*Załącznik nr 3-7 – paramenty techniczno-użytkowe*

**Część 7 zamówienia**

**WŁAŚCIWOŚCI TECHNICZNO – UŻYTKOWE**

**Nazwa wykonawcy:** ...................................................................................................

**Adres wykonawcy:** ...................................................................................................

**Podgrzewacze do butelek/strzykawek – 2 szt.**

**Nazwa oferowanego urządzenia:** ..........................................................................

**Typ:** ............................... **Model**: .............................. **Rok produkcji** ......................

**Producent**: ........................................

| **Lp.** | **Nazwa i opis parametru lub cechy urządzenia** | **Wartość lub zakres wartości wymaganych** | **Wartość lub zakres wartości oferowanych lub potwierdzenie wartości lub opis** | **Punktacja** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. WYMAGANIA OGÓLNE
 |
|  | Podgrzewanie i rozmrażanie mleka kobiecego | TAK |  | - |
|  | Praca podgrzewacza z wodą i bez wody | TAK |  | - |
|  | Podgrzewanie mleka i innych roztworów w różnych rodzajach naczyń w tym w butelkach, i strzykawkach | TAK |  | - |
|  | Wyświetlacz LED z panelem sterowania wyposażony w przyciski membranowe, wyświetlający temperaturę i krótkie informacje | TAK |  | - |
|  | Wyposażenie w alarmy dźwiękowe i wizualne | TAK |  | - |
|  | Możliwość kalibracji  | TAK |  | - |
|  | Zakres temperatury | od +5°C od temperatury otoczenia, do 95°C, nastawa co 0.5°C |  | - |
|  | Pojemność komory | min. 5 l |  | - |
|  | Dwuspadowa pokrywą i taca wykonane z poliwęglanu | TAK |  | - |
|  | Zasilanie 230V, 50 Hz | TAK |  | - |
|  | Zgodność z normą DIN12876 | TAK |  | - |
| 1. **WYMAGANIA UZUPEŁNIAJĄCE**
 |
|  | Wykonawca dostarcza po wykonaniu instalacji sprzętu* karty gwarancyjne w języku polskim,
* instrukcje użytkowania w języku polskim,
* wykaz autoryzowanych serwisów,
* paszporty techniczne urządzenia
* deklarację zgodności
 | TAK |  | - |
|  | Szkolenie pracowników w zakresie kompleksowej obsługi dostarczonego urządzenia w siedzibie zamawiającego | TAK |  | - |
|  | Zapewnienie przez wykonawcę dostępności części zamiennych i akcesoriów przez okres min.5 lat | TAK |  | - |
|  | Przeglądy zgodnie z dokumentacją producenta dokonywane na koszt Wykonawcy po uprzednim uzgodnieniu terminu z Zamawiającym (min. 1 raz w roku w okresie gwarancji) | Podać, min. 1 na rok |  | - |
|  | Czas reakcji serwisu (liczony w dni robocze od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy):* kontakt telefoniczny od zgłoszenia do 24 godzin
 | Podać, max. 24 godziny |  | - |
|  | Gwarancja na cały oferowany sprzęt  | Podać, min. 24 miesiące |  | Pkt. od 0 do 40 |
|  | Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji | Podaćmax. 5 dni |  | - |

 .................................................. .....................................................

 *miejscowość i data podpis i pieczątka upoważnionego*

 *przedstawiciela wykonawcy*