Załącznik nr 7.1.1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa: **Zestaw narzędzi chirurgicznych** |   |   |
| Miejsce przeznaczenia: **Laboratorium Medycyny Regeneracyjnej, Izolowanych Tkanek i Narządów** |   |
| Ilość: 2 zestawy |   |   |
| **L.p.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje Ogólne:** |   |   |
| 1 | Producent | Podać |   |
| 2 | Nazwa i typ narzędzi | Podać |   |
| 3 | Rok produkcji | Nie wcześniej niż 2014 r. |   |
| **II** | **Parametry techniczne** |   |   |
| **II** | **Nazwa**  | **ilość** | **jm** | **cena jedn. netto** | **stawka VAT** | **wartość brutto** |
|  | Nożyczki preparacyjne, mikroskopowe. Z nierdzewnej stali szlachetnej 18/8. Autoklawowalne. Odgięte. Długość 115 mm | 2 | szt. |  |  |  |
|  | Nożyczki preparacyjne, chirurgiczne. Z nierdzewnej stali szlachetnej 18/8. Autoklawowalne. Nożyczki chirurgiczne. Ze specjalnym półokrągłym czubkiem (button shaped). Długość 145 mm | 2 | szt. |  |  |  |
|  | Nożyczki mikroskopowe, z gładkim ostrzem. Z nierdzewnej stali szlachetnej, proste, spiczaste. Autoklawowalne. Z gładkim ostrzem. Długość 105 mm | 8 | szt. |  |  |  |
|  | Pęsety, zagięte, końce spiczaste, chirurgiczne. Ze stali Remanit 4301. Końcówki wewnątrz żłobkowane, co zapewnia lepszy chwyt. Autoklawowalne. Zagięte, końce spiczaste. Długość 115mm | 5 | szt. |  |  |  |
|  | Pęsety, proste, końce spiczaste, chirurgiczne. Ze stali Remanit 4301. Końcówki wewnątrz żłobkowane, co zapewnia lepszy chwyt. Autoklawowalne. Proste, końce spiczaste. Długość 115mm | 5 | szt. |  |  |  |
|  | Pęsety, proste, końce zaokrąglone. Ze stali Remanit 4301. Końcówki wewnątrz żłobkowane, co zapewnia lepszy chwyt. Autoklawowalne. Proste, końce zaokrąglone, anatomiczne. Długość 115mm | 5 | szt. |  |  |  |
|  | Aplikator klipsów naczyniowych | 1 | szt. |  |  |  |
| **III** | **Pozostałe** |  |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesięcy (podać okres) | Tak |  |
|  | Oryginalne materiały producenta tj. broszury techniczne, instrukcje | Tak, załączyć do oferty |  |

 …………………………….

 podpis Wykonawcy

Załącznik nr 7.1.2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa: **Zestaw szkła laboratoryjnego** |   |   |
| Miejsce przeznaczenia: **Laboratorium Medycyny Regeneracyjnej, Izolowanych Tkanek i Narządów** |   |
| Ilość: 2 zestawy |   |   |
| **L.p.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje Ogólne:** |   |   |
| 1 | Producent | Podać |   |
| 2 | Nazwa i typ szkła | Podać |   |
| 3 | Rok produkcji | Nie wcześniej niż 2014 r. |   |
| **II** | **Parametry techniczne** |   |   |
| **II** | **Nazwa**  | **ilość** | **jm** | **cena jedn. netto** | **stawka VAT** | **wartość brutto** |
|  | Zlewki szklane, niskie. Ze szkła borokrzemianowego pierwszej klasy hydrolitycznej. Z podziałką i wylewem. Zgodne z DIN 12331, ISO 3819. Posiadające retrace code. Autoklawowalne. Pojemność 400mL. Średnica zewn 80mm | 10 | szt. |  |  |  |
|  | Zlewki szklane, niskie. Ze szkła borokrzemianowego pierwszej klasy hydrolitycznej. Z podziałką i wylewem. Zgodne z DIN 12331, ISO 3819. Posiadającd retrace code. Autoklawowalne. Pojemność 1000mL. Średnica zewn 105mm | 3 | szt. |  |  |  |
|  | Butelki laboratoryjne z zakrętką. Wysokiej jakości butelki laboratoryjne ze szkła borokrzemianowego pierwszej klasy hydrolitycznej. Z czerwoną zakrętką z PBT. Z uszczelką pokrytą PTFE. Kolor czerwony. Odporne na temp. od -45°C do +150°C, autoklawowalne. Równomierne, grube ścianki. Zgodne z ISO 4796. Z możliwością autoklawowania 25 ml | 20 | szt. |  |  |  |
|  | Butelki laboratoryjne z zakrętką. Wysokiej jakości butelki laboratoryjne ze szkła borokrzemianowego pierwszej klasy hydrolitycznej. Z czerwoną zakrętką z PBT. Z uszczelką pokrytą PTFE. Kolor czerwony. Odporne na temp. od -45°C do +150°C, autoklawowalne. Równomierne, grube ścianki. Zgodne z ISO 4796. Z możliwością autoklawowania 100 ml | 20 | szt. |  |  |  |
|  | Butelki laboratoryjne z zakrętką. Wysokiej jakości butelki laboratoryjne ze szkła borokrzemianowego pierwszej klasy hydrolitycznej. Z czerwoną zakrętką z PBT. Z uszczelką pokrytą PTFE. Kolor czerwony. Odporne na temp. od -45°C do +150°C, autoklawowalne. Równomierne, grube ścianki. Zgodne z ISO 4796. Z możliwością autoklawowania 250 ml  | 30 | szt. |  |  |  |
|  | Butelki laboratoryjne z zakrętką. Wysokiej jakości butelki laboratoryjne ze szkła borokrzemianowego pierwszej klasy hydrolitycznej. Z czerwoną zakrętką z PBT. Z uszczelką pokrytą PTFE. Kolor czerwony. Odporne na temp. od -45°C do +150°C, autoklawowalne. Równomierne, grube ścianki. Zgodne z ISO 4796. Z możliwością autoklawowania 500 ml  | 30 | szt. |  |  |  |
|  | Butelki laboratoryjne z zakrętką. Wysokiej jakości butelki laboratoryjne ze szkła borokrzemianowego pierwszej klasy hydrolitycznej. Z czerwoną zakrętką z PBT. Z uszczelką pokrytą PTFE. Kolor czerwony. Odporne na temp. od -45°C do +150°C, autoklawowalne. Równomierne, grube ścianki. Zgodne z ISO 4796. Z możliwością autoklawowania 1000 ml  | 10 | szt. |  |  |  |

…………………………….

 podpis Wykonawcy

Załącznik nr 7.1.3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa urządzenia: **Łaźnia wodna** |   |   |
| Miejsce przeznaczenia: **Laboratorium Medycyny Regeneracyjnej, Izolowanych Tkanek i Narządów** |   |
| Ilość: **1 szt.** |   |   |
| **L.p.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje Ogólne:** |   |   |
| 1 | Producent | Podać |   |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | Podać |   |
| 3 | Rok produkcji | Nie wcześniej niż 2014 r. |   |
| **II** | **Parametry techniczne** |   |   |
| 1 | Łaźnia wodna  | Sterowana mikroprocesorem,cyfrowo |   |
| 2 | Pojemność komory roboczej | min. 10 litrów |   |
| 3 | Stabilność temperatury | min. ±0.2°C w temp. +37°C |   |
| 4 | Komora wewnętrzna oraz obudowa wykonane ze stali nierdzewnej | Tak, podać |   |
| 5 | Pokrywą z tworzywa sztucznego | Tak, podać |   |
| 6 | Masa własna | max. 13,5 kg |   |
| 7 | Wymiary wewnętrzne (szer. x głęb. x wys.) mm | min. 300 x 200 x 140 mm |   |
| 8 | Wymiary zewnętrzne (szer. x głęb. x wys.) mm | max. 600 x 390 x 250 mm |   |
| 9 | Pobór mocy | nie większy jak 1200 W |   |
| 10 | Zakres regulacji temp. | od temp. otoczenia do punktu wrzenia |   |
| **III** | **Pozostałe** |   |   |
| 1 | Gwarancja minimum 24 miesiąceprzez autoryzowany serwis (autoryzację dołączyć do oferty) | Tak, podać okres gwarancji |   |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim lub angielskim(dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 3 | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji | Tak |   |
| 4 | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak |   |
| 5 | Czas reakcji na zgłoszenie awarii do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych | Tak |   |
| 6 | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak |   |
| 7 | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 8 | Oryginalne materiały producenta tj. broszury techniczne, instrukcje | Tak, załączyć do oferty |   |

…………………………….

 podpis Wykonawcy

Załącznik nr 7.1.4

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa urządzenia: **Zestaw pipet** |   |   |
| Miejsce przeznaczenia: **Laboratorium Medycyny Regeneracyjnej, Izolowanych Tkanek i Narządów** |   |
| Ilość: **5 zestawów** |   |   |
| **L.p.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje Ogólne:** |   |   |
| 1 | Producent | Podać |   |
| 2 | Nazwa i typ pipet automatycznych | Podać |   |
| 3 | Rok produkcji | Nie wcześniej niż 2014 r. |   |
| **II** | **Parametry techniczne** |   |   |
| 1 | Zestaw automatycznych, zmienno-pojemnościowych pipet laboratoryjnych z wyrzutnikiem(3 pipety o zakresach min. 1 ÷ 1000 µl) | Tak, podać |   |
| 2 | W skład zestawu wchodzą: - pipeta o poj. min. 1 – 10 µl - pipeta o poj. min. 10 – 100 µl - pipeta o poj. min. 100 – 1000 µl - statyw na 6 szt. pipet  - zestaw 3 op. tipsów do pipet, odpowiadających pojemnościowo pipetom | Tak, podać |   |
| 3 | Pipety w pełni autoklawowalne lub materiał użyty do produkcji pipet automatycznych (pokrętła i korpusu)  | Tak |   |
| **III** | **Pozostałe** |   |   |
| 1 | Gwarancja minimum 36 miesięcyprzez autoryzowany serwis (autoryzację dołączyć do oferty) | Tak, podać okres gwarancji |   |
| 2 | Instrukcja obsługi w języku polskim lub angielskim(dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 3 | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji | Tak |   |
| 4 | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak |   |
| 5 | Czas reakcji na zgłoszenie awarii do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych | Tak |   |
| 6 | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak |   |
| 7 | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 8 | Oryginalne materiały producenta tj. broszury techniczne, instrukcje | Tak, załączyć do oferty |   |

…………………………….

 podpis Wykonawcy

Załącznik nr 7.1.5

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa urządzenia: **Wirówko-worteks**  |   |   |
| Miejsce przeznaczenia: **Laboratorium Medycyny Regeneracyjnej, Izolowanych Tkanek i Narządów** |   |
| Ilość: **1 szt.** |   |   |
| **L.p.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje Ogólne:** |   |   |
| 1 | Producent | Podać |   |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | Podać |   |
| 3 | Rok produkcji | Nie wcześniej niż 2014 r. |   |
| **II** | **Parametry techniczne** |   |   |
| 1 | Mini wytrząsarka laboratoryjna typu Vortex | Tak |   |
| 2 | Płynna regulacja obrotów w zakresie przynajmniej od 0 ÷ 2700 rpm | Tak, podać |   |
| 3 | Promień obrotu min. 4 mm | Tak, podać |   |
| 4 | Wskaźnik podłączenia do zasilania | Tak, podać |   |
| 5 | Uniwersalna platforma robocza | Tak, podać |   |
| 6 | Masa własna max 3 kg | Tak, podać |   |
| 7 | Wymiary zewnętrzne nie większe jak (szer. x głęb. x wys.):150 x 210 x 145 mm +/- 5% | Tak, podać |   |
| 8 | Antywibracyjne nóżki | Tak, podać |   |
| 9 | 3 funkcje: praca ciągła; praca przy dotknięciu probówką;stop podczas pracy | Tak, podać |   |
| **III** | **Pozostałe** |   |   |
| 1 | Gwarancja minimum 18 miesięcyprzez autoryzowany serwis (autoryzację dołączyć do oferty) | Tak, podać okres gwarancji |   |
| 2 | Instrukcja w języku polskim lub angielskim(dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 3 | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji | Tak |   |
| 4 | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak |   |
| 5 | Czas reakcji na zgłoszenie awarii do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych | Tak |   |
| 6 | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak |   |
| 7 | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 8 | Oryginalne materiały producenta tj. broszury techniczne, instrukcje | Tak, załączyć do oferty |   |

…………………………….

 podpis Wykonawcy

Załącznik nr 7.1.6

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa urządzenia: **pH-metr laboratoryjny** |   |   |
| Miejsce przeznaczenia: **Laboratorium Medycyny Regeneracyjnej, Izolowanych Tkanek i Narządów** |   |
| Ilość: **1 szt.** |   |   |
| **L.p.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje Ogólne:** |   |   |
| 1 | Producent | Podać |   |
| 2 | Nazwa i typ aparatu | Podać |   |
| 3 | Rok produkcji | Nie wcześniej niż 2014 r. |   |
| **II** | **Parametry techniczne** |   |   |
| 1 | Nastołowy pH-metr laboratoryjny wyposażony w elektrodę epoksydowa, Ag/AgCl, stalowy czujnik temperatury, statyw do elektrod i zasilacz | Tak, podać |   |
| 2 | Zakres pH od -2,000 do 20,000 | Tak, podać |   |
| 3 | Przynajmniej 5 pkt. kalibracyjnych | Tak, podać |   |
| 4 | mV/RmV zakres do +/- 2000 mV | Tak, podać |   |
| 5 | Dokładność | Min. ±0,002 pHMin. ±0,1\*C |   |
| 6 | Rozdzielczość | Min. 0,001 pHMin. 0,1 \*C |   |
| 7 | Pomiar pH, potencjału redox oraz temperatury | Tak |   |
| 8 | Pamięć min. 2000 wyników zbieranych pojedynczo lub seryjnie z temperaturą, czasem i datą | Tak |   |
| 9 | Przyrząd spełniający wymogi GLP | Tak |   |
| 10 | Wyjście zewnętrzne USB i RS-232 | Tak, podać |   |
| **III** | **Pozostałe** |   |   |
| 1 | Gwarancja minimum 36 miesięcyprzez autoryzowany serwis | Tak, podać okres gwarancji |   |
| 2 | Instrukcja w języku polskim lub angielskim(dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 3 | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji | Tak |   |
| 4 | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak |   |
| 5 | Czas reakcji na zgłoszenie awarii do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych | Tak |   |
| 6 | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak |   |
| 7 | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 8 | Oryginalne materiały producenta tj. broszury techniczne, instrukcje | Tak, załączyć do oferty |   |

…………………………….

 podpis Wykonawcy

Załącznik nr 7.1.7

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa urządzenia: **Wagi laboratoryjne** |   |   |
| Miejsce przeznaczenia: **Laboratorium Medycyny Regeneracyjnej, Izolowanych Tkanek i Narządów** |   |
| Ilość: **2 szt.** |   |   |
| **L.p.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje Ogólne:** |   |   |
| 1 | Producent | Podać |   |
| 2 | Nazwa i typ wagi nr 1:Nazwa i typ wagi nr 2: | Podać |   |
| 3 | Rok produkcji | Nie wcześniej niż 2014 r. |   |
| **II** | **Parametry techniczne wagi nr 1:** |   |   |
| 1 | Dwuzakresowa Obciążenie maksymalne min. 82/220 gObciążenie minimalne max. 1 mgDokładność odczytu [d] min. 0,01 mg/0,1 mgZakres tary min. -220 gPowtarzalność 0,015 mg/0,1mgLiniowość ±0,1 mg/0,2mgMinimalna naważka USP 30 mgMinimalna naważka 3 mgCzas stabilizacji ok. 6 sWymiar szalki ø 70 mm +/- 5%Dryft czułości 1 ppm/°C w temperaturze +10 ° - +40 °C Temperatura pracy przynajmniej w zakresie +10 ° - +40 °C Zasilanie 12 ÷ 16 V DC Wyświetlacz LCD (z podświetleniem)  | Tak, podać |   |
| **III** | **Parametry techniczne wagi nr 2:** |   |   |
| 1 | Obciążenie maksymalne min. 750 gObciążenie minimalne max. 20 mgDokładność odczytu [d] min. 1 mgZakres tary min. -750 gPowtarzalność 0,0015 gLiniowość ±0,003 gCzas stabilizacji max. 2 sWymiar szalki 128×128 mm +/- 5%Dryft czułości 2ppm/°C w temperaturze +15 ÷ +35 °CTemperatura pracy przynajmniej w zakresie: +10 ÷ +40 °CZasilanie 13,5 ÷ 16 V DC Kalibracja wewnętrzna (automatyczna) Wyświetlacz nie mniejszy jak 5,7'' (panel dotykowy) Interfejs 2×USB, 2×RS 232, Ethernet, 4wejścia/4wyjścia (cyfrowe), WiFi 2,4GHz b,g,n Masa nie większa jak: 5,5 kgPobór mocy nie większy jak 500mA (bezprzewodowy terminal - 1A)  | Tak, podać |   |
| **IV** | **Pozostałe** |   |   |
| 1 | Gwarancja minimum 24 miesiąceprzez autoryzowany serwis (podać okres) | Tak |   |
| 2 | Instrukcja w języku polskim(dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 3 | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji | Tak |   |
| 4 | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak |   |
| 5 | Czas reakcji na zgłoszenie awarii do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych | Tak |   |
| 6 | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak |   |
| 7 | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 8 | Oryginalne materiały producenta tj. broszury techniczne, instrukcje | Tak, załączyć do oferty |   |

