**Pakiet nr 7 – zakup wraz z dostawą 2 szt. fotolamp dla Oddziału Noworodkowego z Pododdziałem Intensywnej Terapii Noworodków**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Opis parametru | Wymagane | Oferowane przez Wykonawcę |
| 1 | Nazwa |  |  |
| 2 | Model/typ |  |  |
| 3 | Producent |  |  |
| 4 | Rok produkcji | 2017 |  |
| 5 | Kraj produkcji |  |  |
| 6 | Urządzenie fabrycznie nowe | TAK |  |
| **Parametry wymagane:** | | | |
| **Źródło światła – długość fali** | | | |
| 1 | Niebieskie światło LED: wartość szczytowa pomiędzy 450-470 nm | Tak |  |
| 2 | Źółte światło LED – wartość szczytowa pomiędzy 585-595 nm | Tak |  |
| 3 | Intensywność: szczytowa intensywność centralna przy 30 cm, stopnie od 0 do 50: 0-50 uW/cm2/nm | Tak |  |
| 4 | Regulacja natężenia światła: płynna regulacja od 0 do 50: 0-50 uW/cm2/nm co 1 uW/cm2/nm | Tak |  |
| 5 | Efektywna powierzchnia naświetlania: 50x27 cm | Tak |  |
| 6 | Światło czerwone i światło do badania pacjenta – pozwala na włączenie na 5 sekund czerwonego celownika świetlnego pozwalającego na właściwe usytuowanie noworodka pod lampą. | Tak |  |
| 7 | Okres użytkowania diod LED – ponad 20 tys godzin bez pogorszenia intensywności świecenia | Tak |  |
| **Zasilanie:** | | | |
| 8 | Źródło zasilania – 230V AC 50Hz | Tak |  |
| 9 | Bezpieczniki: T2A 200-240V, T4A 200-240V | Tak |  |
| 10 | Prąd upływowy: < 500uA przy 230 V AC | Tak |  |
| 11 | Moc: 90 Watt | Tak |  |
| 12 | Moduł do badania pacjenta: dioda LED świecąca białym światłem dziennym | Tak |  |
| 13 | Ustawianie czasu naświetlań | Tak |  |
| 14 | Wyświetlacz LCD i moduł sterowania: panelem membranowym z włącznikiem krytym | Tak |  |
| 15 | Rozmiar punktu: 0,49 mm x 0,49 mm | Tak |  |
| 16 | Odległość między punktami: 0,53 mm x 0,53 mm | Tak |  |
| 17 | Powierzchnia wyświetlania 133mm x 39 mm | Tak |  |
| 18 | Ekran LCD 240 x 64 pikseli – niebieski negatyw | Tak |  |
| 19 | Miernik natężenia światła – 1 sztuka do pakietu  Zakres: 0-100 uW/cm2/nm  Długość fal: 420-520 nm | Tak |  |
| 20 | Środowisko:  - Temperatura działania – 10 st. C do 35 st. C  - temperatura przechowywania: - 30 st. C do 50 st. C  Słyszalny hałas < 30dB | Tak |  |
| 21 | Wymiary:  Maksymalna wysokość 175 cm  Masa: < 5,5 kg tylko z lekką osłoną, <20 kg urządzenie wraz ze statywem na kółkach | Tak |  |
| 22 | Statyw na kółkach:  Wysokość dyfuzora: 128 cm – 170 cm +/- 5 cm  Odległość środka dyfuzora od słupka: 26 cm – 36 cm +/- 2 cm  Regulacja nachylenia osłony +/- 20 st. W płaszczyźnie poziomej  Podstawa: 3 ramienna z kółkami (2 kółka z blokadą) | Tak |  |
| 23 | Inne:   * Zakres pomiaru temperatury skóry – 25 st. C – 40 st. C * Ciepło wydzielane (w odległości 30 cm) < 8 st. C powyżej temperatury otoczenia * Zmiany intensywności naświetlania w ciągu 6 godzin < 5% (w obszarze naświetlania) | Tak |  |
| 24 | Instrukcja użytkowania w języku polskim | Tak |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Warunki gwarancji** | | | |
| 1. | Okres gwarancji -minimum 24 miesiące liczony od momentu uruchomienia systemu. Gwarancja min. 12 miesięcy na akcesoria (z wyłączeniem przypadków naturalnego zużycia). | Tak |  |
| 2. | Czas reakcji od momentu zgłoszenia usterki i przyjazdu serwisu max 24godziny, wyłączając dni ustawowo wolne od pracy | Tak |  |
| 3. | Maksymalny czas usunięcia usterki od momentu zdiagnozowania , gdy zachodzi konieczność sprowadzania części zamiennych 10 dni wyłączając dni wolne ustawowo od pracy. | Tak |  |
| 4. | Czas naprawy gwarancyjnej przedłużający okres gwarancji liczony od momentu zgłoszenia. | Tak |  |
| 5. | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę podzespołu na nowy 3-naprawy | Tak |  |
| 6. | Czas usunięcia usterki nie wymagający wymiany podzespołów nie wliczając godzin zawartych w dniach ustawowo wolnych max 48 godzin | Tak |  |
| 7. | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski, w tym ich lokalizacja, wykaz punktów serwisowych w Polsce, ich lokalizacja (Proszę podać lub wskazać na odpowiedni dokument załączony do oferty) | Tak |  |
| 8. | Adres najbliższego serwisu | Tak podać |  |
| 9. | Numer telefonu i faksu na który mają być zgłaszane awarie | Tak, podać |  |
| 10. | Minimum jeden bezpłatny przegląd techniczny w ciągu roku na całość zamówienia w okresie trwania gwarancji plus jeden w ostatnim miesiącu trwania okresu gwarancyjnego. | Tak |  |
| **Serwis pogwarancyjny** | | | |
| 11. | Czas reakcji serwisu od momentu zgłoszenia usterki odrębnym zleceniem min. 48godzin | Tak |  |

…………………………………….. …………………………………………

Data podpis osoby uprawnionej +pieczęć