Załącznik nr 11 SWZ

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia**

**Pakiet nr 10**

**Lampa przepływowa bakteriobójcza - nowa**

**Rok produkcji: min. 2025   
Ilość: 2 szt.**

**Typ / Nr fabryczny:** ………………………………………………………………..…………  
 (proszę uzupełnić)

**Model / Marka:** ………………………………………………………………………….……  
 (proszę uzupełnić)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | | **Opis przedmiotu zamówienia** | | **Parametry wymagane przez Zamawiającego** | **Parametry oferowane przez Wykonawcę** | **Numer katalogowy** |
|  | | | | | |  |
|  | | Urządzenie nowe, nieużywane. Wyklucza się produkty demo. | | TAK |  |  |
|  | | Przepływowa lampa bakteriobójcza- możliwość przebywania personelu w pomieszczeniu podczas pracy lampy. | | TAK |  |  |
|  | | Napięcie zasilania 230V, 50Hz | | TAK |  |  |
|  | | Moc pobierania z sieci – lampy energooszczędne 85 W | | TAK |  |  |
|  | | Element emitujący promieniowanie UV-C 2 x 30W | | TAK |  |  |
|  | | Długość fali UV-C 254 nm | | TAK |  |  |
|  | | Trwałość promiennika 9000 h | | TAK |  |  |
|  | | Wymuszony przepływ powietrza przez komorę UV-C TAK | | TAK |  |  |
|  | | Wydajność wentylatora min. 132 m³/h | | TAK |  |  |
|  | | Dezynfekowana kubatura 25-50m³ | | TAK |  |  |
|  | | Powierzchnia (zasięg) działania lampy 10-20m² | | TAK |  |  |
|  | | Licznik czasu pracy promienników | | TAK |  |  |
|  | | Klasa zabezpieczenia przeciwporażeniowego I | | TAK |  |  |
|  | | Typ obudowy IP 20 | | TAK |  |  |
|  | | Rodzaj obudowy: ze stali nierdzewnej | | TAK |  |  |
|  | | Masa max. 13 kg | | TAK |  |  |
|  | | Filtr przeciw-kurzowy | | TAK |  |  |
|  | | Deklaracja Zgodności CE / Atest PZH | | TAK |  |  |
|  | | Włącznik on/off, umieszczony na  kopule | | TAK |  |  |
|  | | Podstawa jezdna na kółkach | | TAK |  |  |
|  | | Komplet filtrów przeciw-kurzowych – 10 szt. | | TAK |  |  |
|  | **Informacje dodatkowe** | | | | | |
|  |  | | Instrukcja obsługi w języku polskim (z dostawą) | TAK |  |  |
|  |  | | Gwarancja minimum 24 m-ce | TAK |  |  |
|  |  | | Wykonawca gwarantuje, że dostarczony sprzęt jest fabrycznie nowy, posiada wszelkie wymagane certyfikaty do zastosowań medycznych i zostanie zainstalowany bez żadnego uszczerbku | TAK |  |  |
|  |  | | Przeglądy w okresie trwania gwarancji łącznie z wymianą części zalecanych przez producenta (w ilości, zakresie – zgodnie z wymogami producenta) na koszt Wykonawcy (bez wezwania wykonawcy). Ostatni przegląd Wykonawca wykona w ostatnim miesiącu obowiązywania gwarancji | TAK |  |  |
|  |  | | Wykonawca gwarantuje, że wyżej wyspecyfikowany przedmiot oferty jest kompletny i będzie gotowy do użytkowania bez żadnych dodatkowych zakupów i inwestycji | TAK |  |  |
|  |  | | Serwis autoryzowany (nazwa i adres) | TAK |  |  |
|  |  | | Deklaracja zgodności i/lub certyfikat CE | TAK |  |  |
|  |  | | Paszport techniczny | TAK |  |  |