**EZ/105/2022/EK**

Załącznik nr 2b do SWZ

(Załącznik nr 1 do umowy)

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**(Wymagane minimalne parametry techniczno-funkcjonalne)**

**Kabina do fototerapii do Poradni Dermatologicznej – 1 kpl**

| **Lp.** | **Opis parametru, funkcji** | **Wymogi graniczne**  | **Parametry oferowane** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Wykonawca/Producent | PODAĆ |  |
|  | Nazwa-model/typ | PODAĆ |  |
|  | Kraj pochodzenia | PODAĆ |  |
|  | Rok produkcji | Min. 2022 |  |
|  | **PARAMETRY REGULOWANE:** | TAK |  |
|  | kabina powinna zawierać co najmniej 28 promienników  | TAK |  |
|  | promienniki 100W UVB 311 nmco najmniej 14 szt | TAK, podać |  |
|  | promienniki 100W UVAco najmniej 14 szt. | TAK, podać |  |
|  | startery elektroniczne przedłużające żywotność promienników UVB | TAK |  |
|  | pomiar natężenia promieniowania w trakcie naświetlania przez co najmniej trzy czujniki | TAK, podać |  |
|  | płyty akrylowe przed promiennikami uniemożliwiające bezpośredni kontakt pacjenta z promiennikami | TAK |  |
|  | okienko z filtrem UV do obserwacji pacjenta w czasie naświetlania | TAK |  |
|  | stałe wskazania stopnia zużycia promienników | TAK |  |
|  | sterowanie elektroniczne umożliwiające podawanie dawek w J/cm2 zabezpieczone przed własnym błędem | TAK |  |
|  | system wentylacji i wietrzenia wnętrza kabiny | TAK, opisać |  |
|  | promienniki powinny być wyłączane automatycznie przy otwieraniu drzwi, aby chronić osoby obsługujące przed niepożądanym napromieniowaniem | TAK |  |
|  | system alarmowo-wyłączeniowy promienników w przypadkach awaryjnych | TAK |  |
|  | kształt kabiny pozwalający na jednakową odległość pacjenta od promienników – jednakowe naświetlanie pacjenta z każdej strony | TAK |  |
|  | Wyłącznik bezpieczeństwa, odcinający dopływ prądu (wyłączający kabinę) w nagłych wypadkach | TAK |  |
|  | wewnętrzne i zewnętrzne uchwyty drzwi | TAK |  |
|  | okulary ochronne dla pacjentów – 5 szt. | TAK, podać |  |
|  | okulary ochronne dla personelu – 1 szt. | TAK, podać |  |
|  | komunikacja w języku polskim. | TAK |  |
|  | Pozostałe wymogi: |  | xxxxxxxx |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim (wraz z dostawą urządzenia) | TAK |  |
|  | Przeglądy w okresie gwarancji – wg zaleceń producenta | TAK |  |
|  | Karta gwarancyjna | TAKzałączyć do dostawy |  |
|  | Okres pełnej gwarancji – min. 24 miesiące | TAK | *(dodatkowy okres gwarancji będzie punktowany zgodnie z kryterium oceny ofert opisanym pkt.36 SWZ.)* |

Serwis gwarancyjny i pogwarancyjny prowadzi…………………………………....... (uzupełnić)

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – nie spełnienie nawet jednego z w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji urządzenia.

Oświadczamy, że oferowane, powyżej wyspecyfikowane, urządzenie jest kompletne i po zainstalowaniu będzie gotowe do pracy zgodnie z przeznaczeniem bez żadnych dodatkowych zakupów inwestycyjnych.