

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia
- wyposażenie gabinetu stomatologicznego**

Lp.	Przedmiot zamówienia i wymagane parametry techniczno-użytkowe	Parametry wymagane	Parametry oferowane (określić i opisać parametry techn. - użytkowe odpowiednio do wymogów Zamawiającego zamieszczonych w kolumnie 2)
1.	2.	3.	4.
I.	UNIT STOMATOLOGICZNY		
1.	Stacjonarny wysokiej klasy unit stomatologiczny, fabrycznie nowy nie powystawowy, rok produkcji nie wcześniej niż 2020, zawieszony na fotelu	TAK	
2.	Certyfikat CE	TAK	
3.	Wielofunkcyjny sterownik nożny przesuwany z płynną regulacją obrotów narzędzi oraz sterowaniem ruchami fotela	TAK	
4.	Energoblok umieszczony w podstawie fotela	TAK	
5.	System antyretrakcyjny – automatyczne zabezpieczenie przed wtórnym zasysaniem wody i powietrza przez końcówki	TAK	
6.	Producent oraz model unitu stomatologicznego	należy wskazać	
II.	FOTEL PACJENTA		
1.	Regulacja wysokości uniesienia fotela min. 400 mm – 750 mm	należy wskazać	
2.	Regulowany zagłówek chirurgiczny z przegubem kulowym umożliwiającym obracanie na boki	TAK	
3.	Anatomiczny kształt siedziska i oparcia	TAK	
4.	Podłokietnik lewy oraz możliwość instalacji prawego, łamanego podłokietnika		
5.	Miękka i elastyczna, bejszowa tapicerka	TAK	
6.	Łatwa wymiana elementów tapicerki: siedziska, oparcia i zagłówka	TAK	
7.	Pamięć pozycji fotela – min.4 (w tym Trendelenburga, wyjściowa)	należy wskazać	
8.	Podstawa i kształt fotela umożliwiające bliskie podejście do pacjenta.	TAK	
9.	Oparcie pleców węższe w górnej części fotela	TAK	
10.	Poduszka podwyższająca dziecięcą	TAK	
11.	Wybór koloru tapicerki min. 10 kolorów	należy wskazać ilość	
12.	Sterowanie fotela ze stolika lekarza oraz wielofunkcyjnym sterownikiem nożnym	TAK	
13.	Automatyczna blokada ruchu fotela podczas pracy narzędziami ze stolika lekarza	TAK	
14.	Blokada fotela przy napotkaniu na przeszkodę	TAK	
III.	STOLIK LEKARZA		
1.	Stolik lekarza z klawiaturą membranową zamontowany na pantograficznym ramieniu umożliwiającym bardzo szeroki zakres ruchu we wszystkich kierunkach,	TAK	
2.	Długość rękawów instrumentów min. 90 cm	TAK	
3.	Możliwość montażu min.5 rękawów instrumentów	TAK	

4.	Górne prowadzenie rękawów	TAK	
5.	Bezpośrednie przyciski zmiany parametrów pracy: -zmiana kierunku obrotów mikrosilnika -włączanie/wyłączanie sprayu na końcówkach - chłodzenie narzędzi - możliwość włączenia światła w końcówkach ze światłem -splukiwanie misy spluwaczki -napełnianie kubka -sterowanie fotelem -programowanie ustawień	TAK	
6.	Przyciski sterowania oparciem przód-tył i siedzi- skim góra-dół	TAK	
7.	Tray stolik pod stolikiem lekarza wyposażony w tackę z zamkniętymi narożnikami oraz z uchwytem przeznaczonym do montażu,	TAK	
8.	Przedmuch powietrza w końcówkach (chip blower) w min. 3 aktywnych instrumentach, uruchamiany ze sterownika nożnego	TAK	
IV.	PANEL ASYSTY		
1.	Panel asysty na obrotowym ramieniu	TAK	
2.	3 miejsca wraz instrumentami: rękaw ssaka, rękaw ślinociągu, strzykawko-dmuchawka	TAK	
3.	Przyciski napełniania kubka i splukiwania misy spluwaczki	TAK	
V.	BLOK SPLUWACZKI		
1.	Misa spluwaczki porcelanowa, obracana	TAK	
2.	Misa spluwaczki zdejmowana w celu czyszczenia i sterylizacji	TAK	
3.	Splukiwanie misy spluwaczki – załączanie dostępne z panelu asysty i lekarza,	TAK	
4.	Napełnianie kubka pacjenta – załączanie dostępne z panelu asysty i lekarza,	TAK	
5.	Podgrzewanie wody do kubka pacjenta	TAK	
VI.	LAMPA STOMATOLOGICZNA bezcieniowa LED	TAK	
1.	Sterowanie barwą oraz natężeniem światła	TAK	
2.	Temperatura barwowa emitowanego światła min. 4 600 K	TAK	
3.	Zakres regulacji ustawienia lampy w trzech płasz- czyznach, obrót lampy w prawo i lewo z możliwo- ścią oświetlenia zza głowy pacjenta leżącego.	TAK	
4.	Włączanie i wyłączanie lampy ze stolika lekarza	TAK	
5.	Mocowanie na pantograficznym ramieniu o szero- kim zasięgu ruchu	TAK	
6.	Gładka powierzchnia, bez miejsc na śruby, ułatwia- jąca dezynfekcję powierzchniową	TAK	
7.	Lampa montowana na maszcie unitu stomatologicz- nego	TAK	
VII.	STRZYKAWKO-DMUCHAWKA - 2 szt. (1 szt. stolik lekarza, 1 szt. panel asysty)	TAK	
1.	3 – funkcyjna, metalowa, okrągła, prosta	TAK	
VIII.	TURBINA ze światłem LED (NSK)- 1 szt.		
1.	Wymiana wiertła przyciskiem	TAK	
2.	Rozmiar główki standard	TAK	
3.	Wykonany ze stali nierdzewnej	TAK	
4.	Światłowód prętowy	TAK	
5.	Poczwórny spray	TAK	

