

AG/ZP-17/2023 Załącznik nr 3E do SWZ

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**PAKIET 5 LAMPA SOLLUX STATYWOWA – 1 SZT.**

Producent:

Oferowany model/typ:

Rok produkcji (wymagany fabrycznie nowy):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **lp**. | **Parametry techniczne – warunki graniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  |
| **I.** | **LAMPA SOLLUX STATYWOWA** |  |  |
|  | Lampa statywowa do światłolecznictwa | Tak – podać nazwę handlową, model oraz producenta  |  |
|  | Światło podczerwone w zakresie IR-A oraz IR-B.  | Tak  |  |
|  | Płynna regulacja jasności świecenia 10-100% skokowo co 10%  | Tak |  |
|  | Zestaw filtrów ( niebieski + czerwony) | Tak |  |
|  | Zegar zabiegowy 1-30 min | Tak |  |
|  | Moc 375 W | Tak |  |
|  | Mikroprocesorowe sterowanie pracą lampy | Tak |  |
|  | Sterowanie elektroniczne | Tak |  |
|  | Okulary szt.2 (dla pacjenta i terapeuty) | Tak |  |
| 10. | Wymiar podstawy lampy maks. : 0,5 x 0,6 m, wysokość 1,2-1,9m (+/- 5%) | Tak |  |
| 11. | Wymuszone chłodzenie tubusa i siatka zabezpieczająca | Tak |  |
| 12. | Podstawa wyposażona w kółka z hamulcami | Tak |  |

\* wypełnia Wykonawca UWAGA!!!

**Brak wpisu w polach parametr oferowany lub nie spełnienie zapisów poszczególnych warunków parametrów wymaganych spowoduje odrzucenie oferty Wykonawcy.**

Oświadczamy, że oferowane urządzenie/sprzęt/wyposażenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.

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

 miejscowość i data

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

 podpis i pieczątka osoby uprawnionej

**Dokument elektroniczny, podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym**