**Znak sprawy: ZP/BZLR/0020/2024 *Załącznik nr 4 do ZO***

***stanowiący załącznik nr …***

***do umowy nr ZP/…/2024***

ZESTAWIENIE PARAMATERÓW I WARUNKÓW WYMAGALNYCH

Dotyczy: **zakupu, dostawy i montażu 6 klimatyzatorów ściennych do obiektów Beskidzkiego Zespołu Leczniczo - Rehabilitacyjnego Szpitala Opieki Długoterminowej w Jaworzu.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp..** | **Asortyment** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymagany parametr** | **Potwierdzenia spełnienia parametru** |
| **1.** | **Klimatyzator ścienny (Gabinet zabiegowy w budynku „SZYMON”)** | Producent:……………………………………………………………..  Nazwa:…………………………………………………………………  Typ:……………………………………………………………………  Rok produkcji:2024 | | |
| **Zalecany do kubatury max. 32 m3** | **TAK** |  |
| Klasa efektywności energetycznej podczas chłodzenia min. A++ | **TAK** |  |
| Moc nominalna chłodnicza nie mniejsza niż 3,5 kW | **TAK** |  |
| Roczne zużycie energii podczas chłodzenia nie przekraczające 186 kWh | **TAK** |  |
| **Poziom mocy akustycznej jednostki wewnętrznej nie przekraczające 59 dB(A)** | **TAK** |  |
| Poziom mocy akustycznej jednostki zewnętrznej nie przekraczające 65 dB(A) | **TAK** |  |
| Skropliny prowadzone grawitacyjnie | **TAK** |  |
| Zasilanie (V) 230 | **TAK** |  |
| Kolor: biały | **TAK** |  |
| **Na wyposażeniu:** | | |
| Pilot bezprzewodowy | **TAK** |  |
| **2.** | **Klimatyzator ścienny (Gabinet zabiegowy w budynku „NOWY JERZY”)** | Producent:……………………………………………………………..  Nazwa:…………………………………………………………………  Typ:……………………………………………………………………  Rok produkcji:2024 | | |
| **Zalecany do kubatury max. 30 m3** | **TAK** |  |
| Klasa efektywności energetycznej podczas chłodzenia min. A++ | **TAK** |  |
| Moc nominalna chłodnicza nie mniejsza niż 3,5 kW | **TAK** |  |
| Roczne zużycie energii podczas chłodzenia nie przekraczające 186 kWh | **TAK** |  |
| Poziom mocy akustycznej jednostki wewnętrznej nie przekraczające 59 dB(A) | **TAK** |  |
| Poziom mocy akustycznej jednostki zewnętrznej nie przekraczające 65 dB(A) | **TAK** |  |
| Skropliny prowadzone grawitacyjnie | **TAK** |  |
| Zasilanie (V) 230 | **TAK** |  |
| Kolor: biały | **TAK** |  |
| **Na wyposażeniu:** | | |
| Pilot bezprzewodowy | **TAK** |  |
| **3.** | **Klimatyzator ścienny (Gabinet zabiegowy i dyżurka pielęgniarska w budynku „STARY JERZY”** | Producent:……………………………………………………………..  Nazwa:…………………………………………………………………  Typ:……………………………………………………………………  Rok produkcji:2024 | | |
| **Zalecany do kubatury max. 21 m3** | **TAK** |  |
| Klasa efektywności energetycznej podczas chłodzenia min. A++ | **TAK** |  |
| Moc nominalna chłodnicza nie mniejsza niż 2,5 kW | **TAK** |  |
| Roczne zużycie energii podczas chłodzenia nie przekraczające 125 kWh | **TAK** |  |
| Poziom mocy akustycznej jednostki wewnętrznej nie przekraczające 59 dB(A) | **TAK** |  |
| Poziom mocy akustycznej jednostki zewnętrznej nie przekraczające 65 dB(A) | **TAK** |  |
| Skropliny prowadzone grawitacyjnie | **TAK** |  |
| Zasilanie (V) 230 | **TAK** |  |
| Kolor: biały | **TAK** |  |
| **Na wyposażeniu:** | | |
| Pilot bezprzewodowy | **TAK** |  |
| **4.** | **Klimatyzator ścienny (Pomieszczenie prób wysiłkowych w budynku „PRZEWIĄZKA”)** | Producent:……………………………………………………………..  Nazwa:…………………………………………………………………  Typ:……………………………………………………………………  Rok produkcji:2024 | | |
| **Zalecany do kubatury max. 114 m3** | **TAK** |  |
| Klasa efektywności energetycznej podczas chłodzenia min. A++ | **TAK** |  |
| Moc nominalna chłodnicza nie mniejsza niż 5 kW | **TAK** |  |
| Roczne zużycie energii podczas chłodzenia nie przekraczające 250 kWh | **TAK** |  |
| Poziom mocy akustycznej jednostki wewnętrznej nie przekraczające 60 dB(A) | **TAK** |  |
| Poziom mocy akustycznej jednostki zewnętrznej nie przekraczające 65 dB(A) | **TAK** |  |
| Skropliny prowadzone grawitacyjnie | **TAK** |  |
| Zasilanie (V) 230 | **TAK** |  |
| Kolor: biały | **TAK** |  |
| **Na wyposażeniu:** | | |
| Pilot bezprzewodowy | **TAK** |  |
| **5.** | **Klimatyzator ścienny (Magazyn warzyw usytuowany w kuchni na Oddziale Dziecięcym, ul. Wapienicka 142)** | Producent:……………………………………………………………..  Nazwa:…………………………………………………………………  Typ:……………………………………………………………………  Rok produkcji:2024 | | |
| **Zalecany do kubatury max. 19 m3** | **TAK** |  |
| Klasa efektywności energetycznej podczas chłodzenia min. A++ | **TAK** |  |
| Moc nominalna chłodnicza nie mniejsza niż 3,5 kW | **TAK** |  |
| Roczne zużycie energii podczas chłodzenia nie przekraczające 186 kWh | **TAK** |  |
| Poziom mocy akustycznej jednostki wewnętrznej nie przekraczające 59 dB(A) | **TAK** |  |
| Poziom mocy akustycznej jednostki zewnętrznej nie przekraczające 65 dB(A) | **TAK** |  |
| Możliwość zastosowania pompy skroplinowej | **TAK** |  |
| Zasilanie (V) 230 | **TAK** |  |
| Kolor: biały | **TAK** |  |
| **Na wyposażeniu:** | | |
| Pilot bezprzewodowy | **TAK** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **POZOSTAŁE WYMAGANIA :** |  |  |
| 1 | Certyfikat CE ( jeżeli dotyczy). | **TAK** (załączyć do oferty) |  |
| 2 | Deklaracja zgodności ( jeżeli dotyczy) | **TAK** (załączyć do oferty) |  |
| 3 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | **TAK**, wymienić punkty serwisowe |  |
| 4 | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | załączyć przy dostawie |  |
| 5 | Ilustrowane foldery producenta z potwierdzonymi zaoferowanymi parametrami technicznymi wyrobów | załączyć do oferty |  |
| 6 | GWARANCJA | min. 24 m-cy |  |

……………….., dnia …………………. *..............................................................*

*Podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie*

*uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo*