**IGR/ZP/066/10/2021 Załącznik nr 2 do Ogłoszenia**

**Oferujemy analizator wielkości cząstek (podać nazwę/model/producenta) ………………………………………………………………………………………...…**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Parametr** | **Minimalne wymagane parametry** | **Parametry oferowane** **(wpisać Tak/Nie lub podać parametry w przypadku podania przez zamawiającego tolerancji lub zapisów typu: co najmniej, min., max., nie więcej niż itp.)** |
| **Rozmiar cząstek** |
| Techniki pomiaru | Dynamiczne rozpraszanie światła (Multi-Angle Dynamic Light Scattering) |  |
| Kąty pomiaru  | 175°, 15°, 90° |  |
| Zakres (średnica)  | 0.3 nm - 10 μm |  |
| Minimalna objętość próbki | 10-15 μL |  |
| Minimalne stężenie próbki | 0.1 mg/mL  |  |
| Maksymalne stężenie próbki  | 40-50% w/v |  |
| Dokładność i powtarzalność | Lepsza niż +/-2 % |  |
| **Potencjał Zeta** |
| Technika pomiaru | Pomiar w trybie mieszanym, analiza fazowa rozpraszanie światła |  |
| Mierzalny zakres rozmiarów (średnica) | 3.8 nm – 100 μm |  |
| Zakres potencjału Zeta  | >= +/-1000 mV |  |
| Zakres mobilności | 10-11 m²/V.s to 2 x 10-7 m²/V.s |  |
| Minimalna objętość próbki | 50 μL |  |
| Minimalne stężenie próbki | 0.1 mg/mL |  |
| Maksymalne stężenie próbki | 40-70% w/v |  |
| Przewodnictwo próbki | 200-260 mS/cm |  |
| Dokładność | ± 10% |  |
| Zakres mas cząsteczkowych | 980Da to 2x1E7Da |  |
| **System** |
| Źródło światła | Półprzewodnikowy laser diodowy/ 40 mW, 658 nm |  |
| Detektor | Detektor fotodiodowy |  |
| Kontrola kondensacji | Możliwość czyszczenia przy użyciu suchego powietrza/azotu |  |
| Wilgotność | Do 80 % nieskraplająca |  |
| Zakres regulacji temperatury  | 0°C - 120°C |  |
| Wymagania dotyczące zasilania | Do 240 V, 50-60 Hz, 4.0 A |  |
| Pobór energii | Max. 100 W, 45 W |  |
| Warunki pracy w otoczeniu | +10°C to +35°C 35% - 80% RH |  |
| Interfejs komputera | USB 2.0 lub wyższy |  |
| Zalecana specyfikacja komputera | Windows 64bit OS, 4th generation i7 Processor, 8GB physical memory and 1TB hard drive & DVD Drive |  |
| **Inne akcesoria** |
| Zużywalne komórki kapilarne | Min. 10 szt. |  |
| Kuweta kwarcowa | Min. 1 szt. |  |
| Serwis techniczny | Min. 48 godzin od zgłoszenia awarii |  |

**Uwaga**

**Niespełnienie któregokolwiek z parametrów spowoduje odrzucenie oferty.**

Miejscowość ............................................. dnia ...............................................roku.

--------------------------------------------------- --------------------------------------------

Imiona i nazwiska osób uprawnionych Podpisy osób uprawnionych

do reprezentowania Wykonawcy do reprezentowania Wykonawcy

W przypadku oferty w postaci: elektronicznej dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym, osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy