**Załącznik nr 2/2**

**Dostawa sprzętu medycznego do SPZZOZ w Wyszkowie**

**dla potrzeb Oddziału Neonatologicznego;**

**nr procedury: DEZ/Z/341/ZP- 32/2018**

Zadanie nr 2: **Lampa do fototerapii** w ilości 2 sztuk.

Nazwa:

Producent /Firma : Typ aparatu:

Kraj pochodzenia : Rok produkcji:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wymagane warunki /**  **parametry techniczne** | **Wymogi graniczne** | **Oferowane parametry techniczne**  **(opis)** |
| 1. | Lampa do fototerapii z promiennikiem diodowym LED i oświetleniem ogólnym | Tak |  |
| 2. | Lampa mocowana na statywie jezdnym z regulacją wysokości lampy w zakresie min. 100-170 cm | Tak |  |
| 3. | Zasilanie elektryczne | Tak  230V, 50 Hz |  |
| 3.1 | Pobór mocy max. 40W | Tak |  |
| 4. | Maksimum promieniowania w zakresie 450 - 480 nm | Tak |  |
| 5. | Natężenie promieniowania w odległości 30 cm min 40 μW/cm2nm | Tak |  |
| 6. | Efektywne pole naświetlania min. 20 x 30 cm | TAK |  |
| 7. | Intensywność iluminacji wbudowanego oświetlenia światłem białym  min. 2000 lx | TAK |  |
| 8. | Wbudowany licznik aktualnego czasu naświetlania, całkowitej ilości przepracowanych godzin | TAK |  |
| 9. | Tryb odzwyczajania | TAK |  |
| 10. | Wymiary lampy max. 15 x 35 x 10 cm . (szer. x dł. x wys.) | TAK |  |
| 11. | Waga samej lampy max. 1 kg | TAK |  |
| 12. | Żywotność diod min. 60 tyś. godzin | TAK |  |
| 13. | Cicha praca urządzenia max. 6 dB (chłodzenie konwekcyjne, bez użycia wbudowanych wentylatorów) | TAK |  |
|  | **Wyposażenie** |  |  |
| 1. | Okularki ochronne w 2 rozmiarach | TAK  po 3 szt. każdego rozmiaru |  |
|  | **WARUNKI SERWISOWE I INNE WYMAGANIA** |  |  |
| 1. | Przedmiot zamówienia będzie fabrycznie nowy | Tak |  |
| 2. | Oświadczamy, że przedmiot oferty jest kompletny i będzie po zainstalowaniu gotowy do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów. | Tak |  |
| 3. | Możliwość zgłoszeń awarii 24 h/ dobę, 365 dni w roku. | Tak |  |
| 4. | Okres gwarancji - minimum **24 miesiące**, licząc od daty instalacji | Tak, podać |  |
| 5. | Czas przystąpienia do naprawy max. 48 h. | TAK, podać |  |
| 6. | Zabezpieczenie dostępności części zamiennych i serwisu pogwarancyjnego przez min. 10 lat od daty zawarcia umowy. | TAK |  |
| 7. | Maksymalny czas usuwania awarii. Przedłużenie czasu powoduje zainstalowanie, przez Wykonawcę, aparatu zastępczego o podobnych parametrach na czas naprawy. | max 3 dni robocze  Podać w dniach |  |
| 8. | Liczba bezpłatnych przeglądów aparatu w czasie gwarancji. | Min 2 |  |
| 9. | Serwis autoryzowany | Tak |  |
| 10. | Ilość punktów serwisowych na terenie Polski – min 3 punkty | Tak |  |
| 11. | Siedziba serwisu gwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax | Tak, podać |  |
| 12. | Siedziba serwisu pogwarancyjnego – nazwa, dane adresowe, telefon, fax. | TAK, podać |  |
| 13. | Montaż i uruchomienie natychmiast po dostawie urządzenia wraz **ze szkoleniem personelu medycznego,** na miejscu w SPZZOZ Wyszków – potwierdzenie protokółem odbioru, szkolenia i przekazania do eksploatacji. | Tak |  |
| 14. | Deklaracja zgodności, Certyfikat CE | Tak, załączyć |  |
| 15. | Dokumenty potwierdzające, że przedmiot zamówienia został wprowadzony do obrotu i używania na terenie Polski, w tym zgodnie z przepisami ustawy o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 roku. | Tak, załączyć |  |

1. ………………………………………….
2. miejscowość, data
3. ………..................................................................
4. podpisy osób wskazanych w dokumencie uprawniającym do
   * 1. występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo