

III. SZCZEGÓŁOWE WYMAGANIA- PARAMETRY TECHNICZNE

Producent
 Nazwa-model/typ
 Kraj pochodzenia

Rok produkcji
 WYMAGANIA TECHNICZNE

Lp.	PARAMETR	Wymagany parametr (spełnienie wymagań) TAK/NIE	Parametry – potwierdzenie spełnienia wymogów
	Producent	Podać	
	Model/Typ	Podać	
	Rok produkcji	Podać	
1.	Wymiary zewnętrzne (wys. x szer. x gł.) [mm]	TAK	
2.	Masa [kg]	TAK	
3.	3 wirówki nie starsze niż rok 2016 po generalnym przeglądzie	TAK	
4.	Mikroprocesorowy układ sterowania	TAK	
5.	Wybór prędkości obrotowej lub RFC co 50 rpm.	TAK	
6.	Wyświetlacz LCD aktualnych parametrów prędkości i czasu wirowania	TAK	
7.	Nowoczesny układ programowania parametrów: -prędkości obrotowej lub RFC -efektywnego czasu wirowania w minutach (od 1 do 99 min.) -liczenie czasu od startu lub od osiągnięcia prędkości maksymalnej -prędkość wirowania od 300 do 3500 obr./min	TAK	
8.	Zasilanie standardowe 230V 50/60HZ	TAK	
9.	Wirnik horyzontalny 6-miejscowy na minimum 24 pozycje na próbki typu próżniowy system pobierania krwi o wymiarach (15-17 mm x80-100 mm)	TAK	
10.	System sygnalizacji błędów: -nieważenia -przerwana realizacja zadanego programu Zabezpieczenie przed : -otwarcie pokrywy podczas wirowania -przed uruchomieniem wirówki przy otwartej pokrywie	TAK	
11.	Krótki czas rozpędzania i hamowania	TAK	
12.	Trwały bezobsługowy, bez szczotkowy silnik indukcyjny	TAK	
Pozostałe wymagania			
13.	Podać inne funkcje i akcesoria	TAK	
14.	Minimalny okres gwarancyjny 24 miesiące	TAK	
15.	Instalacja we wskazanym miejscu przez zamawiającego	TAK	
16.	Szkolenie personelu medycznego oraz technicznego w zakresie obsługi urządzenia	TAK	
17.	Czas reakcji na zgłoszoną awarię (przyjęcie zgłoszenia – podjęta naprawa) max. 72 godzin w okresie gwarancyjnym. Czas naprawy bez użycia części zamiennych (nie dłuższy niż 24 h) liczony od momentu podjęcia naprawy.	TAK	
18.	Podstawienie aparatury zastępczej na czas naprawy w przypadku awarii trwającej powyżej 5 dni roboczych.	TAK	
19.	Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie kraju.	TAK	
20.	Założenie paszportu technicznego dla dostarczonego urządzenia	TAK	
21.	Nieodpłatne przeglądy okresowe dostarczonego sprzętu zgodnie z wymaganiami producenta wraz z zestawami części zamiennych, które podlegają wymianie podczas przeglądu w okresie trwającej gwarancji	TAK	

Wszystkie parametry muszą być potwierdzone w dołączonych do oferty oryginalnych folderach, instrukcjach w języku polskim z zakreśleniem danego parametru oraz wskazaniem nr strony oferty w tabeli parametrów

KIEROWNIK
 Działu Aparatury Medycznej
 i Technicznej

 dr inż. Karolina Mielczarek