

## SPECYFIKACJA TECHNICZNA

Wymagana konfiguracja i parametry techniczne unitu stomatologicznego wraz z jego wyposażeniem

1. Nazwa: typ, model Unitu: .....
2. Producent: .....
3. Rok produkcji: .....

Przedmiotem zamówienia jest unit stomatologiczny wraz z wyposażeniem – 1 komplet, charakteryzujący się następującymi parametrami.

Nazwa aparatury i wymagane parametry (wymagania graniczne)	Wymaganie minimalne	Odpowiedź TAK / NIE wartości oferowane
1. Oferowany unit stomatologiczny z fotelem musi być fabrycznie nowy z pneumatycznym systemem siłowników siedziska i fotela, o parametrach i funkcjach wymienionych w niniejszej specyfikacji technicznej.	TAK	
2. Okres gwarancji co najmniej 5 lat gwarancji	TAK	
<b>Oferowany unit stomatologiczny musi być skonfigurowany i wyposażony w:</b>		
1. Konsola lekarza (obrotowa wraz z blokiem spluwaczki i lampą) dostępna z systemem podawania rękawów „od góry” lub „od dołu”	Tak	
2. Panel sterowania pozwalający na programowanie fotela, redukcję natężenia światła w lampie zabiegowej, splukiwanie miski, napełnianie kubka pacjenta,	TAK	
3. Mikrosilnik elektryczny ze światłem i chłodzeniem wewnętrznym.	TAK	
4. Kątnice na mikrosilnik ze światłem i chłodzeniem wewnętrznym.	TAK	
5. Turbinę z generatorem światła 2 sztuki.	TAK	
6. Złączka do turbiny.	TAK	
7. Blok spluwaczki obrotowy wokół fotela z ruchomą ceramiczną spluwaczką z możliwością wychylenia w kierunku pacjenta	TAK	
8. Stanowisko asysty obrotowe wokół fotela z rękawem ślinociągu, ssaka oraz dmuchawką asysty	TAK	
9. Fotel pacjenta obrotowy wokół podstawy wysokość podnoszenia fotela nie mniej niż 80 cm od podłogi, wysokość opuszczania fotela na poziomie siedziska nie więcej niż 35 cm od podłogi.	TAK	
10. Miękka przesywana tapicerka siedziska i fotela wywierająca równomierny nacisk na ciało	TAK	

pacjenta.		
11. Tapicerka koloru: niebieska lub zielona	TAK	
12. Unit łatwy w przystosowaniu do pracy dla osób prawo-i lewo ręcznych	TAK	
13. Możliwość skrętu unitu w osi co najmniej 30 stopni w prawo lub w lewo ze względu na układ architektoniczny gabinetu.	TAK	
14. Skaler ultradźwiękowy z oświetleniem pola LED z rączką z końcówkami 1kpl + 1 kpl. dodatkowy.	TAK	
15. Dmuchawko - strzykawka.	TAK	
16. Halogenowa lub LED lampa zabiegowa mocowana na unicie	TAK	
17. Kompresor z osłoną wyciszającą.	TAK	
18. Sterownik nożny unitu i fotela.	TAK	
19. Ślinociąg wodny. Separator amalgamatu	TAK	
20. Blok spluwaczki ze zdejmowaną misą.	TAK	
21. Ramię stolika z blokadą pneumatyczną.	TAK	
22. Fotel stomatologiczny.	TAK	
23. Dwa stołki dla personelu z tapicerką identyczną jak unit,		
24. Lampa do utwardzania laków.	TAK	
25. Endometr.	TAK	
26. Piaskarka stomatologiczna z dwoma dodatkowymi dyszami.	TAK	
27. Krzesło dla dentysty.	TAK	
28. Instrukcja w języku polskim.	TAK	
29. Czas reakcji serwisu i usunięcie usterek w okresie trwania gwarancji (przyjazd pracownika serwisu) 48 godzin od chwili zgłoszenia.	Tak / Podać i złożyć stosowne oświadczenie	
30. Asystor stomatologiczny 4 szufladowy z uchwytem prowadzącym w kolorze unitu (niebieski lub zielony)	TAK	

1. Wszystkie parametry liczbowe lub funkcjonalno – użytkowe, podane w rubryce „Parametr / wymaganie graniczne” należy traktować jako niezbędne minimum. Jeśli w kolumnie „Odpowiedź TAK/NIE oraz wartości oferowane” wykonawca nie zamieści odpowiedzi, będzie to oznaczać, że oferowane urządzenia nie posiadają wymaganego parametru bądź rozwiązania technicznego, co oznaczać będzie, że oferowana aparatura nie spełnia wymagań SIWZ, a oferta (z taką oferowaną aparaturą) będzie odrzucona. Do wypełnionej specyfikacji technicznej należy załączyć wymagane oświadczenia lub wpisać je bezpośrednio w danym wymaganiu (pozycji).
2. Wymagane jest dołączenie oryginału lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem.
3. Oferta bez podpisu osoby upoważnionej jest nieważna i zostanie odrzucona.
4. Niewypełnienie pól, to jest brak informacji o typie i producencie oferowanego przez Wykonawcę Unitu stomatologicznego, skutkuje odrzuceniem oferty.

.....  
/data, podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej/