……………………………………..

 Nazwa Wykonawcy

**FORMULARZ**

**WŁAŚCIWOŚCI TECHNICZNO – UŻYTKOWE**

**Urządzenia objętego częścią 2 zamówienia**

**Dostawa Sonikatora – 1 szt.**

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

**Typ:** .......................................**Model**: ..........................................

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

Urządzenie fabrycznie nowe, **rok produkcji 2025 r.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów lub cech urządzenia** | **Wartość lub zakres wartości wymaganych** | **Podać wartość lub zakres wartości oferowanych lub potwierdzenie wartości lub opis** |
|  | Sprzęt kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów | Tak |  |
|  | Przenośny sprzęt służący do homogenizacji mleka kobiecego, wyposażony w przeszklone drzwi | Tak |  |
|  | Możliwość homogenizacji w zakresie min. 3-10 ml | Tak, podać  |  |
|  | Sprzęt wyposażony w wyświetlacz LCD oraz z klawiaturą membranową | Tak |  |
|  | Możliwość wyświetlania informacji o błędach nierównomiernej homogenizacji | Tak  |  |
|  | Możliwość ustawienia:- amplitudy w %- czasu procesu | Tak |  |
|  | Sprzęt wyposażony w sondę wykonaną ze stopu tytanu o średnicy nie większej niż Ø3 mm , z możliwością regulacji wysokości jej zanurzenia | Tak, podać |  |
|  | Zasilanie 220- 240V, 50-60 Hz | Tak, podać |  |
| **WARUNKI GWARANCJI I SERWIS** |
|  | Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji | Maksymalnie 7 dni, podać |  |
|  | Czas przystąpienia do naprawy od zgłoszenia awarii w okresie gwarancji | Maksymalnie 24 godziny, podać |  |
|  | Warunki gwarancji | Minimum 24 miesiące, podać |  |

 …………………. …………………………….

(miejscowość i data) (podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)