# ZESTAWIENIE PARAMETRÓW I WARUNKÓW WYMAGANYCH

**74 Lampa Sollux**

Nazwa producenta: .......................................................

Nazwa i typ: .......................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | **PARAMETR / WARUNEK WYMAGANY** | **PARAMETR OFEROWANY – PODAĆ** |
| 1. | Lampa sollux do naświetlań i światłolecznictwa |  |
| 2. | wyposażone w mikroprocesorowy sterownik z zegarem zabiegowym i regulacją  natężenia promieniowania |  |
| 3. | Wyświetlacz cyfrowy pokazuje ustawione natężenie i czas pozostały do  zakończenia zabiegu |  |
| 4. | możliwość ustawiania sekwencji jasność/czas w obrębie jednego zabiegu |  |
| 5. | FUNKCJONALNOŚĆ  zegar zabiegowy  filtry (czerwony, niebieski) regulacja jasności świecenia wyświetlacz jasność/czas  programowanie sekwencji jasność/czas |  |
| 6. | PROGRAMY ZABIEGOWE  uproszczona obsługa sterownika  10 programów do ustawienia dla użytkownika |  |
| 7. | SEKWENCJE ZABIEGOWE  uproszczona obsługa sterownika łączenie kilku składowych w jeden ciąg 4 sekwencje do ustawienia  maksymalnie 5 składowych w sekwencji |  |
| 8. | KONSTRUKCJA  stabilna konstrukcja mechaniczna  trwała i niezawodna klawiatura  podstawa wyposażona w kółka z hamulcami mikroprocesorowe sterowanie pracą lampy wymuszone chłodzenie tubusa  siatka zabezpieczająca |  |
| 9. | PARAMETRY TECHNICZNE LAMPY  maksymalna moc żarówki 375 W regulacja jasności 10 – 100 %, krok 10 %  zegar zabiegowy 1 – 30 min  zasilanie, pobór mocy 230 V, 50 Hz, 450 W  wymiary 50x60x120 cm max 190 cm masa 13,7 kg |  |
| 10. | WYPOSAŻENIE STANDARDOWE LAMPY  przewód sieciowy – 1 szt. promiennik 375 W – 1 szt. filtr czerwony – 1 szt.  filtr niebieski – 1 szt.  okulary ochronne dla pacjenta – 1 szt. okulary ochronne dla terapeuty – 1 szt. instrukcja użytkowania – 1 szt. |  |

UWAGA: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty. Parametry muszą być potwierdzone folderami lub karatami katalogowymi oferowanego wyrobu.

# Brak odpowiedniego wpisu przez wykonawcę w kolumnie *parametr oferowany* będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.

Oświadczam, że oferowane urządzenie (sprzęt) spełnia wymagania techniczne zawarte w SIWZ, jest kompletne i będzie gotowe do użytku bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji (poza materiałami eksploatacyjnymi) oraz gwarantuje bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego i zapewnia wymagany poziom usług medycznych.

# …………………………….

**Podpis Wykonawcy**