**Znak sprawy: ZP/BZLR/0010/2024 *Załącznik nr 3A do ZO***

***stanowiący załącznik nr …***

***do umowy nr ZP/…/2024***

ZESTAWIENIE PARAMATERÓW I WARUNKÓW WYMAGALNYCH

Dotyczy: **zakupu, dostawy i montażu sprzętu rehabilitacyjnego dla potrzeb Beskidzkiego Zespołu Leczniczo - Rehabilitacyjnego Szpitala Opieki Długoterminowej w Jaworzu z podziałem na 5 części:**

**Część I zamówienia:** **Zakup i dostawa lampy do terapii światłem.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp..** | **Asortyment** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Wymagany parametr** | **Potwierdzenia spełnienia parametru** |
| **1.** | **Lampa do terapii światłem** | Producent:……………………………………………………………..  Nazwa:…………………………………………………………………  Typ:……………………………………………………………………  Rok produkcji:2024 | | |
| Ustawienie czasu naświetlania/terapii | **TAK** |  |
| Zabezpieczenie przed przegrzaniem | **TAK** |  |
| Temperatura pracy podczas użycia: + 10°C do + 30°C,  Podczas przechowywania  0°C do + 40°C | **TAK** |  |
| Długość fali: 350-3400 nm | **TAK** |  |
| **Stopień polaryzacji: >95% (590-1550 nm)** | **TAK** |  |
| Gęstość mocy: śr. 40mW/cm2 | **TAK** |  |
| Wydatek energetyczny na min.: śr. 2,4 J/ cm2 | **TAK** |  |
| **Na wyposażeniu:** | | |
| Filtr fulerenowy | **TAK** |  |
| Statyw podłogowy do lampy | **TAK** |  |
| Przewód sieciowy (odłączalny) | **TAK** |  |
| Pokrowiec ochronny | **TAK** |  |
| Ochronna torba transportowa | **TAK** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **POZOSTAŁE WYMAGANIA :** |  |  |
| 1 | Certyfikat CE ( jeżeli dotyczy). | **TAK** (załączyć do oferty) |  |
| 2 | Deklaracja zgodności ( jeżeli dotyczy) | **TAK** (załączyć do oferty) |  |
| 3 | Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny na terenie Polski | **TAK**, wymienić punkty serwisowe |  |
| 4 | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i elektronicznej | załączyć przy dostawie |  |
| 5 | Ilustrowane foldery producenta z potwierdzonymi zaoferowanymi parametrami technicznymi wyrobów | załączyć do oferty |  |
| 6 | GWARANCJA | min. 24 m-cy |  |

……………….., dnia …………………. *..............................................................*

*Podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie*

*uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub posiadających pełnomocnictwo*