…………………………….

 podpis Wykonawcy

Załącznik nr 7.1.8

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa urządzenia: **Sterylizator** |   |   |
| Miejsce przeznaczenia: **Laboratorium Medycyny Regeneracyjnej, Izolowanych Tkanek i Narządów** |   |
| Ilość: **1 szt.** |   |   |
| **L.p.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje Ogólne:** |   |   |
| 1 | Producent | Podać |   |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | Podać |   |
| 3 | Rok produkcji | Nie wcześniej niż 2014 r. |   |
| **II** | **Parametry techniczne** |   |   |
| 1 | Suszarka laboratoryjna, sterylizator | Tak |   |
| 2 | Pojemności minimum 61 litrów | Tak, podać |   |
| 3 | Naturalny obiegi powietrza | Tak, podać |   |
| 4 | Regulowany zakres temp. w przedziale min. od +50°C do +300°C | Tak, podać |   |
| 5 | Min. 2 półki stalowe, perforowane  | Tak, podać |   |
| 6 | Wymiary zewnętrzne niewiększe jak (szer. x głęb. x wys.):530 x 570 x 720 mm +/- 15% | Tak, podać |   |
| 7 | Wymiary wewnętrzne niemniejsze jak (szer. x głęb. x wys.):330 x 390 x 480 mm +/- 15% | Tak, podać |   |
| 8 | Masa urządzenia max 70 kg | Tak, podać |   |
| **III** | **Pozostałe** |   |   |
| 1 | Gwarancja minimum 24 miesiąceprzez autoryzowany serwis (podać okres) | Tak |   |
| 2 | Instrukcja w języku polskim lub angielskim(dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 3 | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji | Tak |   |
| 4 | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak |   |
| 5 | Czas reakcji na zgłoszenie awarii do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych | Tak |   |
| 6 | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak |   |
| 7 | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 8 | Oryginalne materiały producenta tj. broszury techniczne, instrukcje | Tak, załączyć do oferty |   |

…………………………….

 podpis Wykonawcy

Załącznik nr 7.1.9

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa urządzenia: **Tlenomierz** |   |   |
| Miejsce przeznaczenia: **Laboratorium Medycyny Regeneracyjnej, Izolowanych Tkanek i Narządów** |   |
| Ilość: **1 szt.** |   |   |
| **L.p.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje Ogólne:** |   |   |
| 1 | Producent | Podać |   |
| 2 | Nazwa i typ aparatu | Podać |   |
| 3 | Rok produkcji | Nie wcześniej niż 2014 r. |   |
| **II** | **Parametry techniczne** |   |   |
| 1 | Nastołowy miernik laboratoryjny wyposażony w elektrodę | Tak, podać |   |
| 2 | Pomiar stężenia tlenu rozpuszczonego w wodzie w w mg/l lub w % nasycenia | Tak, podać |   |
| 3 | Zakres pomiarowy stężenia tlenu: min. 0 ÷ 60 mg/l lub 0 ÷ 600% | Tak, podać |   |
| 4 | Pamięć min. 2000 | Tak |   |
| 5 | Przyrząd spełniający wymogi GLP | Tak |   |
| 6 | Wyjście zewnętrzne USB lub RS-232 | Tak, podać |   |
| **III** | **Pozostałe** |   |   |
| 1 | Gwarancja minimum 12 miesięcy (podać okres) | Tak |   |
| 2 | Instrukcja w języku polskim lub angielskim(dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 3 | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji | Tak |   |
| 4 | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak |   |
| 5 | Czas reakcji na zgłoszenie awarii do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych | Tak |   |
| 6 | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak |   |
| 7 | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 8 | Oryginalne materiały producenta tj. broszury techniczne, instrukcje | Tak, załączyć do oferty |   |

…………………………….

 podpis Wykonawcy

Załącznik nr 7.1.10

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa urządzenia: **Maszyna do lodu /** **Kostkarka do lodu** |   |   |
| Miejsce przeznaczenia: **Laboratorium Medycyny Regeneracyjnej, Izolowanych Tkanek i Narządów** |   |
| Ilość: **1 szt.** |   |   |
| **L.p.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje Ogólne:** |   |   |
| 1 | Producent | Podać |   |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | Podać |   |
| 3 | Rok produkcji | Nie wcześniej niż 2014 r. |   |
| **II** | **Parametry techniczne** |   |   |
| 1 | Kostkarka do lodu | Tak |   |
| 2 | Zbiorniki ze stali nierdzewnej z klapą na froncie  | Tak, podać |   |
| 3 | Pojemności zbiornika lodu przynajmniej 25 kg | Tak, podać |   |
| 4 | Wymiary urządzenia nie większe jak  (szer./głęb./wys.) | 600 x 700 x 900/1000 mm |   |
| 5 | Instalacja i uruchomienie (bez ponoszenia dodatkwochy kosztów przez Zamawiającego) | Tak |   |
| **III** | **Pozostałe** |   |   |
| 1 | Gwarancja minimum 12 miesięcy (podać okres) | Tak |   |
| 2 | Instrukcja w języku polskim lub angielksim(dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 3 | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji | Tak |   |
| 4 | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak |   |
| 5 | Czas reakcji na zgłoszenie awarii do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych | Tak |   |
| 6 | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak |   |
| 7 | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 8 | Oryginalne materiały producenta tj. broszury techniczne, instrukcje | Tak, załączyć do oferty |   |

…………………………….

 podpis Wykonawcy

Załącznik nr 7.1.11

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa urządzenia: Lodówki/chłodziarki laboratoryjne |   |   |
| Miejsce przeznaczenia: **Laboratorium Medycyny Regeneracyjnej, Izolowanych Tkanek i Narządów** |   |
| Ilość: 2 szt. |   |   |
| **L.p.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje Ogólne:** |   |   |
| 1 | Producent | Podać |   |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | Podać |   |
| 3 | Rok produkcji | Nie wcześniej niż 2014 r. |   |
| **II** | **Parametry techniczne** |   |   |
| 1 | Wymiary zewn. max. (szer. x głęb. x wys.) mm | 600 x 620 x 2010 mm |   |
| 2 | Wymiary wewn. min. (szer. x głęb. x wys.) mmchłodziarka o pojemności 240 l netto i wymiarach: 440/435/1105 mmzamrażarka o pojemności 105 l netto i wymiarach: 431/435/597 mm | Tak, podać |   |
| 3 | Układ chłodzenia:chłodziarka – dynamicznyzamrażarka – statyczny | Tak, podać |   |
| 4 | Zużycie energii w ciągu 24 h – maks. 1,80 kWh | Tak, podać |   |
| 5 | Odszranianie:chłodziarka – automatycznezamrażarka – manualne | Tak, podać |   |
| 6 | Zakres temperatury regulowany minimum w przedziale:chłodziarka: od +3 °C do +8 °Czamrażarka: od -9 °C do -30 °C | Tak, podać |   |
| 7 | Materiał obudowy/ kolor – stal/ biały | Tak, podać |   |
| 8 | Drzwi: pełne z zamkiem | Tak, podać |   |
| 9 | Materiał wnętrza: tworzywo sztuczne | Tak, podać |   |
| 10 | Rodzaj sterowania: elektroniczne | Tak, podać |   |
| 11 | Wyświetlacz: zewnętrzny cyfrowy | Tak, podać |   |
| 12 | Alarmy | Tak, podać |   |
| 13 | Interfejs – RS 485 | Tak, podać |   |
| 14 | Złącze beznapięciowe | Tak, podać |   |
| 15 | Rejestrator temperatury wzorcowany | Tak, wraz ze świadectwem wzorcowania w min. trzech punktach |   |
| **III** | **Pozostałe** |   |   |
| 1 | Gwarancja minimum 12 miesięcy (podać okres) | Tak |   |
| 2 | Instrukcja w języku polskim lub angielskim(dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 3 | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji | Tak |   |
| 4 | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak |   |
| 5 | Czas reakcji na zgłoszenie awarii do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych | Tak |   |
| 6 | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak |   |
| 7 | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 8 | Oryginalne materiały producenta tj. broszury techniczne, instrukcje | Tak, załączyć do oferty |   |

