**Formularz parametrów wymaganych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis parametru** | **Spełnienie parametrów TAK/NIE** | **Parametr oferowany\*)** |
| 1. **Lodówka medyczna transportowa – 1szt.** | | | | |
| 1 | Model, producent, rok produkcji |  |  |
| 2 | Zakres temperatur: od -18℃ do -20℃ |  |  |
| 3 | Pojemność 40l ± 5% |  |  |
| 4 | Możliwość monitorowania temperatury |  |  |
| 5 | Wyposażona w system ułatwiający transport, np. kółka |  |  |
| 1. **Łaźnia wodna do rozmrażania osocza – 1szt.** | | | | |
| 1 | Model, producent, rok produkcji |  |  |
| 2 | Na 8 worków osocza |  |  |
| 3 | Rozmrażanie w temperaturze 37℃ |  |  |

Data i podpis ………………………………