**Załącznik nr 1 do wniosku DZI-18/2024**

**Wartości podane w tabeli stanowią nieprzekraczalne minimum, którego niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.**

**PARAMETRY TECHNICZNE**

 **Lampa zabiegowa – 1 szt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot: |  |
| Nazwa i typ: |  |
| Producent: |  |
| Rok produkcji nie starszy niż 2023 r: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów technicznych** | **Wartość wymagana** | Wartość oferowana |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **PARAMETRY OGÓLNE** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe | TAK, opisać  |  |
|  | Jednokopułowa lampa mocowana do sufitu | TAK, opisać  |  |
|  | Zestaw wyposażony ramię podwójne, z ramieniem uchylnym. | TAK, opisać  |  |
|  | Obudowa lampy w kształcie koła z otworami minimalizującymi zakłócenia przepływu laminarnego | TAK, opisać  |  |
|  | Kształt kopuł odpowiedni dla przepływu laminarnego, zapewniający nawiew na głowę oraz ramiona chirurga | TAK, opisać  |  |
|  | Waga kopuły poniżej 6 kg. | TAK, opisać  |  |
|  | Źródło światła diody LED | TAK, opisać  |  |
|  | Kopuła lampy wyposażona min. w 18 diod w konstrukcji jednoogniskowej | TAK, opisać  |  |
|  | Diody LED emitujące bezpośrednio światło białe, tzn. wykorzystujące „białe” diody | TAK, opisać  |  |
|  | Diody emitujące bezcieniowe światło  | TAK, opisać  |  |
|  | Żywotność diody nie mniejsza niż 60 000 godzin | TAK, opisać  |  |
|  | Sterowanie parametrami przy pomocy panelu membranowego znajdującego się na krawędzi kopuły  | TAK, opisać  |  |
|  | System z pamięcią ustawień parametrów świetlnych. | TAK, opisać  |  |
|  | Regulacja ustawienia lampy za pomocą wymiennych, sterylizowanych uchwytów umieszczonych na kopule w bezpośrednim sąsiedztwie jej mocowania. | TAK, opisać  |  |
|  | Średnica pola roboczego: 220mm | TAK, opisać  |  |
|  | Regulacja natężenia światła o przynajmniej w 10 stopniach oraz możliwość aktywowania światła endoskopowego jednym przyciskiem. | TAK, opisać  |  |
|  | Maksymalna wartość natężenia oświetlenia w centralnym punkcie w odległości 1m nie gorsza niż 130 000 luks. | TAK, opisać  |  |
|  | Natężenie światła regulowane w zakresie min. 5÷100%  | TAK, opisać  |  |
|  | Głębokość oświetlenia min. 120cm  | TAK, opisać  |  |
|  | Zakres rozpiętości zogniskowanego oświetlenia min. 40cm – 160cm | TAK, opisać  |  |
|  | Temperatura barwowa 4350K (+/- 100K) | TAK, opisać  |  |
|  | Współczynnik rekonstrukcji koloru (Ra) nie gorszy niż 96 | TAK, opisać  |  |
|  | Współczynnik rekonstrukcji koloru czerwonego (R9) o wartości nie gorszej niż 96 | TAK, opisać  |  |
|  | Całkowity pobór mocy 65 W | TAK, opisać  |  |
|  | Wzrost temperatury wokół głowy chirurga spowodowany działaniem lampy nie przekraczający 1˚C | TAK, opisać  |  |
|  | Wzrost temperatury w obszarze operacji spowodowany działaniem lampy nie przekraczający 1˚C | TAK, opisać  |  |
|  | Konstrukcja lampy umożliwiająca czyszczenie, dezynfekcję i sterylizację powszechnie stosowanymi środkami bez widocznych śrub nitów itp. | TAK, opisać  |  |
|  | Możliwość wymiany pojedynczej diody LED w przypadku jej awarii. Zamawiający nie dopuszcza lamp z koniecznością wymiany jednocześnie kilku/zespołu diod. | TAK, opisać  |  |
|  | Możliwość wyposażenia lampy w awaryjny system zasilania pozwalający na pracę do 10 godzin po zaniku zasilania  | TAK, opisać  |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE** |
| 1. | Przeglądy aparatu w okresie trwania gwarancji (bezpłatnie). | Min. 1 przegląd na rok |  |
| 2. | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 3. | Gwarancja dostępności części zamiennych w okresie po sprzedaży urządzenia. | Min. 10 lat |  |
| 4. | Dostępność do autoryzowanego serwisu. | Tak, podać gdzie |  |
| 6. | Czas reakcji od zgłoszenia. | Max. 48h |  |
| 7. | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzanych w kraju. | Max. 3 dni robocze |  |
| 8. | Czas trwania naprawy gwarancyjnej dla podzespołów sprowadzonych z zagranicy. | Max. 5 dni roboczych  |  |
| 9. | Wykonawca ponosi koszty przeglądów serwisowych wbudowanego i dostarczonego sprzętu w okresie gwarancji. | Tak |  |
| 10. | Deklaracja zgodności CE | Tak, |  |
| Wartość netto : |  |
| Vat % |  |
| Wartość brutto: |  |

Niniejszym oświadczamy, że oferowane urządzenia, oprócz spełnienia odpowiednich parametrów funkcjonalnych, gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego oraz zapewnia wymagany wysoki poziom usług medycznych.

Oświadczamy, że oferowane powyżej wyspecyfikowane urządzenie jest kompletne i będzie gotowe do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi).

 /podpisano elektronicznie/\*\*

***\*\* UWAGA: należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby uprawnionej do zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy.***