**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**(PAKIET 1)**

**Pakiet 1 – Lampa lecznicza (1 sztuka)**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta ………………...............

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

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

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/**  **Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, nie powystawowe,  rok produkcji nie starsze niż 2018 r.  Gotowe do użytkowana bez dodatkowych zakupów i inwestycji. | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Regulowana jasność świecenia | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wyświetlanie jasności i/lub czasu | TAK | TAK/NIE\*  Podać……………… |
|  | Możliwy montaż filtra (czerwony i niebieski) | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Filtr czerwony i niebieski w standardowym wyposażeniu lampy | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Promieniowanie podczerwone w zakresie IR-A i IR-B | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Podstawa statywu wyposażona w kółka z co najmniej dwoma hamulcami | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Metalowa podstawa stołowa | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Metalowa konstrukcja statywu | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Regulowana wysokość statywu | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Regulacja kąta nachylenia tubusu lampy | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Trwała i odporna klawiatura | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Mikroprocesorowe sterowanie pracą lampy lub system sterowania równoważny | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wymuszone chłodzenie tubusa za pomocą wentylatora chłodzącego | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Filtr posiadający siatkę zabezpieczającą | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Zegar zabiegowy 1-30 minut | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Maksymalna moc żarówki 395 W | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Wysokość urządzenia na statywie min. 120 cm max. 190 cm | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Wymiar podstawy statywu 50 cm x 60 cm. (+/- 10 cm) | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Waga statywu z lampą, żarówką i filtrem: 14kg. (+/- 1 kg) | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Lampa wyposażana w podstawę stołową zapewniającą stabilność | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | Masa podstawy stołowej z lampą i filtrem: 6 kg (+/- 1 kg) | TAK | TAK/NIE\*  podać……. |
|  | W standardowym wyposażeniu promiennik podczerwieni 375W | TAK | TAK/NIE\* |
|  | W ramach wyposażenia okulary ochronne dla terapeuty (min. 1 szt.) oraz dla pacjenta (min. 1 szt.) | TAK | TAK/NIE\* |
|  | W ramach wyposażenia bezpieczniki zapasowe, co najmniej 1 sztuka dla każdego podzespołu lampy, w którym oryginalnie zamontowany jest bezpiecznik | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Instrukcja użytkowania w języku polskim | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Obsługa serwisowa świadczona min. 5 dni w tygodniu od poniedziałku do piątku | TAK | TAK/NIE\*  podać………… |
|  | Wykonawca zapewnia świadczenie usług serwisowych przez autoryzowane przez producenta punkty serwisowe.  Siedziba serwisu - dokładny adres i nr telefonu. | Tak, podać | Adres: ……………………………  ……………………………  Telefon: ……………………………  e-mail: …………………………… |
|  | W ramach gwarancji przegląd serwisowy urządzenia zgodnie z zaleceniami producenta | TAK | TAK/NIE\* |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:**

1. W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.

* 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 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, że cena oferty przetargowej zawiera koszty związane z montażem urządzenia.
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

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

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**(PAKIET 2)**

**Pakiet 2 – Tympanometr (1 sztuka)**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta ………………...............

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

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

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/**  **Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, nie powystawowe, rok produkcji nie starsze niż 2018 r.  Gotowy do użytkowana bez dodatkowych zakupów i inwestycji. | TAK | TAK/NIE\*  podać…… |
|  | Zakres częstotliwości od 226 do 8000 Hz | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość wykonania testów trąbki Eustachiusza:  błona bębenkowa nieperforowana, perforowana i patologiczna | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Pełna możliwość wykonania badań odruchów:  ipsi/contra, decay i latency | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Automatyczne i/lub ręczne sterowanie pompą | TAK | TAK/NIE\*  podać…… |
|  | Możliwa obsługa jako ręczny lub sterowany z komputera PC przyrząd z możliwością wydruku na drukarce termicznej lub na dołączonej do komputera drukarce | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Konfigurowalne protokoły i raporty | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Pamięć urządzenia dla co najmniej 250 pacjentów | TAK | TAK/NIE\*  podać…… |
|  | Co najmniej 3 godziny ciągłej pracy z jednego naładowanego urządzenia | TAK | TAK/NIE\*  podać…… |
|  | Możliwość wykonania przesiewowego badania słuchu oraz dalszej diagnostyki u noworodków | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość przeprowadzenie automatycznie:  tympanometrii i tympanometrii szerokopasmowej (WBT) | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość przesyłania danych pacjenta i pobieranie sesji | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Jedna sonda do wszystkich testów | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Instrukcja użytkowania w języku polskim | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Obsługa serwisowa świadczona min. 5 dni w tygodniu od poniedziałku do piątku | TAK | TAK/NIE\*  podać………… |
|  | Wykonawca zapewnia świadczenie usług serwisowych przez autoryzowane przez producenta punkty serwisowe.  Siedziba serwisu - dokładny adres i nr telefonu. | Tak, podać | Adres: …………………………  …………………………  Telefon: …………………………  e-mail: ………………………… |
|  | W ramach gwarancji, przegląd serwisowy urządzenia zgodnie z zaleceniami producenta | TAK | TAK/NIE\* |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:**

