**Załącznik nr 4 do Zapytania ofertowego** **01/WPD101/2021**

#### ..................................., dnia .............. ............. roku

*(miejscowość) (data)*

**WYKONAWCA:**

……………………………………….

*(Nazwa Wykonawcy / siedziba/ adres / NIP)*

**ZAMAWIAJĄCY:**

WPD Pharmaceuticals sp. z o. o.

ul. Żwirki i Wigury 101,

02-089 Warszawa

#### **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY DOTYCZĄCE PARAMETRÓW TECHNICZNYCH OFEROWANEJ ZAMRAŻARKI NISKOTEMPERATUROWEJ**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia na nabycie zamrażarki niskotemperaturowej, na podstawie umowy dzierżawy w ramach realizacji prac B+R zaplanowanych w projekcie POIR.01.01.01-00-0912/17-00 - Zapytanie ofertowe **Nr 01/WPD101/2021**, w imieniu Wykonawcy deklaruję spełnienie parametrów oferty we wskazanym poniżej zakresie:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa aparatury badawczej** | **Minimalne wymagania techniczne stawiane przez Zamawiającego** |
| 1. | Zamrażarka niskotemperaturowa | Zamrażarka niskotemperaturowa (do -86ºC) o pojemności w zakresie 300-350L. Zawierająca co najmniej 2 komory do przechowywania. Sterowana mikroprocesorowo. Z kaskadowym systemem chłodzenia (dwa systemy kompresorów oraz dwa systemy chłodzenia działające automatycznie). Posiadająca wyświetlacz LED oraz czujnik temperatury. Posiadająca funkcje alarmowania o braku zasilania, zbyt wysokiej lub zbyt niskiej temperaturze za pomocą alarmu wizualnego, dźwiękowego oraz funkcję powiadamiania; posiadająca system alarmowania dźwiękowego oraz wizualnego w przypadku problemów z filtrem. Drzwi zewnętrzne zamykane na zamek. Posiadająca możliwość podłączenia systemu *back- up* w postacie butli z CO2. Energooszczędna. Posiadająca certyfikat dla wyrobów medycznych klasy IIa (dla krajów UE) do zastosowań medycznych w zakresie przechowywania komórek, DNA lub innych próbek materiału biologicznego (w tym osocza krwi). |

*Świadom konsekwencji z art. 297 Kodeksu karnego (Dz.U. z 2020 r. poz. 1444) oświadczam, iż zawarte w ofercie dane są zgodne ze stanem fatycznym i prawnym.*

Miejscowość ………………, dnia …… ………....................................

*(podpis osoby/(-ób) uprawnionej/(-ych) do reprezentowania Wykonawcy)*