|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Komora laminarna (3 szt.)** | | | | | | | | |
| **Cena jednostkowa**  (jeśli poszczególny moduł nie obejmuje całego zamówienia, opisać) | | **Ilość**  [szt.] | | **Wartość zamówienia netto**  [zł.] | | **VAT**  [%] | | **Wartość zamówienia brutto**  [zł.] |
|  | |  | |  | |  | |  |
| **LP.** | **Opis parametrów wymaganych** | | | | **Parametr wymagany** | | **Parametr oferowany** | |
| **1.1** | Producent | | | | Podać | |  | |
| **1.2** | Nazwa i typ / model urządzenia | | | | Podać | |  | |
| **1.3** | Kraj pochodzenia | | | | Podać | |  | |
| **1.4** | Rok produkcji (urządzenie fabrycznie nowe, nieużywane) | | | | Nie starszy niż (podać rok) r. | |  | |
| **1.5** | Zamawiana ilość | | | | 3 sztuki | |  | |
| **1.6** | Gwarancja | | | | Minimum 24 miesiące | |  | |
| **1.7** | Przeglądy techniczne | | Zapewnienie pełnego wsparcia technicznego na czas gwarancji, w tym przeglądy jeśli są wymagane | | Podać częstotliwość przeglądów | |  | |
| Jeśli wymagane przeglądy, wskazanie pełnego wykazu czynności serwisowych przewidzianych dla okresu 10 lat wraz ze wskazaniem wymiany części eksploatacyjnych. | | Tak | |  | |
| **1.8** | Szkolenie personelu z zakresu użytkowania | | | | Tak | |  | |
| **1.9** | Zakres przetwarzania danych osobowych przez urządzenie | | | | Opisać | |  | |
| **1.10** | Termin dostawy | | | | Do 60 dni od dnia podpisania umowy | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Opis wymagania** | **Wartość wymagana** | **Opis oferowanego parametru ze wskazaniem spełnienia warunku TAK/NIE** |
| **2.1** | Wymiary s/g/w min. 65/45/70 [cm]  max. 72/55/80 [cm] | Tak |  |
| **2.2** | Przepływ powietrza regulowany min. 0,2-0,5 m/s | Tak |  |
| **2.3** | Filtr HEPA H14 | Tak |  |
| **2.4** | Intensywność oświetlenia min. 1000 lux | Tak |  |
| **2.5** | Lampa bakteriobójcza UV | Tak |  |
| **2.6** | Panel sterowania w języku polskim | Tak |  |
| **2.7** | Blat ze stali nierdzewnej | Tak |  |

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Podpis kwalifikowany lub zaufany lub osobisty*