**Pakiet nr 1 – zakup wraz z dostawą lampy bezcieniowej, zabiegowo-diagnostycznej dla Poradni Ginekologiczno-Położniczej - 2 sztuki**

**Producent:** …………………………………………………………………………………………………….……

**Nazwa i typ:** ………………………………………………………………………………………………………..

**Rok produkcji: 2017**

**Kraj produkcji ………………………**

**Urządzenie fabrycznie nowe: TAK**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | | **Parametr** | **Parametr wymagany** | **Odpowiedź Wykonawcy** |
|  | | Czasza składająca się z max. 3 modułów świetlnych LED. | Tak, podać |  |
|  | | Ilość diod w czaszy max. 12 szt. | Tak, podać |  |
|  | | Możliwość wymiany modułów za pomocą dedykowanego narzędzia, bez ingerencji w otwieranie obudowy czaszy. | Tak |  |
|  | | Oświetlenie w którym wszystkie diody są tego samego koloru, emitujące światło białe o jednakowej temperaturze barwowej. | Tak, podać |  |
|  | | Zawieszenie sufitowe czaszy składające się z 2 ramion – horyzontalnego oraz sprężystego.  Łączny zasięg ramion min. 175 cm | Tak, podać |  |
|  | | Obrót czaszy na przegubie ramienia sprężystego o 360 stopni. | Tak, podać |  |
|  | | Natężenie światła (z odległości 1m) min. 100.000 lux | Tak, podać |  |
|  | | Panel membranowy znajdujący się na czaszy lampy, realizujący następujące funkcje: włącz/wyłącz oraz zmianę wartości natężenia światła. | Tak |  |
|  | | Regulacja natężenia światła odbywająca się w 5 krokach. | Tak, podać |  |
|  | | Regulacja natężenia światła odbywająca się za pomocą membranowego panelu sterowniczego umieszczonego na czaszy lampy w zakresie min. 30 – 100%, | Tak, podać |  |
|  | | Zapamiętywanie ostatniego ustawienia wartości natężenia światła przy ponownym uruchomieniu lampy. | Tak |  |
|  | | Odtworzenie barwy światła słonecznego min. 95% | Tak, podać |  |
|  | | Stała temperatura barwowa 4300K (+/- 200K) | Tak, podać |  |
|  | | Stała średnica pola bezcieniowego min. 15cm | Tak, podać |  |
|  | | Wgłębność oświetlenia (L1+L2) min. 70cm | Tak, podać |  |
|  | | Zasilanie – 230 V (+/-) 10%, 50 Hz | Tak, podać |  |
|  | | Zasilacz zintegrowany w czaszy lampy | Tak |  |
|  | | Zabezpieczenie bezpiecznikowe, znajdujące się pod pokrywą zawieszenia sufitowego. | Tak |  |
|  | | Żywotność źródła światła min. 40 000h | Tak, podać |  |
|  | | Pobór mocy źródeł światła max. 15W | Tak, podać |  |
|  | | Konstrukcja umożliwiająca czyszczenie i dezynfekcję  powszechnie stosowanymi środkami | Tak |  |
|  | | Stopień ochrony czaszy min. IP 42 oraz systemu ramion min. IP 30 | Tak, podać |  |
|  | | Zamknięta szczelna obudowa czasz lampy z gładkimi konturami bez elementów śrubowych, wykonana z wysoko utwardzanego tworzywa sztucznego. | Tak |  |
|  | | Czasza o konstrukcji „bez szybowej”, wyposażona w moduły światła ze zintegrowaną uszczelką zapobiegającą dostawaniu się do środka wilgoci oraz płynów podczas używania środków czyszczących. | Tak |  |
|  | | Lampę należy wyposażyć w zapasowe uchwyty sterylizowane do pozycjonowania czaszy lampy min. 2 szt. | Tak, podać |  |
|  | | Mocowanie uchwytu sterylizowanego na zatrzask „klikowy” realizowany za pomocą jednej ręki. | Tak |  |
|  | | Waga całkowita lampy | podać |  |
|  | | Wymiary czaszy max. 300 x 310 mm | Tak, podać |  |
| **Warunki gwarancji** | | | | |
| 1. | Okres gwarancji -minimum 24 miesiące liczony od momentu uruchomienia systemu bez wyłączania czegokolwiek. | | Tak |  |
| 2. | Czas reakcji od momentu zgłoszenia usterki i przyjazdu serwisu max 24godziny, wyłączając dni ustawowo wolne od pracy | | Tak |  |
| 3. | Maksymalny czas usunięcia usterki od momentu zdiagnozowania , gdy zachodzi konieczność sprowadzania części zamiennych max. 7 kolejnych dni. | | Tak |  |
| 4. | Czas naprawy gwarancyjnej przedłużający okres gwarancji liczony od momentu zgłoszenia (max. 7 dni). | | Tak |  |
| 5. | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy 2-naprawy | | Tak |  |
| 6. | Czas usunięcia usterki nie wymagający wymiany podzespołów nie wliczając godzin zawartych w dniach ustawowo wolnych max 48 godzin | | Tak |  |
| 7. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski, w tym ich lokalizacja, wykaz punktów serwisowych w Polsce, ich lokalizacja (Proszę podać lub wskazać na odpowiedni dokument załączony do oferty) | | Tak |  |
| 8. | Adres najbliższego serwisu | | Tak podać |  |
| 9. | Numer telefonu i faksu na który mają być zgłaszane awarie | | Tak, podać |  |
| 10. | Minimum jeden bezpłatny przegląd techniczny w ciągu roku na całość zamówienia w okresie trwania gwarancji plus jeden w ostatnim miesiącu trwania okresu gwarancyjnego. | | Tak |  |
| **Serwis pogwarancyjny** | | | | |
| 11. | Czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia usterki odrębnym zleceniem min. 48godzin | | Tak |  |