6.	Moc maksymalna 26 W	TAK	
7.	Szybkoszłączka do turbiny ze światłem LED (NSK lub równoważna)	TAK	
IX.	KĄTNICA (NSK) - 1 szt.		
1.	Kątnica 1:1 ze światłem	TAK	
2.	Główka standard	TAK	
3.	Wewnętrzny system chłodzenia	TAK	
4.	Wymiana wiertła na przycisk	TAK	
5.	Spray wodny pojedynczy	TAK	
6.	Wykonanie ze stali nierdzewnej	TAK	
7.	Mikrosilnik bezszczotkowy, oświetlenie LED	TAK	
X.	SKALER		
1.	Trzy końcówki standardowe	TAK	
2.	Możliwość płynnej lub wielostopniowej regulacji mocy skatera	TAK	
3.	Skaler z podświetleniem LED	TAK	
XI.	LAMPA POLIMERYZACYJNA		
1.	Do zabudowy w unicie	TAK	
2.	Trzy programy naświetlania	TAK	
3.	Trzy formaty czasowe	TAK	
4.	Wbudowany system ochrony cieplnej	TAK	
XII.	KRZESEŁKO LEKARZA		
1.	Krzesioko z podnóżkiem z regulacją oparcia prawo/lewo z możliwością dopasowania koloru siedziska do koloru fotela pacjenta	TAK	
XIII.	ASYSTOR STOMATOLOGICZNY		
1.	3 szufladowy z podstawą typu U	TAK	
2.	Min. 10 kolorów do wyboru	TAK	
XIV.	KOMPRESOR waz z osuszaczem		
1.	Bezolejowy, jedno stanowiskowy	TAK	
2.	Montowany w skrzynce wyciszającej	TAK	
3.	Poziom generowanego hałasu nie więcej niż 65 dB	TAK	
4.	Pojemność powietrza 10 l	TAK	
XV.	POMPA SSĄCA typu suchego w skrzynce, przystosowana do oferowanego unitu	TAK	
XVI.	AUTOKLAW		
1.	Pojemność komory zakres od 15 do 20 l	należy wskazać	
2.	Klasa B	TAK	
3.	Temperatura sterylizacji do 134°	TAK	
4.	Możliwość pomieszczenia 3 tacek	TAK	
5.	Drukarka wbudowana	TAK	
6.	Ładowany od przodu	TAK	
7.	Min. 2 programy testowe	należy wskazać	
8.	Min. 4 programy sterylizacyjne	należy wskazać	
9.	Komora wykonana ze stali nierdzewnej	TAK	
10.	Wysokiej jakości filtr bakteryjny	TAK	
11.	Wyświetlacz LCD	TAK	
12.	Wyposażenie niezbędne do pracy autoklawu (kable, itp.)	TAK	
13.	Producent	należy wskazać	

XVII. POZOSTAŁE WYMAGANIA: szkolenia, warunki gwarancji i serwisu			
1.	Instrukcja obsługi w języku polskim	TAK	
2.	Okres gwarancji - min. 36 miesięcy	TAK	
3.	Rok produkcji nie wcześniej niż 2020 rok	TAK	
4.	Wykonawca zapewnia dostępność części zamien- nych i akcesoriów przez okres min. 10 lat	TAK	
5.	Instalacja sprzętu wraz ze szkoleniem personelu w cenie oferty. Harmonogram szkoleń uzgodniony będzie z Zama- wiającym (użytkownikiem).	TAK	
6.	Zalecana przez producenta częstotliwość wykonywa- nych przeglądów technicznych w okresie trwania gwarancji oraz po gwarancji	należy wskazać	
7.	W trakcie trwania gwarancji wszystkie naprawy oraz przeglądy techniczne przewidziane przez producenta wraz z materiałami zużywalnymi wykonywane na koszt Wykonawcy łącznie z dojazdem (nie rzadziej jednak niż raz w każdym rozpoczętym roku udzielo- nej gwarancji).	TAK	
8.	Czas reakcji przystąpienia do usunięcia awarii w okresie gwarancji od chwili jej zgłoszenia max 24 godz. w dni robocze	TAK	
9.	Autoryzowane punkty serwisowe na terenie Polski (podać nazwę, adres i telefon do min. dwóch punk- tów serwisowych)	należy wskazać	