**Zestawienie parametrów technicznych mobilnego unitu stomatologicznego** **oraz jego warunków gwarancji i serwisu**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | | **Opis parametru** | | **Wartość wymagana** | **Wartość oferowana** |
|  | | Urządzenie fabrycznie nowe | | TAK |  |
|  | | Stolik lekarza spełniający następujące wymagania: | | TAK |  |
|  | | Rękaw z 3 funkcyjną strzykawko - dmuchawką | TAK |  |
|  | | Rękaw z mikrosilnikiem elektrycznym z podświetlaniem LED sterowany za pomocą panela cyfrowego oraz kątnicą 1:1 z podświetlaniem, wewnętrznym sprayem; wymiana wierteł przyciskiem | TAK |  |
|  | | Rękaw turbinowy typu Midwest z szybkozłączką oraz turbiną z podświetlaniem LED, wewnętrznym sprayem; wymiana wierteł przyciskiem | TAK |  |
|  | | Rękaw ze skalerem piezoelektrycznym ze światłem z min. 3 końcówkami roboczymi, sterowany z panela cyfrowego | TAK |  |
|  | | Możliwość zdejmowania rękawów | TAK |  |
|  | | Regulacja przepływu wody i powietrza chłodzącego do końcówek stomatologicznych dostępna dla lekarza za pomocą pokręteł regulacyjnych | TAK |  |
|  | | Urządzenie wyposażone w zintegrowany cichy kompresor | | TAK |  |
|  | | Urządzenie wyposażone w wewnętrzny system ssący o przepływie min. 290 l/min i pojemnik o pojemności min. 1 l. | | TAK |  |
|  | | Urządzenie wyposażone w sterownik nożny do sterowania pracą instrumentów | | TAK |  |
|  | | Urządzenie mobilne, o wadze nie przekraczającej 17 kg, w obudowie walizkowej | | TAK |  |
|  | | Unit wyposażony w system zasilania wodą destylowaną z wbudowanym zbiornikiem o pojemności min. 0,7 l. | | TAK |  |
|  | | **Warunki gwarancji i serwisu** | | xxx |  |
|  | | Gwarancja - min. 24 miesięcy od daty podpisania protokołu odbioru urządzenia | | TAK, podać |  |
|  | | Instrukcja obsługi oferowanego urządzenia w języku polskim | | TAK |  |
|  | | Czas reakcji serwisu gwarancyjnego na zgłoszenie usterki – **max. 2 dni robocze** (dotyczy dni roboczych rozumianych jako dni od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy, w godzinach od 8.00 do 15.00) | | TAK |  |
|  | | Ilość napraw tego samego elementu w okresie gwarancji uprawniających do wymiany urządzenia lub elementu na nowe – ***maksymalnie 3*** | | TAK |  |
|  | | Czas wykonania skutecznej naprawy (rozumianą jako realizację czynności polegających na przywróceniu pierwotnej funkcjonalności przedmiotu umowy) bez użycia części zamiennych (licząc od momentu zgłoszenia awarii) w dniach roboczych - czas nie dłuższy **niż 5 dni robocze** | | TAK |  |
|  | | Czas wykonania skutecznej naprawy (rozumianą jako realizację czynności polegających na przywróceniu pierwotnej funkcjonalności przedmiotu umowy) z użyciem części zamiennych (licząc od momentu Zgłoszenia awarii) w dniach roboczych - **czas nie dłuższy niż 7 dni roboczych.** | | TAK |  |
|  | | Nazwa, adres, kontakt telefoniczny i mailowy podmiotu (podmiotów) świadczącego usługi gwarancyjne, dla którego wyżej określono czas reakcji na usterkę | | Podać |  |