Załącznik nr 2 do SWZ

**Wykonawca**

Nazwa: ……………………………………………

Siedziba:…………………………………………....

Województwo:………………………………………

NIP ……………… / KRS ………………

*/Nazwa i adres Wykonawcy/*

**FORMULARZ PRZEDMIOTOWY**

**DOSTAWA SPRZĘTU LABORATORYJNEGO W CZĘŚCIACH**

**CZĘŚĆ I: WYTRZĄSARKA ORBITALNA**

**Tabela nr 1. Parametry wymagane. (***Parametry określone w kolumnie 1 tabeli mają charakter obligatoryjny. Nie spełnienie chociażby jednego parametru będzie skutkować odrzuceniem oferty***.)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE** | | | **OFEROWANE PARAMETRY** |
| **1** | | | **2** |
| 1. Wytrząsarka laboratoryjna o ruchu okrężnym. | | | Oferowany produkt wytrząsarka*…………………………..* Producent: …………………….. (pełna nazwa, strona www.) Model: …………………………. nr katalogowy : …………………………  Rok produkcji: ……………………… |
| **WYMAGANIA TECHNICZNE** | | | |
| 1. Wymiary urządzenia szerokość x głębokość nie większe: 750x700 mm. | | *wypełnić:*  Wymiary urządzenia:…… x …….mm. | |
| 1. Silnik bezszczotkowy, bezobsługowy. | | | |
| 1. Wyświetlacz czasu i prędkości. | | | |
| 1. Ustawianie parametrów wytrząsania za pomocą płaskich przycisków i/lub ekranu dotykowego (brak wystających pokręteł czy przycisków). | | | |
| 1. Minimalny zakres prędkości wytrząsania: 50-250 obrotów na minutę. | | | *Wypełnić:*  Zakres prędkości wytrząsania:…….. |
| 1. Minimalny zakres timera w pracy ciągłej: 1-60 min. | | | *Wypełnić:*  Zakres timera w pracy ciągłej……. |
| 1. Praca w temperaturze otoczenia w zakresie nie mniejszym niż 15-40 ° C. | | | *Wypełnić:*  Praca w temperaturze otoczenia w zakresie ………° C |
| 1. Możliwe obciążenie urządzenia nie mniejsze niż 10 kg. | | | *Wypełnić:*  Możliwe obciążenie urządzenia………… |
| 1. Wymiary platformy wytrząsającej szer. x głęb. nie mniejsze niż 500x 400 mm. | | | *Wypełnić:*  Wymiary platformy wytrząsającej…………………..mm. |
| **WYPOSAŻENIE** | | | |
| 1. Gumowa mata adhezyjna w całości pokrywająca platformę wytrząsającą. | | | |
| **GWARANCJA** | | | |
| 1. Okres gwarancji: min. 24 miesiące od daty dostawy. | **Parametr dodatkowo punktowany**.  *Wypełnić:*  Oferowany okres gwarancji…………..… | | |
| 1. Serwis Gwarancyjny. | | | |
| 1. Instrukcja obsługi w języku polskim. | | | |
| **Inne zobowiązania Wykonawcy** | | | |
| 1. Dostawa do Wojewódzkiej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Łodzi, ul. Wodna 40,  90-046 Łódź, po wcześniejszym umówieniu z Zamawiającym. | | | |

**Tabela nr 2 Pozacenowe kryteria oceny ofert.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Parametr punktowany | Spełnienie parametru |
| 1. | Gwarancja | Punktacja:  24 miesiące parametr wymagany - 0 pkt  36 miesięcy - 20 pkt  48 miesięcy - 30pkt  60 miesięcy - 40 pkt |
|  | **MAKSYMALNA LICZBA PUNKTÓW** | **40 pkt.** |

*Oferta została podpisana kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez: ………………………………………*