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

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

Nazwa wykonawcy

**WŁAŚCIWOŚCI TECHNICZNO - UŻYTKOWE**

**urządzenia objętego częścią 2 zamówienia**

**Dostawa lampy zabiegowej – 1 sztuka**

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

**Typ:** .......................................**Model**: ..........................................

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Opis minimalnych wymaganych parametrów lub cech urządzenia** | **Wartość lub zakres wartości wymaganych**  | **Podać wartość lub zakres wartości oferowanych lub potwierdzenie wartości lub opis** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2024, gotowe do użytku. | TAK |  |
|  | Lampa zabiegowo-operacyjna bezcieniowa statywowa, przejezdna | TAK |  |
|  | Źródło światła diody led | TAK |  |
|  | Max. natężenie światła | Max. 130 000 lux z odl. 1 m, podać |  |
|  | Regulacja natężenia światła w zakresie | 25 – 100 %, podać |  |
|  | Regulowana średnica pola roboczego w zakresie  | 13 cm i 24 cm ± 1, podać |  |
|  | Głębokość oświetlenia 60% | 125,5 cm ± 5 cm, podać |  |
|  | Średni czas żywotności diod  | min. 6000 h, podać |  |
|  | Regulowana temperatura barwowa | 4000/4400/4800, podać |  |
|  | Zasilanie 100-240 V, 50 /60 Hz | TAK |  |
|  | Wymienna rączka do ustawienia położenia czaszy (sterylizowana) | TAK |  |
|  | **Gwarancja i serwis** |  |  |
| 1 | Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji | Maksymalnie 7 dni, podać |  |
| 2 | czas przystąpienia do naprawy od zgłoszenia awarii | Maksymalnie 24 godziny, podać |  |
| 3 | Okres gwarancji | Minimum 24 miesiące, podać |  |

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

*miejscowość i data podpis upoważnionego*

 *przedstawiciela wykonawcy*