Załącznik nr 20 SWZ

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia**

**Pakiet 19**

**Lampa sollux na statywie – 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** |
|  | | | | | |  |
|  | | Lampa nowa, nieużywana do naświetleń typu Sollux na statywie regulowanym za pomocą sprężyny gazowej, Wyklucza się aparat demo | | TAK |  |  |
|  | | 1 promiennik podczerwieni o mocy min 370 W, | | TAK |  |  |
|  | | Elektroniczny panel sterowania, | | TAK |  |  |
|  | | Regulacja mocy promiennika, | | TAK |  |  |
|  | | Regulacja długości trwania zabiegu, | | TAK |  |  |
|  | | Programowanie sekwencji zabiegowej, | | TAK |  |  |
|  | | Emisja światła podczerwonego, | | TAK |  |  |
|  | | Regulacja wysokości statywu za pomocą sprężyny gazowej, | | TAK |  |  |
|  | | Tubus wyposażony jest w wentylator chłodzący oraz system mocowania filtrów, | | TAK |  |  |
|  | | Moc ustawiana: (10 - 100) %, | | TAK |  |  |
|  | | Pobór mocy: max. 400 W, | | TAK |  |  |
|  | | Masa max. 24 kg, | | TAK |  |  |
|  | | Wymiary (dł. x szer. x wys.): 740 x 480 x min. 1170 mm, max. 1760, | | TAK |  |  |
|  | | Zasilanie: 230 V, 50 Hz. | | TAK |  |  |
|  | | **WYPOSAŻENIE:** | |  |  |  |
|  | | filtry: niebieski- 1 szt i czerwony 1 szt | | TAK |  |  |
|  | | Okulary ochronne dla terapeuty i pacjenta | | TAK |  |  |
|  | **Informacje dodatkowe** | | | | | |
|  |  | | Instrukcja obsługi w języku polskim (z dostawą) | TAK |  |  |
|  |  | | Gwarancja minimum 24 m-ce | TAK |  |  |
|  |  | | Wykonawca gwarantuje sprzedaż części zamiennych przez okres min. 6 lat | TAK |  |  |
|  |  | | Czas reakcji od chwili zgłoszenia awarii w okresie gwarancji wynosi 24 godzin, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy | 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 |  |  |