|  |
| --- |
| **Unit stomatologiczny 1 kpl****PRODUCENT - …………………………………….……….….****MODEL - …………………………………….…………..****KRAJ POCHODZENIA - ………………………….…………………......****NAZWA KATALOGOWA - ………………………….…………………......****ROK PRODUKCJI - ………………. nie wcześniej niż 2024 r. (fabrycznie nowy)** |
| **PARAMETRY TECHNICZNE I INNE WARUNKI** |
| **L.p.** | **Parametr/Warunek** | **Parametr wymagany** | **OPISAĆ PARAMETR TECHNICZNY W OFEROWANYM PRZEDMIOCIE ZAMÓWIENIA****UWAGA – W przypadku określenia przez Zamawiającego parametru granicznego (np. min/max) Wykonawca wpisuje konkretną liczbę w oferowanym przedmiocie zamówienia.**  |
|  | Unit stomatologiczny w formie jezdnej | TAK |  |
|  | Unit o cechach:– konstrukcja na kołach z blokadami,– maksymalna szerokość i głębokość (cm): 55x60,– wysokość stolika regulowana w zakresie min. (cm): 80-95 | TAK |  |
|  | Bezprzewodowy sterownik nożny z platformą naciskową, o cechach:- pałąg do unoszenia stopą - umożliwiający sterownie podczas ładowania,- progresywna regulacja mocą/obrotami aktywnego instrumentu,- umożliwiający zmianę kierunku obrotów mikrosilnika,- umożliwiający zmianę programu aktywnego mikrosilnika/skalera- umożliwiający włączanie pompy perystaltycznej,- umożliwiający przedmuchiwanie z torów: turbiny i mikrosilnika, | TAK |  |
|  | Dotykowy panel sterowania, o cechach:- przeznaczony do dezynfekcji,- dotykowy wyświetlacz o przekątnej min. 15 cm,- umożliwiający regulację wraz z pamięcią ustawień maksymalnych parametrów instrumentów w zakresie:* 1. -obrotów mikrosilnika,
	2. -mocy skalera,
	3. -mocy turbiny,

-profile użytkowników (min.3),-włącznik urządzeń peryferyjnych (np. przywołanie asysty, uruchomienie oświetlenia, itp.), | TAK |  |
|  | **unit wyposażony w instrumenty**: | TAK |  |
|  | dmuchawko-strzykawkę ze światłem i podgrzewaniem, włączanymi na żądanie, sterylizowaną w całości lub sterylizowaną obudową oraz dyszami (min.4 dysze w zestawie), | TAK |  |
|  | skaler ultradźwiękowy ze światłem, z min. 3 ostrzami z gwintem w standardzie SATELEC/NSK, ze sterylizowaną rękojeścią, dodatkową sterylizowaną rękojeścią chirurgiczną chłodzoną solą fizjologiczną z min. 3 ostrzami i kluczem, | TAK |  |
|  | sterylizowany mikrosilnik ze światłem, złącze ISO 3964, | TAK |  |
|  |  sterylizowany mikrosilnik z funkcją CHIRURGICZNĄ,  | TAK |  |
|  | rękaw turbinowy (typ MIDWEST) z zasilaniem dla światła w narzędziu + złączka w standardzie zgodnym z turbinami marki NSK, | TAK |  |
|  | rękawy wszystkich instrumentów przeznaczone do samodzielnej wymiany bez udziału narzędzi | TAK |  |
|  | przepłukiwanie torów wodnych rękawów instrumentów | TAK |  |
|  | **Wyposażenie:** | TAK |  |
|  | „robocze końcówki stomatologiczne” wraz z min. jednym opakowaniem oleju do ich konserwacji:1. min. dwie turbiny ze światłem i chłodzeniem aerozolem (wysokoobrotowa kątnica turbinowa)
2. min. dwie kątnice wolnoobrotowe ze światłem i chłodzeniem aerozolem (przełożenie 1:1, chłodzenie wewnętrzne)
3. min. dwie kątnice chirurgiczne ze światłem (przełożenie 20:1, chłodzenie solą fizjologiczną)
4. min. jedna prostnica chirurgiczna ze światłem (przełożenie 20:1, chłodzenie solą fizjologiczną)
 | TAK |  |
|  | pokrętła regulacji wody chłodzącej usytuowane przy odpowiednim narzędziu, | TAK |  |
|  | bez gwintowa butelka z czujnikiem napełnienia dla wody chłodzącej narzędzia, o pojemności min. 1,5 litra, | TAK |  |
|  | dodatkowa butelka z zamknięciem (zatyczka/zakrętka/pokrywka), | TAK |  |
|  | pompa perystaltyczna sterowana z wieszakiem dla podaży soli fizjologicznej do torów: skalera oraz mikrosilnika, min. 10 zestawów wężyka pompki perystaltycznej | TAK |  |
|  |  przewód przyłączeniowy min. 5m z odpinanym bez użycia narzędzi złączem, | TAK |  |
|  |  dwie skrzynki przyłączeniowe z dedykowanym gniazdem zamykanym gdy nieużywane, | TAK |  |
|  | maksymalne wymiary skrzynki przyłączeniowej (cm) 50x40x25 | TAK |  |
|  | Wyposażenie dodatkowe: krzesełko z podłokietnikiem i podporą stóp, regulacja wysokości, tapicerka szara,– do unitu: krzesełko z oparciem, regulacja wysokości i kąta pochylenia siedziska, tapicerka szara, | TAK |  |
|  | Wyposażenie do unitu: krzesełko z oparciem, regulacja wysokości, tapicerka szara, | TAK |  |

|  |
| --- |
| **Osoby upoważnione do podpisania oświadczenia w imieniu Wykonawcy**  |
| Imię i Nazwisko | Data | Podpis |
|  |  |  |
|  |  |  |