…………………………….

 podpis Wykonawcy

Załącznik nr 7.1.12

|  |
| --- |
| Nazwa urządzenia: **Zamrażarka -80°C wraz z wyposażeniem** |
| Miejsce przeznaczenia: **Laboratorium Medycyny Regeneracyjnej, Izolowanych Tkanek i Narządów** |   |
| Ilość: **1 szt.** |   |   |
| **L.p.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje Ogólne:** |   |   |
| 1 | Producent | Podać |   |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | Podać |   |
| 3 | Rok produkcji | Nie wcześniej niż 2014 r. |   |
| **II** | **Parametry techniczne** |   |   |
| 1 | Zamrażarka niskotemperaturowa do -86°C o poj. minimum 530 litrów | Tak, podać |   |
| 2 | Zakres regulacji temperatury min. od -50°C do -86°Cz możliwością zmian temperatury co 1°C | Tak, podać |   |
| 3 | Wysokowydajny, kaskadowy system zamrażaniaukład dwóch hermetycznych kompresorów | Tak |   |
| 4 | Kontrolowany przepływ powietrza przez wymiennik ciepła  | Tak |   |
| 5 | Min. jeden wentylator zapewniający maksymalny poziomzamrażania oraz bezpieczeństwo kompresorów | Tak, podać |   |
| 6 | CO2 Back-Up system dla zamrażarek niskotemperaturowych do awaryjnego podawania CO2 w przypadku braku zasilania elektrycznego, załączający się i wyłączający automatycznie | Tak, podać |   |
| 8 | Min. 3 szt. raków do zamrażarki niskotemperaturowej na pudełka 2” do przechowywania probówek o poj. 1,5-2 ml w krio-pudełkach tekturowych (min. 84 szt. krio-pudełek należy dostarczyć wraz z urządzeniem)  | Tak, podać |   |
| 9 | 9 szt. raków do zamrażarki niskotemperaturowej na pudełka 3” do przechowywania probówek o poj. 10-15 ml w krio-pudełkach tekturowych (108 szt. krio-pudełek należy dostarczyć wraz z urządzeniem) | Tak, podać |   |
| 10 | Urządzenie wyposażone w min. 3 regulowane półki z min. 3 izolowanymi drzwiami wewnętrznymi | Tak, podać |   |
| 11 | Panel sterowania, umiejscowiony na wysokości oczu | Tak, podać |   |
| 12 | Wymiary zewnętrzne nie większe jak (szer. x głęb. x wys.): | 900 x 955 x 1985 mm |   |
| 13 | Wymiary wewnętrzne nie mniejsze jak (szer. x głęb. x wys.): | 585 x 615 x 1310 mm |   |
| 14 | Masa urządzenia nie większa jak 332 kg | Tak, podać |   |
| 15 | W celu zabezpieczenia uszczelki przed przymarzaniem, drzwi wyposażone są w system podgrzewania elektrycznego lub rozwiązanie równoważne | Tak, podać |   |
| 16 | Możliwość eksportu danych do pliku w formacie CSV.  | Tak |   |
| 17 | Niezwykle wydajna izolacja w postaci paneli próżniowych (VIP) połączonych z izolacją poliuretanową  | Tak |   |
| 18 | Uchwyt wyposażony w zamek  | Tak |   |
| **III** | **Pozostałe** |   |   |
| 1 | Gwarancja minimum 24 miesiąceprzez autoryzowany serwis (podać okres) | Tak |   |
| 2 | Instrukcja w języku polskim lub angielskim(dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 3 | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji | Tak |   |
| 4 | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak |   |
| 5 | Czas reakcji na zgłoszenie awarii do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych | Tak |   |
| 6 | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak |   |
| 7 | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 8 | Oryginalne materiały producenta tj. broszury techniczne, instrukcje | Tak, załączyć do oferty |   |

 …………………………….

 podpis Wykonawcy

Załącznik nr 7.1.13

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Nazwa urządzenia: **Zamrażarka skrzyniowa -20st** |   |   |
| Miejsce przeznaczenia: **Laboratorium Medycyny Regeneracyjnej, Izolowanych Tkanek i Narządów** |   |
| Ilość: **1 szt.** |   |   |
| **L.p.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje Ogólne:** |   |   |
| 1 | Producent | Podać |   |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | Podać |   |
| 3 | Rok produkcji | Nie wcześniej niż 2014 r. |   |
| **II** | **Parametry techniczne** |   |   |
| 1 | Zamrażarka niskotemperaturowa skrzyniowa  | Tak, podać |   |
| 2 | Zakres temperatury regulowany w przedziale od – 10°C do – 45°C | Tak, podać |   |
| 3 | Pojemność minimum 280 litrów | Tak, podać |   |
| 4 | Wymiary zewnętrzne nie większe jak (głęb. x szer. x wys.) mm | 700 x 1275 x 900 mm |   |
| 5 | Wymiary wewnętrzne nie mniejsze jak (głęb. x szer. x wys.) mm | 440 x 1100 x 620 mm |   |
| 6 | Kolor obudowy | Biały |   |
| 7 | Możliwość podłączenia urządzenia do systemu awaryjnego podtrzymania temp. CO2 Back-Up | Tak |   |
| 8 | Waga urządzenia nie większa jak 80 kg | Tak |   |
| 9 | Izolacja termiczna o grubości nie mniejszej jak 80 mm | Tak |   |
| **III** | **Pozostałe** |   |   |
| 1 | Gwarancja minimum 12 miesięcy (podać okres) | Tak |   |
| 2 | Instrukcja w języku polskim lub angielskim(dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 3 | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji | Tak |   |
| 4 | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak |   |
| 5 | Czas reakcji na zgłoszenie awarii do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych | Tak |   |
| 6 | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak |   |
| 7 | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 8 | Oryginalne materiały producenta tj. broszury techniczne, instrukcje | Tak, załączyć do oferty |   |

…………………………….

 podpis Wykonawcy

Załącznik nr 7.1.14

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa urządzenia: **Cieplarki laboratoryjne** |   |   |
| Miejsce przeznaczenia: **Laboratorium Medycyny Regeneracyjnej, Izolowanych Tkanek i Narządów** |   |
| Ilość: **2 szt.** |   |   |
| **L.p.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje Ogólne:** |   |   |
| 1 | Producent | Podać |   |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | Podać |   |
| 3 | Rok produkcji | Nie wcześniej niż 2014 r. |   |
| **II** | **Parametry techniczne** |   |   |
| 1 | Cieplarki laboratoryjne z naturalnym obiegiem powietrza | Tak, podać |   |
| 2 | Pojemność przynajmniej 74 litry  | Tak, podać |   |
| 3 | Regulowany zakres temp. w przedziale od +5°C powyżej temperatury otoczenia do +75°C | Tak, podać |   |
| 4 | Wyposażona w standardzie w 2 półki stalowe, perforowane | Tak, podać |   |
| 5 | Możliwość ustawienia jednego urządzenia na drugim | Tak, podać |   |
| 6 | Urządzenie wyposażone w szklane drzwi wewnętrzne | Tak |   |
| 7 | Stabilność temp. w czasie, w temp. +37°C to +/- 0,6°C | Tak |   |
| 8 | Wymiary zewnętrzne nie większe jak (głęb. x szer. x wys.) mm | 530 x 570 x 830 mm +/- 15% |   |
| 9 | Wymiary wewnętrzne nie mniejsze jak (głęb. x szer. x wys.) mm | 385 x 350 x 500 mm +/- 15%  |   |
| 10 | Masa urządzenia nie większa jak 70 kg | Tak |   |
| **III** | **Pozostałe** |   |   |
| 1 | Gwarancja minimum 24 miesiąceprzez autoryzowany serwis (podać okres) | Tak |   |
| 2 | Instrukcja w języku polskim(dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 3 | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji | Tak |   |
| 4 | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak |   |
| 5 | Czas reakcji na zgłoszenie awarii do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych | Tak |   |
| 6 | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak |   |
| 7 | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 8 | Oryginalne materiały producenta tj. broszury techniczne, instrukcje | Tak, załączyć do oferty |   |

…………………………….

 podpis Wykonawcy

Załącznik nr 7.1.15

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa urządzenia: **Inkubator CO2 do hodowli komórkowej** |   |   |
| Miejsce przeznaczenia: **Laboratorium Medycyny Regeneracyjnej, Izolowanych Tkanek i Narządów** |   |
| Ilość: **2 szt.** |   |   |
| **L.p.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje Ogólne:** |   |   |
| 1 | Producent | Podać |   |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | Podać |   |
| 3 | Rok produkcji | Nie wcześniej niż 2014 r. |   |
| **II** | **Parametry techniczne** |   |   |
| 1 | Inkubator do hodowli komórkowych w atmosferze CO2/O2 | Tak, podać |   |
| 2 | Komora robocza, półki i inne elementy z których wykonane jest wnętrze inkubatora w całości wykonane z miedzi lub ze stali nierdzewnej | Tak |   |
| 3 | Szklane wewnętrzne drzwi dodatkowo dzielone na mniejsze sekcje w ilości 8 szt. | Tak |   |
| 4 | Czujniki pomiaru stężenia CO2: TC lub IR | Tak, podać |   |
| 5 | Pojemnoścć przynajmniej 165 litrów  | Tak, podać |   |
| 6 | Możliwość sterylizacji cieplnej o temperaturze od +120°C | Tak, podać |   |
| 7 | Zewnętrzny port dostępu, do wprowadzania np. czujnika temp. | Tak, podać |   |
| 8 | Port łączności z komputerem: USB lub RS 232 | Tak |   |
| 9 | Możliwość ustawienia jednego urządzenia na drugim | Tak |   |
| 10 | Wymiary zewnętrzne nie większe jak (głęb. x szer. x wys.) mm | 800 x 690 x 910 mm |   |
| 11 | Wymiary wewnętrzne nie mniejsze jak (głęb. x szer. x wys.) mm | 465 x 420 x 500 mm |   |
| 12 | Masa urządzenia nie większa jak 90kg (bez wyposażenia) | Tak |   |
| 13 | Wyposażona w standardzie w 3 półki miedziane lub stalowe, perforowane (max 10) | Tak, podać |   |
| 14 | Regulowany zakres temp. w przedziale od min. +3°C powyżej temp. otoczenia do min. +50°C | Tak, podać |   |
| 15 | Jednorodność temp. <+/- 0,3°C | Tak, podać |   |
| 16 | Zakres regulacji CO2 od min. 1-20% | Tak, podać |   |
| 17 | Zakres regulacji O2 od min. 1-19% | Tak, podać |   |
| **III** | **Pozostałe** |   |   |
| 1 | Gwarancja minimum 24 miesiąceprzez autoryzowany serwis (podać okres) | Tak |   |
| 2 | Instrukcja w języku polskim lub angielskim(dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 3 | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji | Tak |   |
| 4 | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak |   |
| 5 | Czas reakcji na zgłoszenie awarii do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych | Tak |   |
| 6 | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak |   |
| 7 | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 8 | Oryginalne materiały producenta tj. broszury techniczne, instrukcje | Tak, załączyć do oferty |   |

…………………………….

 podpis Wykonawcy

Załącznik nr 7.1.16

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa urządzenia: L**icznik komórek** |   |   |
| Miejsce przeznaczenia: **Laboratorium Medycyny Regeneracyjnej, Izolowanych Tkanek i Narządów** |   |
| Ilość: **1 szt.** |   |   |
| **L.p.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje Ogólne:** |   |   |
| 1 | Producent | Podać |   |
| 2 | Nazwa i typ aparatu | Podać |   |
| 3 | Rok produkcji | Nie wcześniej niż 2014 r. |   |
| **II** | **Parametry techniczne** |   |   |
| 1 | Automatyczny licznik komórek | Tak, podać |   |
| 2 | Szybki odczyt do 30 sekund | Tak, podać |   |
| 3 | Szeroki zakres pomiaru od 5,0 x 104 do 1,0 x 107 komórek/ mL | Tak, podać |   |
| 4 | Granica detekcji komórek od 6 μm | Tak, podać |   |
| 5 | Wyświetlacz | Tak |   |
| 6 | Zestaw min. 4500 szt. szkiełek do badań(9,000 counts z odpowiednia iloscia błękitu trypanu) | Tak |   |
| 7 | Możliwość zapisu min. 100 pomiarów w pamięci urządzenia oraz eksportu danych przez port USB | Tak, podać |   |
| 8 | Dokładna analiza i tworzenie raportów przy pomocy dedykowanego oprogramowania komputerowego | Tak |   |
| 9 | Odczyt przy użyciu jednorazowych komór | Tak |   |
| 10 | Niewielkie rozmiary zewnętrzne maks. 270 x 200 x 190 mm | Tak, podać |   |
| 11 | Szeroka gama komórek zwalidowanych na urządzeniu | Tak |   |
| 12 | Zapis danych w formacie m.in. w formacie JPEG | Tak, podać |   |
| 13 | Metoda barwienia w oparciu o błękit trypanu | Tak, podać |   |
| **III** | **Pozostałe** |   |   |
| 1 | Gwarancja minimum 24 miesiąceprzez autoryzowany serwis (podać okres) | Tak |   |
| 2 | Instrukcja w języku polskim lub angielskim(dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 3 | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji | Tak |   |
| 4 | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak |   |
| 5 | Czas reakcji na zgłoszenie awarii do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych | Tak |   |
| 6 | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak |   |
| 7 | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 8 | Oryginalne materiały producenta tj. broszury techniczne, instrukcje | Tak, załączyć do oferty |   |

…………………………….

 podpis Wykonawcy

Załącznik nr 7.1.17

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa urządzenia: **Wytrząsarka inkubacyjna** |   |   |
| Miejsce przeznaczenia: **Laboratorium Medycyny Regeneracyjnej, Izolowanych Tkanek i Narządów** |   |
| Ilość: **1 szt.** |   |   |
| **L.p.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje Ogólne:** |   |   |
| 1 | Producent | Podać |   |
| 2 | Nazwa i typ aparatu | Podać |   |
| 3 | Rok produkcji | Nie wcześniej niż 2014 r. |   |
| **II** | **Parametry techniczne** |   |   |
| 1 | Wytrząsarka nastołowa z funkcją inkubacji  | Tak |   |
| 2 | Cyfrowo regulowany zakres temperatury w przedziale od +5°C powyżej temperatury otoczenia do +80°C | Tak, podać |   |
| 3 | Max obciążeniem platformy do 15,9 kg | Tak, podać |   |
| 4 | Średnica orbity platformy wytrząsarki nie mniejsza jak 19 mm | Tak, podać |   |
| 5 | Zakres obrotowy od 15 do 500 rpm z regulacją co ± 1 rpm | Tak, podać |   |
| 6 | Platforma uniwersalna z antypoślizgową matą o wymiarach nie mniejszych jak 28 x 33 cm  | Tak, podać |   |
| 7 | Wymiary zewnętrzne nie mniejsze jak: (szer. x głęb. x wys.) mm | 360 x 695 x 405 mm |   |
| 8 | Zestaw startowy z uchwytami do platformy urządzenia:przynajmniej 1 chwyt na mikropłytki, 2 na kolby 125 ml, 4 na kolby 250 ml, 4 na kolby 500 ml, 2 na kolby o poj. 1 l, oraz 2 na 2 l | Tak |   |
| 9 | Statyw na min. 36 probówek o poj. 15 ml  | Tak |   |
| 10 | Statyw na min. 16 probówek o poj. 50 ml | Tak |   |
| **III** | **Pozostałe** |   |   |
| 1 | Gwarancja minimum 24 miesiąceprzez autoryzowany serwis (podać okres) | Tak |   |
| 2 | Instrukcja w języku polskim lub angielskim(dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 3 | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji | Tak |   |
| 4 | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak |   |
| 5 | Czas reakcji na zgłoszenie awarii do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych | Tak |   |
| 6 | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak |   |
| 7 | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 8 | Oryginalne materiały producenta tj. broszury techniczne, instrukcje | Tak, załączyć do oferty |   |