1. W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.

* 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 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, że cena oferty przetargowej zawiera koszty związane z montażem urządzenia.
* Oświadczamy, iż wszystkie zaoferowane elementy przedmiotu zamówienia są ze sobą kompatybilne.

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

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**(PAKIET 3)**

**Pakiet 3 – 12-kanałowe aparaty EKG (2 sztuki)**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta ………………...............

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

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

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/**  **Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Urządzenia fabrycznie nowe, nie powystawowe, rok produkcji nie starsze niż 2018 r.  Gotowe do użytkowana bez dodatkowych zakupów i inwestycji. | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | W standardowym wyposażeniu:  Pas z elektrodami płaskimi przedsercowymi | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Aparat EKG 12-kanałowy z analizą i interpretacją danych z badań | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Tryby pracy: automatyczny i ręczny | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Bezprzewodowy moduł akwizycji sygnału EKG | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wykonywanie pomiarów:  HR, PR, QRS, QT, QTc oraz pomiarów osi P, R, T | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Automatyczna interpretacja wyników badań z podaniem kryterium rozpoznania | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Algorytm interpretacji 12-kanałowego zapisu EKG, uwzględniający wiek i płeć osoby badanej – dorosłych i dzieci od pierwszych dni życia | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Kolorowy ekran dotykowy 10” (+/- 2”), rozdzielczość min. 1280x768 pikseli | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Możliwość podglądu w czasie rzeczywistym i po rejestracji (przed wydrukiem) do 12-tu odprowadzeń EKG jednocześnie | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wbudowany bufor 5 minut zapisu EKG | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Automatyczny wybór i wyświetlanie najlepszego pod względem jakościowym 10s odcinka z pełnego ciągłego zapisu EKG lub ostatnich 10s obserwowanego na ekranie zapisu | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wyświetlanie na ekranie LCD:  aktualnego czasu, częstości rytmu, czułości, prędkości zapisu i rodzaju filtru | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Pamięć wewnętrzna do przechowywania min. 40 zapisów EKG, wykonanych w trybie auto | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Możliwość rozbudowy pamięci wewnętrznej do min. 200 zapisów | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Interfejs USB, umożliwiający zapis EKG na nośniku PenDrive | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Pasmo przenoszenia min. 0,05 ÷ 150 Hz | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Kontrola kontaktu każdej elektrody ze skórą pacjenta | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wyświetlanie na ekranie LCD ostrzeżeń o braku kontaktu elektrody ze skórą pacjenta | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Drukarka termiczna, wbudowana w aparat | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Papier termiczny składany, perforowany, formatu A4 | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Prędkość zapisu:  5, 10, 25 i 50 mm/s. (+/- 3mm/s) | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Rozdzielczość zapisu 8 pkt./mm | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Jednoczesna rejestracja sygnału EKG z 3-ech, 6-ciu i 12-tu odprowadzeń | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Formaty wydruku:  3 + 1 kanał, 3 + 3 kanały, 6 kanałów, 6 + 6 kanałów, 12 kanałów | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wydruki w trybie ręcznym:  3, 6, 8 i 12 kanałów z konfigurowaną grupą kanałów | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wydruk daty i godziny badania | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Czułość (min. w zakresach): 5, 10 i 20 mm/mV | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Możliwość wydruku EKG z pamięci aparatu ze zmienionymi wartościami czułości i prędkości zapisu, zmienionymi parametrami filtru i w innym formacie wydruku | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Filtr zakłóceń pochodzących od elektroenergetycznej sieci zasilającej | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Cyfrowe filtry zakłóceń mięśniowych i pływania linii izoelektrycznej | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Obwody wejściowe aparatu zabezpieczone przed impulsami defibrylatora | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wykrywanie impulsów stymulatora | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Próbkowanie min. 40 000 próbek/s/kanał | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Rozdzielczość przetwarzania 20 bitów | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Moduł bezprzewodowej akwizycji sygnału EKG, wyposażony w: 10-elektrodowy rozłączany kabel pacjenta dla 12-tu standardowych odprowadzeń: I, II, III, aVR, aVL, aVF, ,V1, V2, V3, V4, V5, V6 | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość wymiany pojedynczych odprowadzeń | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość rozbudowy aparatu o opcję 2-kierunkowej komunikacji zewnętrznej, min. LAN, WLAN, USB, modem | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość rozbudowy o obsługę standardu DICOM w komunikacji dwukierunkowej w zakresie MWL i C-Store | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Komunikacja użytkownika z aparatem w języku polskim | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Zasilanie aparatu z elektroenergetycznej sieci 230 V AC 50 Hz i z wewnętrznego bezobsługowego | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Aparat przenośny, zainstalowany na wózku kolumnowym | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Masa aparatu z akumulatorem, bez kabla pacjenta, papieru i wózka: 6 kg (+/- 1kg) | TAK | TAK/NIE\*  podać………….. |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Obsługa serwisowa świadczona min. 5 dni w tygodniu od poniedziałku do piątku | TAK | TAK/NIE\*  podać………… |
|  | Wykonawca zapewnia świadczenie usług serwisowych przez autoryzowane przez producenta punkty serwisowe.  Siedziba serwisu - dokładny adres i nr telefonu. | Tak, podać | Adres: …………………………  …………………………  Telefon: …………………………  e-mail: ………………………… |
|  | W ramach gwarancji przegląd serwisowy urządzenia zgodnie z zaleceniami producenta | TAK | TAK/NIE\* |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:**

