Załącznik nr 2-2 wzór formularza właściwości techniczno - użytkowych.

............................................

pieczęć firmowa wykonawcy

**WŁAŚCIWOŚCI TECHNICZNO – UŻYTKOWE**

**dla urządzeń objętych częścią 2 zamówienia**

1. **Lampa do fototerapii nadstawna sztuk 2**

**Nazwa oferowanego urządzenia:** ...........................................................................

**Typ:** .............................**Model**: ..............................**Rok produkcji:** .............................

**Producent**: ......................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów** | **Wartość lub zakres wartości wymaganych** | **Wartość lub zakres wartości oferowanych** |
|  | Źródło światła - Niebieskie i żółte diody LED | TAK |  |
|  | Długość fali - Niebieskie: Pik pomiędzy 450 i 470 nm  Żółte: Pik pomiędzy 585 i 595 nm | TAK |  |
|  | Natężenie - Średnie natężenie w centrum w odległości 30,0 - 30,5 cm | TAK |  |
|  | Ustawienie niskie - 12-15 µW/cm2/nm | TAK |  |
|  | Ustawienie wysokie - 30-35 µW/cm2/nm | TAK |  |
|  | Odchylenie natężenia po 6 h - < 10% (w zakresie naświetlania) | TAK |  |
|  | Zakres skutecznego naświetlania – ok. 50 x 25 cm | TAK |  |
|  | Zasilanie – 220 – 240 V/50-60 Hz | TAK |  |
|  | Maksymalna wysokość< 1,83 m | TAK |  |
|  | Ciężar < 18 kg | TAK |  |
|  | Wysokość dyfuzora nad podłożem modyfikowana  Od 1.10 m do 1.50 m ± 7 cm | TAK |  |
|  | Środek dyfuzora od stojaka - modyfikowany od  22.9 cm do 33 cm ± 2.5 cm | TAK |  |
|  | Korekta nachylenia obudowy - 0º (poziomo) do około 40º | TAK |  |
|  | Odstęp między podstawą a podłożem - < 10,2 cm | TAK |  |
|  | Podstawa - 5 nóg z kółkami samonastawczymi (2 blokady) | TAK |  |
|  | Okres gwarancji | Podać min. 36 miesięcy |  |

Punktacja przyznana przez zamawiającego za warunki gwarancji…............................

1. **Lampa do fototerapii łóżeczkowa sztuk 4**

**Nazwa oferowanego urządzenia:** ...........................................................................

**Typ:** .............................**Model**: ..............................**Rok produkcji:** .............................

**Producent**: ......................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów** | **Wartość lub zakres wartości wymaganych** | **Wartość lub zakres wartości oferowanych** |
|  | Źródło światła - Niebieskie diody LED | TAK |  |
|  | Długość fali - Niebieskie: Pik pomiędzy 450 i 470 nm | TAK |  |
|  | Natężenie - Szczytowe natężenie na powierzchni pacjenta 30-35 µW/cm2/nm | TAK |  |
|  | Odchylenie natężenia po 6 h ± 10% (w zakresie naświetlania) | TAK |  |
|  | Zakres skutecznego naświetlania - >Ok. 44.5 cm x 21,6 cm >613 cm2 | TAK |  |
|  | Obszar pacjenta min. - 27,18 cm x 55,85 cm | TAK |  |
|  | Współczynnik natężenia - > 0,4 (minimum do maksimum) | TAK |  |
|  | Emisja ciepła - 40° C maksymalna temperatura na powierzchni | TAK |  |
|  | Zasilanie - 220 -240 V/ 50-60 Hz | TAK |  |
|  | Zasilanie akumulatorowe - napięcie 12 V | TAK |  |
|  | Moc 65 – 68 W | TAK |  |
|  | Wymiary szer. x dł. x wys.(+/- 5%) – 30.5 cm x 64.8 cm x 10.2 cm | TAK, podać |  |
|  | Waga - < 5,0 kg (obudowa + zasilacz) | TAK, podać |  |
|  | Okres gwarancji | Podać min. 36 miesięcy |  |

Punktacja przyznana przez zamawiającego za warunki gwarancji…............................

.................................................. .....................................................

*miejscowość i data podpis i pieczątka upoważnionego*

*przedstawiciela wykonawcy*