…………………………….

 podpis Wykonawcy

Załącznik nr 7.1.18

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa urządzenia: **Wirówka z chłodzeniem** |   |   |
| Miejsce przeznaczenia: **Laboratorium Medycyny Regeneracyjnej, Izolowanych Tkanek i Narządów** |   |
| Ilość: **1 szt.** |   |   |
| **L.p.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje Ogólne:** |   |   |
| 1 | Producent | Podać |   |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | Podać |   |
| 3 | Rok produkcji | Nie wcześniej niż 2014 r. |   |
| **II** | **Parametry techniczne** |   |   |
| 1 | Wielofunkcyjna wirówka stołowa z chłodzeniem o zakresie temp. od– 10°C ÷ + 40°C | Tak, podać |   |
| 2 | Maks. prędkość wirowania minimum 14000 obr./minMaks. przyspieszenie nie mniejsze jak 20800 x g | Tak, podać |   |
| 3 | Urządzenie wyposażone w rotor horyzontalny o poj. min. 4 x 400 mlz otwartymi kubkami wirowniczymi (buckets) i zestawem wkładów redukcyjnych do wirowania probówek typu Falcon o poj. Przynajmniej 16 szt. x 50 ml (średnica 30 x 116 mm) oraz przynajmniej 36 szt. x 10/15 ml (średnica 17 x 119 mm)• maksymalna prędkość obrotowa nie gorsza jak: 4000 rpm• maksymalne przyspieszenie nie gorsze jak: 3220 x g | Tak |   |
| 4 | Urządzenie także wyposażone w mikrolitowy rotor kątowy o kącie nachylenia probówki 45° Rmax 100 mmdo wirowania probówek min. 30 x 2 ml• maksymalna prędkość obrotowa min.14000 rpm• maksymalne przyspieszenie min. 20800 x g | Tak |   |
| 5 | Identyfikacja wirników | Tak |   |
| 6 | Blokada klapy podczas pracy, z możliwością awaryjnego otworzenia | Tak |   |
| 7 | Zabezpieczenie przed niekontrolowanym opadaniem pokrywy | Tak |   |
| 8 | Zabezpieczenie przed otwarciem pokrywy podczas wirowania | Tak |   |
| 9 | Zabezpieczenie przed uruchomieniem wirówki przy otwartej pokrywie | Tak |   |
| 10 | Silnik indukcyjny, bezszczotkowy | Tak |   |
| 11 | Ochrona silnika przed przegrzaniem | Tak |   |
| 12 | Mechanizm zatrzymujący po otwarciu pokrywy wirówki | Tak |   |
| 13 | Waga nie większa niż: 99kg | Tak |   |
| 15 | Wymiary zewnętrzne nie większe jak: (wys. x szer. x głęb.) mm | 350 x 700 x 610 mm |   |
| 16 | Charakterystyk rozpędzania min 9 i hamowania min 10 | Tak |   |
| 17 | Czas wirowania nastawny w przedziale 1 ÷ 99 min, krótkie odwirowanie trybu „SHORT” oraz wirowanie ciągłe | Tak, podać |   |
| 18 | Możliwość użycia rotorów kątowych i horyzontalnych | Tak |   |
| **III** | **Pozostałe** |   |   |
| 1 | Gwarancja minimum 24 miesiąceprzez autoryzowany serwis (podać okres) | Tak |   |
| 2 | Instrukcja w języku polskim(dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 3 | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji | Tak |   |
| 4 | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak |   |
| 5 | Czas reakcji na zgłoszenie awarii do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych | Tak |   |
| 6 | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak |   |
| 7 | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 8 | Oryginalne materiały producenta tj. broszury techniczne, instrukcje | Tak, załączyć do oferty |   |

…………………………….

 podpis Wykonawcy

Załącznik nr 7.1.19

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa urządzenia: **Wytrząsarka 3D** |   |   |
| Miejsce przeznaczenia: **Laboratorium Medycyny Regeneracyjnej, Izolowanych Tkanek i Narządów** |   |
| Ilość: **1 szt.** |   |   |
| **L.p.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje Ogólne:** |   |   |
| 1 | Producent | Podać |   |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | Podać |   |
| 3 | Rok produkcji | Nie wcześniej niż 2014 r. |   |
| **II** | **Parametry techniczne** |   |   |
| 1 | Kompaktowa, nastołowa wytrząsarka cyfrowa 3D, rotator | Tak, podać |   |
| 2 | Max obciążenie platformy min. 2 kg | Tak, podać |   |
| 3 | Regulowany zakres prędkości w przedziale od 8 do 80 rpm | Tak, podać |   |
| 4 | Czas wirowania nastawny w przedziale 1 ÷ 99 h 59 min, plus wytrząsanie ciągłe | Tak, podać |   |
| 5 | Kąt pochylenia platformy min. 0-13° | Tak, podać |   |
| 6 | Platforma uniwersalna z antypoślizgową matą i gumami mocującymi o wymiarach nie mniejszych jak 230 x 230 mm  | Tak, podać |   |
| 7 | Waga nie większa jak: 4 kg | Tak |   |
| 8 | Wymiary zewnętrzne nie większe jak: (wys. x szer. x głęb.) mm | 190 x 280 x 330 mm |   |
| **III** | **Pozostałe** |   |   |
| 1 | Gwarancja minimum 24 miesiąceprzez autoryzowany serwis (podać okres) | Tak |   |
| 2 | Instrukcja w języku polskim(dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 3 | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji | Tak |   |
| 4 | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak |   |
| 5 | Czas reakcji na zgłoszenie awarii do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych | Tak |   |
| 6 | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak |   |
| 7 | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 8 | Oryginalne materiały producenta tj. broszury techniczne, instrukcje | Tak, załączyć do oferty |   |

…………………………….

 podpis Wykonawcy

Załącznik nr 7.1.20

|  |
| --- |
| Nazwa urządzenia: **Bank komórek** |
| Opis: **Pojemnik do przechowywania probówek w ciekłym azocie z instalowanym fabrycznie monitorem poziomu LN2 o poj. 184 l, oraz 20 litrowym zbiornikiem do napełniania ciekłym azotem** |
| Miejsce przeznaczenia: **Laboratorium Medycyny Regeneracyjnej, Izolowanych Tkanek i Narządów** |   |
| Ilość: 2 szt. |   |   |
| **L.p.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje Ogólne:** |   |   |
| 1 | Producent | Podać |   |
| 2 | Nazwa i typ aparatu | Podać |   |
| 3 | Rok produkcji | Nie wcześniej niż 2014 r. |   |
| **II** | **Parametry techniczne** |   |   |
| 1 | Dewar z instalowanym fabrycznie czujnikiem poziomu. Pojemność całkowita min. 165 litrów, wyposażony w zestaw 6 racków z 10 pudełkami w racku, na 1,2-2 ml kroi-fiolki pakowane w pudełkach w ilości min. 81 szt. (pełne wyposażenie dewara)Dodatkowo wyposażony w podstawę na kółkach, celem łatwiejszego transportowania | Tak., podać |   |
| 2 | Pojemnik do napełniania o pojemności min. 20 l | Tak, podać |   |
| **III** | **Pozostałe** |   |   |
| 1 | Gwarancja minimum 24 miesiąceprzez autoryzowany serwis (podać okres) | Tak |   |
| 2 | Instrukcja w języku polskim(dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 3 | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji | Tak |   |
| 4 | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak |   |
| 5 | Czas reakcji na zgłoszenie awarii do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych | Tak |   |
| 6 | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak |   |
| 7 | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 8 | Oryginalne materiały producenta tj. broszury techniczne, instrukcje | Tak, załączyć do oferty |   |