1. W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.

* 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 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.

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

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**(PAKIET 4)**

**Pakiet 4 – Aparat do ucisku sekwencyjnego z automatyczną analizą cyklu pracy z wyposażeniem   
(1 sztuka)**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta ………………...............

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

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

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/**  **Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, nie powystawowe, rok produkcji nie starsze niż 2018 r.  Gotowe do użytkowana bez dodatkowych zakupów i inwestycji. | TAK | TAK/NIE\*  podać…… |
|  | Uruchomienie pracy systemu poprzez przycisk typu „Start / Stop” | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Automatyczne rozpoznanie mankietu | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość zapisania ustawienia ciśnienia | TAK | TAK/NIE\* |
|  | System wykorzystywania zapasowej energii z akumulatora podczas braku zasilania zewnętrznego | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Alarmy Systemu Bezpieczeństwa dla:  - nieszczelności mankietu,  - niesprawności systemu zasilania,  - nieszczelność połączenia mankietu z aparatem | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Możliwość wyboru trybu sterowania manualnego dla:  - regulacji ciśnienia  - czasu przerwy  - czasu zabiegu | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Ekran LCD. | TAK | TAK/NIE\*  podać…… |
|  | Wpisane ustawienia ciśnienia/pauzy po uruchomieniu:  - dla uda/łydki 40 mmHg / czas pauzy 48 sek.  - dla stopy 120 mmHg / czas pauzy 60 sek. | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Zakres ciśnienia (wymagany zakres min.):  - dla uda/łydki 20, 30, 40, 50 i 60 mmHg  - dla stopy 120, 130 i 140 mmHg | TAK | TAK/NIE\*  podać…… |
|  | Regulacja czasu przerwy 24, 48 i 60 sekund | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wymiary aparatu (mm +/- 50mm):  szer. 200, gł. 170, wys. 190 | TAK | TAK/NIE\*  podać…… |
|  | Waga (aparatu z baterią): 3kg (+/- 1kg) | TAK | TAK/NIE\*  podać…… |
|  | Czas zużycia baterii (min.): 6 godzin | TAK | TAK/NIE\*  podać…… |
|  | Mankiety wykończone specjalną powłoką zapobiegającą zanieczyszczeniom | TAK | TAK/NIE\*  podać…… |
|  | Mankiety z bezpiecznym podłączeniem w celu uniknięcia otarciom skóry pacjenta | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Maksymalny czas użytkowania jednego mankietu wielorazowego użytku (przy ciśnieniu 60 mmHg i czasie przerwy 24 sek.) – co najmniej 2 miesiące | TAK | TAK/NIE\*  podać…… |
|  | Aparat z dodatkowym wyposażeniem w postaci: min. 1 sztuka mankietu wielokrotnego użytku (mankiet stopowy w rozmiarze S-M) | TAK | TAK/NIE\*  podać…… |
|  | Aparat z dodatkowym wyposażeniem w postaci: min. 1 sztuka mankietu wielokrotnego użytku (mankiet łydkowy w rozmiarze S-M) | TAK | TAK/NIE\*  podać…… |
|  | Aparat z dodatkowym wyposażeniem w postaci: min. 2 sztuki mankietu wielokrotnego użytku (mankiet udowy w rozmiarze S-M) | TAK | TAK/NIE\*  podać…… |
|  | Aparat z dodatkowym wyposażeniem w postaci: min. 1 sztuka mankietu (mankiet „but” tj. łydka + stopa) | TAK | TAK/NIE\*  podać…… |
|  | Aparat z dodatkowym wyposażeniem w postaci: min. 1 sztuka akumulatora do aparatu | TAK | TAK/NIE\*  podać…… |
|  | Aparat z dodatkowym wyposażeniem w postaci: min. 1 sztuka przewodu pojedynczego (2 metry) | TAK | TAK/NIE\*  podać…… |
|  | Aparat z dodatkowym wyposażeniem w postaci: min. 1 sztuka przewodu pojedynczego (4 metry) | TAK | TAK/NIE\*  podać…… |
|  | Instrukcja użytkowania w języku polskim | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Obsługa serwisowa świadczona min. 5 dni w tygodniu od poniedziałku do piątku | TAK | TAK/NIE\*  podać………… |
|  | Wykonawca zapewnia świadczenie usług serwisowych przez autoryzowane przez producenta punkty serwisowe.  Siedziba serwisu - dokładny adres i nr telefonu. | Tak, podać | Adres: …………………………  …………………………  Telefon: …………………………  e-mail: ………………………… |
|  | W ramach gwarancji przegląd serwisowy urządzenia zgodnie z zaleceniami producenta | TAK | TAK/NIE\* |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:**

