



Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Numer sprawy **3/2018**

Załącznik nr 4 do SIWZ

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia

| Pakiet nr 1 Chłodziarka farmaceutyczna – 1 szt. | | | |
|--|--|---------|-------------------------|
| Producent: | | | |
| Oferowany model / typ | | | |
| Lp | WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY | TAK/NIE | Parametr - podać/opisać |
| 1) | Chłodziarka fabrycznie nowa, rok produkcji min. 2017. | | |
| 2) | Chłodziarka farmaceutyczna z drzwiami pełnymi szklanymi lub przeszklonymi, z wymuszonym obiegiem powietrza. | | |
| 3) | Zakres temperatur: nie węższy niż od +2^o C do +8^o C | | |
| 4) | Regulacja temperatury co 0,1 ^o C. | | |
| 5) | Komora zamykana na klucz. | | |
| 6) | Zewnętrzny wyświetlacz LED temperatury panującej w komorze. | | |
| 7) | Wbudowany rejestrator temperatur z systemem powiadamiania SMS (wewnętrznym lub zewnętrznym). | | |
| 8) | Pamięć wyników pomiarów: minimum 1500 | | |
| 9) | Funkcja rozmrażania. | | |
| 10) | Zegar czasu rzeczywistego | | |
| 11) | Wewnętrzne światło, półki. | | |
| 12) | Pojemność robocza: min. 66 l | | |
| 13) | Bezpłatna gwarancja techniczna przez okres miesięcy (min. 24, max. 48 miesięcy), począwszy od dnia podpisania protokołu odbioru. W przypadku rozbieżności w długości gwarancji pomiędzy niniejszym załącznikiem a formularzem oferty Zamawiający uwzględni długość gwarancji wpisaną w formularzu ofertowym. | | |
| 14) | Czas rozpoczęcia naprawy przez serwis gwarancyjny – maksimum 24 godziny po zgłoszeniu usterki. | | |
| 15) | Instrukcja w języku polskim dołączona przy dostawie urządzenia. | | |
| 16) | Deklaracja zgodności/certyfikat CE świadczący o zgodności urządzenia z dyrektywami europejskimi i warunkami bezpieczeństwa. | | |



Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Pakiet nr 2 **Kolposkop – 1 szt.**

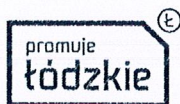
Producent:

Oferowany model / typ

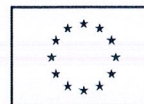
| Lp | WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY | TAK/NIE | Parametr - podać/opisać |
|-----|--|---------|-------------------------|
| 1) | Kolposkop fabrycznie nowy, rok produkcji min. 2017. | | |
| 2) | Konstrukcja jezdną (na kółkach z hamulcami)statywowa wyposażona w głowicę na składanym ramieniu oraz monitor z regulacją wysokości w zakresie min.1350 – 1500mm. | | |
| 3) | 3 stopnie powiększenia obrazu. | | |
| 4) | Zakres pola widzenia od min. 5 mm do min. 150 mm | | |
| 5) | Odległość od badanego obiektu regulowana w zakresie od min. 50 mm do min. 340 mm | | |
| 6) | Natężenie światła powyżej 25000 luksów. | | |
| 7) | Oświetlenie LED, światło białe, zimne o charakterystyce widma zapewniającej wierne odtworzenie barw oraz regulowany filtr polaryzacyjny niwelujący odbłaski powstające na powierzchniach odbijających światło. | | |
| 8) | Wbudowana kamera. | | |
| 9) | Kamera z funkcją precyzyjnego, automatycznego ustawienia ostrości obrazu (z możliwością ręcznej korekty ostrości). | | |
| 10) | Indywidualnie regulowane okulary. | | |
| 11) | Monitor z regulacją wysokości, obrotu i kąta nachylenia min.35° umożliwiającą podgląd obrazu zarówno operatorowi jak i pacjentowi. | | |
| 12) | Blokada pozycji monitora. | | |
| 13) | Napięcie zasilające 100 – 240 V AC | | |
| 14) | Bezpłatna gwarancja techniczna przez okres miesięcy (min. 24, max. 48 miesięcy), począwszy od dnia podpisania protokołu odbioru. W przypadku rozbieżności w długości gwarancji pomiędzy niniejszym załącznikiem a formularzem oferty Zamawiający uwzględni długość gwarancji wpisaną w formularzu ofertowym. | | |
| 15) | Czas rozpoczęcia naprawy przez serwis gwarancyjny – maksimum 24 godziny po zgłoszeniu usterki. | | |
| 16) | Bezpłatna instalacja kolposkopu oraz 2 godzinne szkolenie personelu z zakresu obsługi. Każdy członek przeszkolonego personelu otrzyma od Wykonawcy stosowne świadectwo potwierdzające należyte przeszkolenie. | | |
| 17) | Instrukcja w języku polskim dołączona przy dostawie urządzenia. | | |
| 18) | Deklaracja zgodności/certyfikat CE świadczący o zgodności urządzenia z dyrektywami europejskimi i warunkami bezpieczeństwa. | | |



Fundusze
Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

UWAGA:

Wszystkie ww. parametry i wymogi są parametrami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Oświadczam/y, że oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji.

Z UPOWAŻNIENIA DYREKTORA
SP ZOZ W ALEKSANDROWIE ŁÓDZKIM

Magdalena Dubowska
GŁÓWNY KSIĘGOWY

(podpis osoby uprawnionej do składania
oświadczeń woli w imieniu wykonawcy)