…………………………….

 podpis Wykonawcy

Załącznik nr 7.1.21

|  |
| --- |
| Nazwa urządzenia: **Laminar** |
| Opis: **Komora z pionowym laminarnym przepływem powietrza, II klasy bezpieczeństwa bakteriologicznego** |
| Miejsce przeznaczenia: **Laboratorium Medycyny Regeneracyjnej, Izolowanych Tkanek i Narządów** |   |
| Ilość: **3 szt.** |   |   |
| **L.p.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje Ogólne:** |   |   |
| 1 | Producent | Podać |   |
| 2 | Nazwa i typ aparatu | Podać |   |
| 3 | Rok produkcji | Nie wcześniej niż 2014 r. |   |
| **II** | **Parametry techniczne** |   |   |
| 1 | Komora z pionowym laminarnym przepływem powietrza, II klasy bezpieczeństwa bakteriologicznego o szerokości komory roboczej 1200 mm ±5% | Tak |   |
| 2 | Komora wyposażona w:• lampę UV• podpórki pod ręce• dwa gniazdka elektryczne• podstawę do pracy siedzącej• krzesło laboratoryjne obrotowe do pracy z komorą | Tak, podać |   |
| 3 | Pochyła przednia szyba, zamykająca całkowicie przestrzeń roboczą, otwierana do góry w celu jej łatwego umycia | Tak |   |
| 4 | Komora wyposażona w dwa wentylatory: jeden obsługujący filtr główny i jeden obsługujący filtr wylotowy. | Tak |   |
| 5 | Niski poziom hałasu, poniżej 57 dBA | Tak, podać |   |
| 6 | Przesuwana przednia szyba, odchylona od pionu zapewniająca doskonałą widoczność | Tak, podać |   |
| 7 | Dwa filtry HEPA ( główny i wylotowy ) o skuteczności 99,999% dla cząsteczek ≥ 0,3 um | Tak, podać |   |
| 8 | Boki komory bezpieczne, pełne lub przeszklone pokryte białą powłoką. Narożniki komory zaoblone ułatwiające utrzymanie urządzenia w czystości | Tak |   |
| 9 | Blat roboczy ze stali nierdzewnej, dzielony (panelowy). Otwory w tylnej części blatu umiejscowione poza przestrzenią roboczą - na ścianie tylnej tuż nad blatem. Wnętrze obszaru pracy – malowane białymi, nieodblaskowymi farbami epoksydowo-poliestrowymi | Tak |   |
| 10 | Oświetlenie obszaru pracy – intensywność: co najmniej 1200 lux | Tak |   |
| 11 | Zainstalowana lampa UV w górnej przedniej lub tylnej części komory z blokowaniem wszystkich pozostałych funkcji komory podczas jej pracy | Tak |   |
| 12 | Automatyczna kompensacja prędkości przepływu w miarę wzrostuzapchania filtrów | Tak |   |
| 13 | Wymiary komory roboczej (głęb. x szer. x wys.): | 560 x 1200 x 780 mm ±15% |   |
| 14 | Wymiary zewnętrzne (głęb. x szer. x wys.): | 795 x 1300 x 1600 mm ±15% |   |
| 15 | Wykonawca zobowiązany jest do wykonania testu instalacyjnegoparametrów podstawowych (rozkład prędkości powietrza w strudze laminarnej, test szczelności) w ramach procedury zdawczo-odbiorczej oraz przedstawimy do wglądu w trakcie przeprowadzania testu dokumentu wzorcowania przyrządu/ów pomiarowych | Tak |   |
| **III** | **Pozostałe** |   |   |
| 1 | Gwarancja minimum 24 miesiąceprzez autoryzowany serwis (podać okres) | Tak |   |
| 2 | Instrukcja w języku polskim(dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 3 | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji | Tak |   |
| 4 | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak |   |
| 5 | Czas reakcji na zgłoszenie awarii do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych | Tak |   |
| 6 | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak |   |
| 7 | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 8 | Oryginalne materiały producenta tj. broszury techniczne, instrukcje | Tak, załączyć do oferty |   |

…………………………….

 podpis Wykonawcy

Załącznik nr 7.1.22

|  |
| --- |
| Nazwa urządzenia: **Mieszadło magnetyczne** |
| Miejsce przeznaczenia: **Laboratorium Medycyny Regeneracyjnej, Izolowanych Tkanek i Narządów** |   |
| Ilość: 1 **szt.** |   |   |
| **L.p.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje Ogólne:** |   |   |
| 1 | Producent | Podać |   |
| 2 | Nazwa i typ aparatu | Podać |   |
| 3 | Rok produkcji | Nie wcześniej niż 2014 r. |   |
| **II** | **Parametry techniczne** |   |   |
| 1 | Mieszadło magnetyczne z grzaniem i płytą ceramiczną, o średnicy płyty grzejnej 140 mm | Tak, podać |   |
| 2 | Płyta grzejna: ceramiczna, umożliwiająca łatwe usuwanie kwasów i zasad z powierzchni | Tak, podać |   |
| 3 | Ilość stanowisk: 1 | Tak, podać |   |
| 4 | Maksymalna pojemność: 20 lMaksymalne obciążenie: 25 kg | Tak, podać |   |
| 5 | Prędkość obrotowa (zakres obrotów) przynajmniej od min. 50 do 1400 rpm | Tak, podać |   |
| 6 | Wymiary zewnętrzne max (głęb. x szer. x wys.): 290 x 175 x 100 mm | Tak, podać |   |
| 7 | Stir Trac\* kontrola minimalnej oraz maksymalnej prędkości | Tak, podać |   |
| 8 | Kontrola urządzenia poprzez wbudowany mikroprocesor  | Tak, podać |   |
| 9 | Stopniowa regulacja mocy, z możliwością regulacji co 1 rpm | Tak, podać |   |
| 10 | RS-232 port pozwalający na podłączenie urządzenia do komputera | Tak, podać |   |
| 11 | Napięcie pracy urządzenia oraz częstotliwość: 220-240V 50/60Hz | Tak, podać |   |
| 12 | Moc grzewcza minimum 400W | Tak, podać |   |
| **III** | **Pozostałe** |   |   |
| 1 | Gwarancja minimum 24 miesiąceprzez autoryzowany serwis (podać okres) | Tak |   |
| 2 | Instrukcja w języku polskim(dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 3 | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji | Tak |   |
| 4 | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak |   |
| 5 | Czas reakcji na zgłoszenie awarii do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych | Tak |   |
| 6 | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak |   |
| 7 | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 8 | Oryginalne materiały producenta tj. broszury techniczne, instrukcje | Tak, załączyć do oferty |   |

…………………………….

 podpis Wykonawcy

Załącznik nr 7.1.23

|  |
| --- |
| Nazwa urządzenia: **Podgrzewarka** |
| Miejsce przeznaczenia: **Laboratorium Medycyny Regeneracyjnej, Izolowanych Tkanek i Narządów** |   |
| Ilość: 1 **szt.** |   |   |
| **L.p.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje Ogólne:** |   |   |
| 1 | Producent | Podać |   |
| 2 | Nazwa i typ aparatu | Podać |   |
| 3 | Rok produkcji | Nie wcześniej niż 2014 r. |   |
| **II** | **Parametry techniczne** |   |   |
| 1 | Moc grzewcza minimum 800W | Tak, podać |   |
| 2 | Maksymalna temperatura płyty grzejnej min. 540°C | Tak, podać |   |
| 3 | Powierzchnia robocza min. 180 x 180 mm | Tak, podać |   |
| 4 | Zasilanie sieciowe 230 V, 50/60 Hz | Tak, podać |   |
| 5 | Powierzchnia płyty ze szkła ceramicznego | Tak, podać |   |
| 6 | Cyfrowy wyświetlacz zadanej temperatury płyty grzejnej | Tak, podać |   |
| **III** | **Pozostałe** |   |   |
| 1 | Gwarancja minimum 24 miesiąceprzez autoryzowany serwis (podać okres) | Tak |   |
| 2 | Instrukcja w języku polskim(dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 3 | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji | Tak |   |
| 4 | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak |   |
| 5 | Czas reakcji na zgłoszenie awarii do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych | Tak |   |
| 6 | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak |   |
| 7 | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 8 | Oryginalne materiały producenta tj. broszury techniczne, instrukcje | Tak, załączyć do oferty |   |