1. W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.

* 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 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.

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

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

**Załącznik nr 2 do SIWZ**

**(PAKIET 5)**

**Pakiet 5 – Laryngologiczna lampa naczołowa   
(1 sztuka)**

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Nazwa Producenta ………………...............

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

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

| **Lp.** | **Parametry i funkcje** | **Wymagane parametry** | **Wartość/opis oferowanego parametru/**  **Odpowiedź Wykonawcy** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Światło diodowe LED | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Lampa bezprzewodowa | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Moc światła diodowego LED min. 1W | TAK | TAK/NIE\*  podać …………… |
|  | Natężenie świetlne diody LED (minimum):  11 600 lux przy odległości 400 mm  30 000 lux przy odległości 200 mm | TAK | TAK/NIE\*  podać …………… |
|  | Temperatura barwowa min. 4000o K | TAK | TAK/NIE\*  podać …………… |
|  | Lampa zasilana akumulatorkami ładowanymi za pomocą ładowarki sieciowej | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Lampa zasilana min. 4 akumulatorkami typu AAA | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Czas pracy (minimum):  90 minut przy w pełni naładowanych akumulatorkach | TAK | TAK/NIE\*  podać …………… |
|  | Regulacja wielkości pola zabiegowego (diagnozowanego) poprzez uchwyt żarówki na lusterku | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Lusterko o średnicy min. 50 mm | TAK | TAK/NIE\*  podać …………… |
|  | Blokada opaski w dowolnej pozycji | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Pojemnik z akumulatorkami jako przeciwwaga do głowicy lampy | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Pojemnik baterii z zintegrowanym gniazdem ładowarki | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Włącznik i wyłącznik lampy umiejscowione na pojemniku baterii | TAK | TAK/NIE\* |
|  | W przypadku podłączenia ładowania akumulatorków odłączenie zasilania diody LED lampy (praca możliwa tylko przy odłączonej ładowarce sieciowej) | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Lampa łatwa w czyszczeniu i dezynfekcji | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Wyciągane gąbki wewnętrzne na rzepy w celu ich prania | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Mocowanie głowicy za pomocą aluminiowego pręta | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Ruchome ramie | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Aluminiowy łącznik kulowy | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Waga lampy (maximum):  Z lusterkami, z akumulatorkami 300g | TAK | TAK/NIE\*  podać………… |
|  | Instrukcja użytkowania w języku polskim | TAK | TAK/NIE\* |
|  | Obsługa serwisowa świadczona min. 5 dni w tygodniu od poniedziałku do piątku | TAK | TAK/NIE\*  podać………… |
|  | Wykonawca zapewnia świadczenie usług serwisowych przez autoryzowane przez producenta punkty serwisowe.  Siedziba serwisu - dokładny adres i nr telefonu. | Tak, podać | Adres: …………………………  …………………………  Telefon: …………………………  e-mail: ………………………… |
|  | W ramach gwarancji przegląd serwisowy urządzenia zgodnie z zaleceniami producenta | TAK | TAK/NIE\* |

\* niewłaściwe skreślić lub właściwe zaznaczyć

**UWAGI:**

1. W kolumnie „Odpowiedź Wykonawcy” w pozycjach TAK/NIE\* zaznaczanie odpowiedzi NIE oznacza niespełnienie wymaganych przez Zamawiającego parametrów.

* 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 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.

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

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy