,-dokumentacja komunikatów o błędach. | TAK |  |
| 11 | Rolka papieru do drukarki protokołów – 10 szt. | TAK |  |
| 12 | Zasilacz UPS min. 1000VA | TAK |  |
| 13 | Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny | TAK |  |
| **Pozostałe warunki** |
| 1 | Instrukcja obsługi w języku polskim *(załączyć wraz z dostawą urządzenia)* | Tak |  |
| 2 | Karta gwarancyjna w języku polskim *(załączyć wraz z dostawą urządzenia)* | Tak |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Okres gwarancji minimum 24 miesiące licząc od dnia wydania Zamawiającemu towaru zgodnego z umową. | Dodatkowy okres gwarancji ponad minimalny należy podać w formularzu ofertowym | *Dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.36 SWZ.* |

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

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie nawet jednego z ww. 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.