**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**PAKIET 8 – Lampa zabiegowa– 1 SZTUKA**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta ………………………….…

Nazwa/Typ Urządzenia ………………...............

Kraj pochodzenia ………………...............

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis/**  **oferowany parametr/**  **odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Lampa zabiegowa jednoczasowa z trwałym i wydajnym diodowym źródłem światła emitującym zimne światło. Diody w kolorze białym | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Lampa mobilna możliwość pozycjonowania lampy wieloosiowo. Zakres ruchomości czaszy lampy od poziomu w górę i w dół 40° ( ± 5°) | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Oprawa (górna jej część wykonana ze stopu aluminium) wyposażona w uchwyt ergonomiczny do pozycjonowania lampy umiejscowiony na krawędzi czaszy | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Czasza w kształcie sześciokąta o zwartej budowie bez relingów okalających czaszę | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Po przeciwnej stronie w stosunku do uchwytu pozycjonującego, na obrzeżu lampy umiejscowiony panel do regulacji natężenia lampy , włączania i wyłączania | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Natężenie oświetlenia w odległości 1 m: min. 80 000 luksów | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Temperatura barwowa: min 4.500 K | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Współczynnik oddawania barw: Ra ≥ 95 | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Współczynnik oddawania barwy tkanek R13 ≥ 98 | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Głębia ostrości L1+L2 min. 135 cm | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Średnica oświetlonego pola d10 z odległości 1m : min. 160 mm | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Zużycie energii max całego systemu 130VA | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Zużycie energii czaszy max 65 VA | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Regulacja natężenia oświetlenia od 30% do 100 % realizowana w trzech skokach | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Trwałość źródła światła: min. 40.000 h | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Liczba diod w kopule min 16 – max 18 szt jednakowego koloru (biały) i jednakowej wielkości | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Średnica kopuły 300 mm ( ±2mm) | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Zapasowe rączki do sterylizacji 3szt | TAK | TAK/NIE\* |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:**

1. W kolumnie „Wartość/opis/oferowany parametr/odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.
2. Do dostawy Wykonawca jest zobowiązany dołączyć wszystkie akcesoria potrzebne do sprawdzenia wszystkich wymaganych przez Zamawiającego funkcji dla wszystkich kategorii wiekowych

* Oświadczamy, iż zaoferowany przedmiot zamówienia spełnia warunki opisane w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ) oraz posiada parametry opisane w Opisie Przedmiotu Zamówienia
* Oświadczamy, że w/w oferowany przedmiot zamówienia jest kompletny, fabrycznie nowy z min. 2017 roku i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych inwestycji
* Oświadczamy iż dostarczymy na swój koszt materiały potrzebne do sprawdzenia czy przedmiot zamówienia funkcjonuje prawidłowo
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.
* Oświadczamy, iż przy dostawie przedmiotu zamówienia zostanie dostarczona instrukcja obsługi w języku polskim

........................................................................

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy