**Pakiet – zakup wraz z dostawą 2 szt. lodówek dla Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Zał. nr 2**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lodówka na leki | | | | |
| Nazwa | |  | | |
| Typ | |  | | |
| Wytwórca | |  | | |
| Kraj pochodzenia | |  | | |
| Rok produkcji:2017 | |  | | |
| Urządzenie fabrycznie nowe | | Tak | | |
| Lp. | Opis | | Wymagane parametry i warunki | Parametry oferowane |
| 1 | Wysokość: 165-175 cm | | TAK, podać |  |
| 2 | Szerokość: 50-60 cm | | TAK, podać |  |
| 3 | Głębokość: 55-60 cm | | TAK, podać |  |
| 4 | Waga: 50-60 kg | | TAK, podać |  |
| 6 | Klasa klimatyczna ST | | TAK |  |
| 7 | Pojemność całkowita brutto: 250 l +/- 5% | | TAK, podać |  |
| 8 | Pojemność chłodziarki netto: 166 l +/- 5% | | TAK, podać |  |
| 9 | Pojemność zamrażarki netto: 64 l +/- 5% | | TAK, podać |  |
| 10 | Zdolność zamrażania 3kg/24h | | TAK |  |
| 11 | Poziom hałasu ≤ 38 dB | | TAK, podać |  |
| 12 | Czas przechowywania w czasie awarii 19 godz. | | TAK |  |
| 13 | Roczny pobór energii ≤ 170 kWh | | TAK, podać |  |
| 14 | Szuflady zamrażarki: 3 szt. | | TAK |  |
| 15 | Liczba drzwi zewnętrznych: 2 | | TAK |  |
| 16 | Czynnik chłodniczy: R 600 a | | TAK |  |
| 17 | Sterowanie mechaniczne | | TAK |  |
| 18 | Uchwyt zewnętrzny | | TAK |  |
| **Warunki gwarancji** | | | | |
| 1. | Okres gwarancji -minimum 24 miesiące liczony od momentu uruchomienia systemu. Gwarancja min. 12 miesięcy na akcesoria (z wyłączeniem przypadków naturalnego zużycia). | | Tak |  |
| 2. | Czas reakcji od momentu zgłoszenia usterki i przyjazdu serwisu max 24godziny, wyłączając dni ustawowo wolne od pracy | | Tak |  |
| 3. | Maksymalny czas usunięcia usterki od momentu zdiagnozowania , gdy zachodzi konieczność sprowadzania części zamiennych 10 dni wyłączjąc dni wolne ustawowo od pracy. | | Tak |  |
| 4. | Czas naprawy gwarancyjnej przedłużający okres gwarancji liczony od momentu zgłoszenia. | | Tak |  |
| 5. | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy 3-naprawy | | Tak |  |
| 6. | Czas usunięcia usterki nie wymagający wymiany podzespołów nie wliczając godzin zawartych w dniach ustawowo wolnych max 48 godzin | | Tak |  |
| 7. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny, w tym ich lokalizacja, wykaz punktów serwisowych , ich lokalizacja (Proszę podać lub wskazać na odpowiedni dokument załączony do oferty) | | Tak |  |
| 8. | Adres najbliższego serwisu | | Tak podać |  |
| 9. | Numer telefonu i faksu na który mają być zgłaszane awarie | | Tak,podać |  |
| 10. | Minimum jeden bezpłatny przegląd techniczny w ciągu roku na całość zamówienia w okresie trwania gwarancji plus jeden w ostatnim miesiącu trwania okresu gwarancyjnego. | | Tak |  |
| **Serwis pogwarancyjny** | | | | |
| 11. | Czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia usterki odrębnym zleceniem min. 48godzin | | Tak |  |