**Załącznik nr 2 OPZ Pakiet nr 4**

**Wykonawca:**

……………………………..

……………………………..

……………………………..

(nazwa firmy, adres)

Dokument musi być podpisywany zgodnie z zapisami Rozdział III SWZ.

**PAKIET NR 4**

|  |
| --- |
| **Lampa operacyjna – 1 szt.** |

**Zamawiający informuje, że strop w pomieszczeniu w którym będzie montowana lampa wykonany jest z prefabrykowanych płyt kanałowych**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa urządzenia/typ/model |  |
| Producent |  |
| Rok produkcji min.2021 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cena netto** | **Stawka VAT** | **Wartość VAT** | **Wartość brutto**  **(wartość netto + wartość VAT)** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | NAZWA PARAMETRU | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA** |
| 1 | Lampa zgodna z wymaganiami wg normy PN-EN 60601-2-41:2010 | Tak |  |
| 2 | Lampa operacyjna, sufitowa z dwoma ramionami i z dwoma przegubami o zasięgu min. 160 cm | Tak |  |
| 3 | Bezcieniowa | Tak |  |
| 4 | Regulacja natężenia oświetlenia | Tak |  |
| 5 | Natężenie oświetlenia min. 130 000 lx mierzone w odległości 1 metra | Tak |  |
| 6 | Średnica pola operacyjnego min. 160 mm z warunkiem utrzymania natężenia maksymalnego | Tak |  |
| 7 | Współczynnik Ra min. 96 | Tak |  |
| 8 | Współczynnik R9 min 93 | Tak |  |
| 9 | Temperatura barwowa w min. trzech stopniach 3800-4400-5000K | Tak |  |
| 10 | Zastosowanie techniki diodowej eliminującej nagrzewanie się lampy | Tak |  |
| 11 | Żywotność diod LED min. 50 000 h. | Tak |  |
| 12 | Wgłębność min. 1000 mm | Tak |  |
| 13 | Regulacja położenia lampy poprzez uchwyt przy kopule | Tak |  |
| 14 | Kopuła wyposażona w uchwyt brudny | Tak |  |
| 15 | Kopuła wyposażona w wymienny sterylizowany uchwyt (min. 2 uchwyty w komplecie) | Tak |  |
| 16 | Możliwość obrotu kopuły względem osi pionowej i poziomej | Tak |  |
| 17 | Ramię poruszające się w pionie dzięki systemowi równoważącemu | Tak |  |
| 18 | Max moc lampy 70W | Tak |  |
| 19 | **Warunki gwarancyjne** |  |  |
| 20 | Bezpłatna dostawa wraz z rozładunkiem, montażem, podłączeniem do instalacji elektrycznej oraz uruchomieniem i przeszkoleniem personelu niezwłocznie po dostawie, potwierdzona protokołami z przeprowadzonych szkoleń , odbioru sprzętu i przekazania do eksploatacji | Tak |  |
| 21 | Szkolenie personelu w zakresie procesu sterylizacji elementów urządzenia o ile takie będą występować | Tak |  |
| 22 | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych, eksploatacyjnych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 6 lat od daty zawarcia umowy | Tak |  |
| 23 | Bezpłatne przeglądy okresowe w czasie trwania gwarancji.  Liczba przeglądów uwarunkowana wymogami producenta jednak nie rzadziej niż raz w roku | Tak |  |
| 24 | Autoryzacja producenta na sprzedaż zaoferowanego aparatu (dokumenty załączyć) | Tak |  |
| 25 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 26 | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE, bądź Deklaracje Zgodności CE lub inne dokumenty równoważne. | Tak |  |
| 27 | Dokumenty upoważniające urządzenie do użytkowania na terenie Polski i UE wymagane obowiązującymi przepisami prawa w tym m. in: paszport (z wprowadzoną datą uruchomienia i datą następnego przeglądu dd-mm-rr), karta gwarancyjna, potwierdzenie, że dostarczane urządzenie medyczne jest dopuszczone do obrotu i stosowania w służbie zdrowia zgodnie z obowiązującymi przepisami, instrukcje obsługi, opisy techniczne, w przypadku urządzeń lub elementów urządzenia wymagających tego – zasady przeprowadzania procesów dekontaminacji (mycie, dezynfekcja i sterylizacja). | Tak |  |
| 28 | Czas reakcji na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji max. do 48 godzin (dotyczy dni roboczych). | Tak |  |
| 29 | Maksymalny czas usuwania awarii – 3 dni robocze. | Tak |  |
| 30 | Autoryzowany serwis w okresie gwarancji | Tak |  |
| 31 | Siedziba serwisu gwarancyjnego (podać nazwę i dane kontaktowe) | Podać |  |
| 32 | Broszura lub inny dokument równoważny zawierający wykaz parametrów technicznych producenta potwierdzający wszystkie wymagane parametry, opisane przez Zamawiającego | Tak |  |