***Załącznik nr 8 do SIWZ***

**Opis przedmiotu zamówienia**

# Wstrząsarka do amalgamatu – 1 sztuka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETRY OFEROWANE |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 3 | Rok produkcji | podać |  |
| 4 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2019/2020 | TAK |  |
| 5 | Czas mieszania regulowany od 1 do 99 sekund | TAK  |  |
| 6 | Uchwyt dostosowany do standardowych rozmiarów kapsułek | TAK |  |
| 7 | Napięcie zasilające 220/240V, 50Hz +/- 5% | TAK  |  |
| 8 | Moc urządzenia 70 W | TAK  |  |
| 9 | Intensywności mieszania 4300 cykli / min. (± 5%) | TAK |  |
| 10 | Optymalna temperatura pracy 18-40 º C | TAK  |  |
| 11 | Automatyczna blokada w przypadku otwarcia pokrywy w trakcie pracy | TAK  |  |
| 12 | Waga do 4 kg | TAK  |  |
| 13 | Wymiary zewnętrzne min.: dł./szer./gł.: 220 / 145/ 210 mm | TAK  |  |
| 14 | Okres gwarancji minimum 24 m-ce | TAK  |  |
| 15 | Przeglądy gwarancyjne zgodnie z dokumentacją producenta dokonywane na koszt Wykonawcy, po uprzednim uzgodnieniu z Zamawiającym | TAK |  |
| 16 | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas przestoju  | TAK |  |
| 17 | Do urządzenia Wykonawca obowiązany jest założyć Paszport techniczny | TAK |  |
| 18 | Wraz z urządzeniem Wykonawca dostarczy dokumenty w języku polskim tj. instrukcję obsługi, dokumentację techniczną, instrukcję konserwacji i czyszczenia | TAK |  |
| 19 | Oferowane urządzenie posiada zaświadczenia i certyfikaty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych CE | TAK |  |
| 20 | Wykonawca przy dostawie urządzenia musi przekazać dokumenty potwierdzające fakt autoryzacji przez producenta w zakresie sprzedaży oraz serwisu dostarczonego sprzętu | TAK |  |

# Inkubator testów biologicznych – 1 sztuka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | WYMAGANE WARUNKI I PARAMETRY | PARAMETR WYMAGANY | PARAMETRY OFEROWANE |
| 1 | Producent | podać |  |
| 2 | Kraj pochodzenia | podać |  |
| 3 | Rok produkcji | podać |  |
| 4 | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2019/2020 | TAK |  |
| 5 | Inkubator do stosowania w poradni stomatologicznej | TAK  |  |
| 6 | Zakres temperatury 57ºC | TAK |  |
| 7 | Zasilanie 220/240 V | TAK  |  |
| 8 | Odczyt wyników po 24 h | TAK  |  |
| 9 | Waga do 1 kg | TAK |  |
| 10 | Wymiary min. wys./sze./dł.: 6/8/7 cm | TAK  |  |
| 11 | Okres gwarancji minimum 24 m-ce | TAK  |  |
| 12 | Przeglądy gwarancyjne zgodnie z dokumentacją producenta dokonywane na koszt Wykonawcy, po uprzednim uzgodnieniu z Zamawiającym | TAK |  |
| 13 | Każda naprawa gwarancyjna powoduje przedłużenie okresu gwarancji o czas przestoju  | TAK |  |
| 14 | Do urządzenia Wykonawca obowiązany jest założyć Paszport techniczny | TAK |  |
| 15 | Wraz z urządzeniem Wykonawca dostarczy dokumenty w języku polskim tj. instrukcję obsługi, dokumentację techniczną, instrukcję konserwacji i czyszczenia | TAK |  |
| 16 | Oferowane urządzenie posiada zaświadczenia i certyfikaty zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych CE | TAK |  |
| 17 | Wykonawca przy dostawie urządzenia musi przekazać dokumenty potwierdzające fakt autoryzacji przez producenta w zakresie sprzedaży oraz serwisu dostarczonego sprzętu | TAK |  |