Załącznik nr 2-N-5 wzór formularza właściwości techniczno - użytkowych.

Nazwa Wykonawcy

**WŁAŚCIWOŚCI TECHNICZNO - UŻYTKOWE**

**urządzeń objętych Częścią 5 zamówienia**

**Dostawa lamp do fototerapii – 5 sztuk**

**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** |
| **I Wymagania ogólne** |
|  | Urządzenie fabrycznie nowe, rok produkcji 2024, gotowe do użytku. | TAK |  |
| 1 | Lampa do stosowania bezpośrednio na kopule inkubatora, pokrywie łóżeczka, na mobilnym stojaku lub na wysięgnikuOpisać  | TAK |  |
| 2 | Lampa wyposażona w co najmniej 4 gumowe nóżki, umożliwiające bezpieczne postawienie urządzenia do naświetlania na kopule inkubatora lub pokrywie łóżeczkaOpisać | TAK |  |
| 3 | Źródło terapeutycznego światła niebieskiego: 36 diod LEDPodać | TAK |  |
| 4 | Negatywne skutki niebieskiego światła terapeutycznego lampy neutralizowane są światłem białym, bez wpływu na skuteczność pracy urządzenia, ale zwiększające komfort pracy personelu:8 diod białych | TAK |  |
| 5 | Źródło obserwacyjnego światła białego: pasek 25 białych diod LEDPodać | TAK |  |
| 6 | Temperatura barwowa obserwacyjnego światła białego: 4000KPodać | TAK |  |
| 7 | Szerokopasmowe diody LED emitują światło terapeutyczne w zakresie długości fal 430-530nm (pokrywa cały zakres terapeutyczny) z największą intensywnością na długości 460-490nm (zgodnie z zaleceniem AAP) | TAK |  |
| 8 | Efektywny obszar promieniowania minimum 30 x 50 cm z odległości max 40 cmPodać | TAK |  |
| 9 | Lampa nie posiada wbudowanego wentylatora | TAK |  |
| 10 | Regulacja natężenia mocy oświetlenia w co najmniej 5 stopniach w zakresie od 0 do 100 % Opisać | TAK |  |
| 11 | Maksymalne uzyskiwane natężenie promieniowania z odległości: |  |  |
| 11.1 | 25 cm – minimum 100 μW/(cm2nm)Podać | TAK |  |
| 11.2 | 30 cm – minimum 90 μW/(cm2nm)Podać | TAK |  |
| 11.3 | 40 cm – minimum 80 μW/(cm2nm)Podać | TAK |  |
| 11.4 | 50 cm – minimum 70 μW/(cm2nm)Podać | TAK |  |
| 12 | Waga urządzenia (lampy bez statywu i akcesoriów) nie większa niż 2 kgPodać | TAK |  |
| 13 | Max poziom głośności pracy lampy nie większy niż 30 dBPodać | TAK |  |
| 14 | Gwarantowana przez producenta długość pracy lampy LED przy założeniu pracy ciągłej i 100% natężeniu poziomu mocy przez minimum 60 000 godzinPodać w godzinach | TAK |  |
| 15 | Możliwość stosowania lampy w małych odległościach od ciała pacjenta (co najmniej od 25 cm) ze względu na niski poziom wytwarzanego ciepła z urządzeniaPodać | TAK |  |
| 16 | Regulacja kąta padania światła całej lampy. | TAK/NIE |  |
| 17 | Kątowe ustawienie poszczególnych diod LED, dzięki czemu światło dociera bezcieniowo i równomiernie do wszystkich naświetlanych miejsc ciała noworodka | TAK/NIE |  |
| 18 | Zasilanie z elektroenergetycznej sieci 230 V AC 50 Hz. | TAK |  |
| 19 | Lampa wykonana z materiałów odpornych na uderzenia i zmianę barwyPodać | TAK |  |
| 20 | Kolorowy wyświetlacz LCD o przekątnej minimum 2 cale, pokazujący m.in. wybrany poziom natężenia promieniowania, czas ekspozycji , licznik czasu pracy łącznejOpisać | TAK |  |
| 21 | Tryb pracy ręczny lub automatyczny (automatyczne wyłączenie po zadanym czasie)Opisać | TAK |  |
| 22 | Sterowania i ustawianie parametrów przyciskami membranowymi lub na ekranie dotykowymOpisać | TAK |  |
| 23 | Wyposażenie | TAK |  |
| 23.1 | statyw mobilny z regulacją wysokości w zakresie 1100 - 1450 mm i możliwością zmiany kąta ustawienia lampy. Możliwość pełnego zamontowania oraz zdemontowania lampy ze stojaka w czasie krótszym niż 1 sek., bez użycia dodatkowych narzędzi.  | TAK |  |
| 24.  | **Gwarancja i serwis** |  |  |
| 24.1 | Czas usunięcia awarii w okresie gwarancji | Maksymalnie 7 dni, podać |  |
| 24.2 | Czas przystąpienia do naprawy od zgłoszenia awarii w okresie gwarancji | Maksymalnie 24 godziny, podać |  |
| 24.3 | Warunki gwarancji | Minimum 24 miesiące, podać |  |

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

 *miejscowość i data podpis upoważnionego* *przedstawiciela wykonawcy*