**牙科椅参数要求**

|  |  |
| --- | --- |
| 序号 | 招标规格 |
| 一 | **基本要求** |
| 1 | 适合用于常规口腔科检查包括牙列检查等需求。 |
| 2 | 有多轴向自由调节的感应式LED口腔灯。 |
| 3 | 有标准配备的痰盆、自动给水器及三用喷枪。 |
| 二 | **功能要求** |
| 1 | 可自由调节椅位高度、靠背角度及头枕角度。 |
| 2 | 椅位有紧急制动安全装置，或起步/停止缓冲系统。 |
| 3 | 可喷水喷气的冷热三用喷枪。 |
| 4 | 触摸感应操控面板需灵敏，准确稳定。 |
| 5 | LED口腔灯免接触感应开关。 |
| 6 | 最好能采用脚踏控制椅位调节。 |
| 三 | **保修要求** |
| 1 | 提供有效医疗器械注册证。 |
| 2 | 保修期≧2年。 |