…………………………….

 podpis Wykonawcy

Załącznik nr 7.1.24

|  |
| --- |
| Nazwa urządzenia: **Aparat do oznaczania elektrolitów** |
| Miejsce przeznaczenia: **Laboratorium Medycyny Regeneracyjnej, Izolowanych Tkanek i Narządów** |   |
| Ilość: 1 **szt.** |   |   |
| **L.p.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje Ogólne:** |   |   |
| 1 | Producent | Podać |   |
| 2 | Nazwa i typ aparatu | Podać |   |
| 3 | Rok produkcji | Nie wcześniej niż 2014 r. |   |
| **II** | **Parametry techniczne** |   |   |
| 1 | Aparat do oznaczania elektrolitów w pełnej lub wstępnie rozcieńczonej krwi zwierząt | Tak |   |
| 2 | Możliwość analizowania próbek pełnej krwi następujących gatunków zwierząt: mysz, szczur, królik, świnia | Tak |   |
| 3 | Możliwość przeprowadzenia podstawowych analiz z pełnej krwi zwierząt laboratoryjnych poprzez pomiar stężenia | Na+, K+, Cl-, Glu, BUN/Urea, Creat |   |
| 4 | Wbudowana drukarka wyników | Tak |   |
| 5 | Wyświetlacz pozwalający odczytać podstawowe parametry pracy | Tak |   |
| **III** | **Pozostałe** |   |   |
| 1 | Gwarancja minimum 24 miesiąceprzez autoryzowany serwis (podać okres) | Tak |   |
| 2 | Instrukcja w języku polskim(dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 3 | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji | Tak |   |
| 4 | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak |   |
| 5 | Czas reakcji na zgłoszenie awarii do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych | Tak |   |
| 6 | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak |   |
| 7 | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 8 | Oryginalne materiały producenta tj. broszury techniczne, instrukcje | Tak, załączyć do oferty |   |

…………………………….

 podpis Wykonawcy

Załącznik nr 7.1.25

|  |
| --- |
| Nazwa urządzenia: **Lupa operacyjna** |
| Miejsce przeznaczenia: **Laboratorium Medycyny Regeneracyjnej, Izolowanych Tkanek i Narządów** |   |
| Ilość: **1 szt.** |   |   |
| **L.p.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje Ogólne:** |   |   |
| 1 | Producent | Podać |   |
| 2 | Nazwa i typ aparatu | Podać |   |
| 3 | Rok produkcji | Nie wcześniej niż 2014 r. |   |
| **II** | **Parametry techniczne** |   |   |
| 1 | Lupa dermatologiczna o elastycznej konstrukcji zapewniającej możliwość regulacji we wszystkich płaszczyznach | Tak |   |
| 2 | Lupa wyposażona w soczewkę główną – 5 dioptrii | Tak |   |
| 3 | Lupa wyposażona w źródło światła o mocy min. 22 W (jarzeniówka T5-C) ; min. 3500 lx; min. 1800 lm | Tak |   |
| 4 | Możliwość kierowania strumienia światła w określonym kierunku | Tak |   |
| 5 | Lupa wyposażona osłonę, zapewniającą ochronę przed kurzem oraz przypadkowym działaniem soczewki skupiającej (wypalenie, pożar, itp.) | Tak |   |
| 6 | Lupa wyposażona w wysięgnik o długości nie mniejszej niż 1000mm z regulacją nachylenia w każdej płaszczyźnie | Tak |   |
| 7 | Lupa wyposażona w moduł pozwalający na zamocowanie jej do stołu | Tak |   |
| **III** | **Pozostałe** |   |   |
| 1 | Gwarancja minimum 24 miesiąceprzez autoryzowany serwis (podać okres) | Tak |   |
| 2 | Instrukcja w języku polskim(dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 3 | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji | Tak |   |
| 4 | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak |   |
| 5 | Czas reakcji na zgłoszenie awarii do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych | Tak |   |
| 6 | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak |   |
| 7 | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 8 | Oryginalne materiały producenta tj. broszury techniczne, instrukcje | Tak, załączyć do oferty |   |

…………………………….

 podpis Wykonawcy

Załącznik nr 7.1.26

|  |
| --- |
| Nazwa urządzenia: **Homogenizator** |
| Miejsce przeznaczenia: **Laboratorium Medycyny Regeneracyjnej, Izolowanych Tkanek i Narządów** |   |
| Ilość: 1 **szt.** |   |   |
| **L.p.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje Ogólne:** |   |   |
| 1 | Producent | Podać |   |
| 2 | Nazwa i typ aparatu | Podać |   |
| 3 | Rok produkcji | Nie wcześniej niż 2014 r. |   |
| **II** | **Parametry techniczne** |   |   |
| 1 | Urządzenie do homogenizacji tkanek ssaków, krwi, kultur komórkowych, tkanek roślinnych, bakterii oraz innych materiałów | Tak |   |
| 2 | Urządzenie wyposażone w blok chłodzący zapobiegający degradacji tkanek | Tak |   |
| **III** | **Pozostałe** |   |   |
| 1 | Gwarancja minimum 24 miesiąceprzez autoryzowany serwis (podać okres) | Tak |   |
| 2 | Instrukcja w języku polskim(dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 3 | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji | Tak |   |
| 4 | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak |   |
| 5 | Czas reakcji na zgłoszenie awarii do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych | Tak |   |
| 6 | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak |   |
| 7 | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 8 | Oryginalne materiały producenta tj. broszury techniczne, instrukcje | Tak, załączyć do oferty |   |

…………………………….

 podpis Wykonawcy

Załącznik nr 7.1.27

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa urządzenia: Lodówka laboratoryjna |   |   |
| Miejsce przeznaczenia: **Laboratorium Medycyny Regeneracyjnej, Izolowanych Tkanek i Narządów** |   |
| Ilość: 1 szt. |   |   |
| **L.p.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje Ogólne:** |   |   |
| 1 | Producent | Podać |   |
| 2 | Nazwa i typ urządzenia | Podać |   |
| 3 | Rok produkcji | Nie wcześniej niż 2014 r. |   |
| **II** | **Parametry techniczne** |   |   |
| 1 | Wymiary zewn. max. (szer. x głęb. x wys.) mm | 600 x 620 x 2010 mm |   |
| 2 | Wymiary wewn. min. (szer. x głęb. x wys.) mmchłodziarka o pojemności 240 l netto i wymiarach: 440/435/1105 mm | Tak, podać |   |
| 3 | Układ chłodzenia:chłodziarka – dynamiczny | Tak, podać |   |
| 4 | Zużycie energii w ciągu 24 h – maks. 1,80 kWh | Tak, podać |   |
| 5 | Odszranianie:chłodziarka – automatyczne | Tak, podać |   |
| 6 | Zakres temperatury regulowany minimum w przedziale:chłodziarka: od +3 °C do +8 °C | Tak, podać |   |
| 7 | Materiał obudowy/ kolor – stal/ biały | Tak, podać |   |
| 8 | Drzwi: pełne z zamkiem | Tak, podać |   |
| 9 | Materiał wnętrza: tworzywo sztuczne | Tak, podać |   |
| 10 | Rodzaj sterowania: elektroniczne | Tak, podać |   |
| 11 | Wyświetlacz: zewnętrzny cyfrowy | Tak, podać |   |
| 12 | Alarmy | Tak, podać |   |
| 13 | Interfejs – RS 485 | Tak, podać |   |
| 14 | Złącze beznapięciowe | Tak, podać |   |
| 15 | Rejestrator temperatury wzorcowany | Tak, wraz ze świadectwem wzorcowania w min. trzech punktach |   |
| **III** | **Pozostałe** |   |   |
| 1 | Gwarancja minimum 12 miesięcy (podać okres) | Tak |   |
| 2 | Instrukcja w języku polskim lub angielskim(dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 3 | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji | Tak |   |
| 4 | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak |   |
| 5 | Czas reakcji na zgłoszenie awarii do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych | Tak |   |
| 6 | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak |   |
| 7 | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak |   |
| 8 | Oryginalne materiały producenta tj. broszury techniczne, instrukcje | Tak, załączyć do oferty |   |

…………………………….

 podpis Wykonawcy