**Załącznik nr 2 OPZ**

**Wykonawca:**

……………………………..

……………………………..

……………………………..

(nazwa firmy, adres)

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa urządzenia/typ/model |  |
| Producent |  |
| Rok produkcji ~~min.~~ 2023 |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | NAZWA PARAMETRU | **WARTOŚĆ WYMAGANA** | **WARTOŚĆ OFEROWANA** |
| 1 | Przedmiot oferty jest fabrycznie nowy, kompletny i po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych kosztów po stronie Zamawiającego. Wyklucza się aparaty demo, powystawowe. | Tak |  |
| 2 | Lampa zabiegowa zgodna z wymaganiami wg normy PN-EN 60601-2-41:2010 | Tak |  |
| 3 | Bezcieniowa na statywie jezdnym – statyw z 4 kołami (2 koła z hamulcem) | Tak |  |
| 4 | Regulacja natężenia oświetlenia w zakresie 10 % - 100% | Tak |  |
| 5 | Natężenie oświetlenia min. 70 000 lx mierzone w odległości 1 metra | Tak |  |
| 6 | Średnica pola operacyjnego min. 170 mm z warunkiem utrzymania natężenia maksymalnego | Tak |  |
| 7 | Współczynnik Ra min. 95 | Tak |  |
| 8 | Współczynnik R9 min. 94 | Tak |  |
| 9 | Temperatura barwowa w zakresie 4300 - 4600K | Tak |  |
| 10 | Zastosowanie techniki diodowej eliminującej nagrzewanie się lampy | Tak |  |
| 11 | Żywotność diod LED min. 50 000 h. | Tak |  |
| 12 | Wgłębność min. 1700 mm | Tak |  |
| 13 | Regulacja położenia lampy poprzez uchwyt przy kopule | Tak |  |
| 14 | Kopuła wyposażona w wymienny sterylizowany uchwyt (min. 2 uchwyty w komplecie) | Tak |  |
| 15 | Możliwość obrotu kopuły względem osi pionowej i poziomej | Tak |  |
| 16 | Ramię poruszające się w pionie dzięki systemowi równoważącemu | Tak |  |
| 17 | Max moc obu lamp 25W | Tak |  |
| 18 | Gwarancja min. 24 miesiące |  |  |
|  | **Warunki gwarancyjne** |  |  |
| 1 | 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 |  |
| 2 | Szkolenie personelu w zakresie procesu sterylizacji elementów urządzenia o ile takie będą występować | Tak |  |
| 3 | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych, eksploatacyjnych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 6 lat od daty zawarcia umowy | Tak |  |
| 4 | Bezpłatne przeglądy okresowe w czasie trwania gwarancji.  Liczba przeglądów uwarunkowana wymogami producenta jednak nie rzadziej niż raz w roku | Tak |  |
| 5 | Autoryzacja producenta na sprzedaż zaoferowanego aparatu (dokumenty załączyć) | Tak |  |
| 6 | Instrukcja obsługi w języku polskim. | Tak |  |
| 7 | Certyfikat potwierdzający posiadanie znaku CE, bądź Deklaracje Zgodności CE lub inne dokumenty równoważne. | Tak |  |
| 8 | 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 |  |
| 9 | Czas reakcji na zgłoszenie awarii w okresie gwarancji max. do 48 godzin (dotyczy dni roboczych). | Tak |  |
| 10 | Maksymalny czas usuwania awarii – 5 dni robocze. | Tak |  |
| 11 | Autoryzowany serwis w okresie gwarancji | Tak |  |
| 12 | Siedziba serwisu gwarancyjnego (podać nazwę i dane kontaktowe) | Podać |  |
| 13 | Broszura lub inny dokument równoważny zawierający wykaz parametrów technicznych producenta potwierdzający wszystkie wymagane parametry, opisane przez Zamawiającego | Tak |  |

……………………………………………….

Data , podpis