Załącznik nr 8

WYMAGANIA ZBIORNIKA

**Dane wykonawcy:…………………………..………………………………………………**

**Przewoźny zbiornik na tlen ciekły medyczny**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
| 1. | Nazwa handlowa, producent |  |
| 2. | Produkcja: |  |
| 3. | Pojemność brutto: 3100L +/- 5% |  |
| 4. | Pojemność netto: 2950L +/- 5% |  |
| 5. | Pojemność użytkowa dla O2: 2200Nm3 +/- 5% lub 3400kg +/- 5% |  |
| 6. | Wymiary podstawy: 1500mm +/- 5% x 2100 mm +/- 5% |  |
| 7. | Wysokość: 2700mm +/- 5% |  |
| 8. | Podstawa zbiornika nie większa niż 4m2 |  |
| 9. | Odparowanie dzienne LOX 0,40% +/- 5% |  |
| 10. | Parownica o wydajności dla O2: 90m3/h +/- 5% |  |
| 11. | Możliwość tankowania z cysterny |  |
| 12. | Serwis obejmujący przeglądy, konserwacje, naprawy, uwzględniony w czynszu dzierżawnym , UDT |  |

Wykonawca na własny koszt dołączy stację do istniejącej instalacji szpitalnej. Wykonawca dostarczy również skrzynkę elektryczną oraz system monitoringu zbiornika, pozwalający na realizację dostaw bez składania zamówień przez Szpital. W przypadku wymiany zbiornika Wykonawca musi wykonać tę usługę w terminie 48h, zapewniając w tym okresie normalne funkcjonowanie Szpitala.

Podpis i pieczęć wykonawcy