

## Załącznik nr 2 do SWZ

### Opis przedmiotu zamówienia – wykaz (numer sprawy: SE-407/26/21).

1. Przedmiotem zamówienia jest dostawa rękawiczek jednorazowego użytku (niejałowych).
2. Zamówienie należy zrealizować w terminie **20 dni** od dnia podpisania umowy.
3. Wszelkie koszty związane z dostawą ponosi Wykonawca.
4. **Wymagania jakościowe.**

Poniższa tabela z parametrami jakościowymi musi wypełnić Wykonawca i dołączyć do oferty.

Parametry podane w tabeli stanowią **minimalne** wymagania graniczne (odcinające), których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.

Brak wpisu w rubryce „**Wartości wymagane**” zostanie potraktowany jako niespełnienie parametru skutkujące odrzuceniem oferty.

#### WYMAGANIA JAKOŚCIOWE

| Wymagania                         | Warunek graniczny wpisać spełnia/ nie spełnia /podać termin   | Wartość wymagana  |
|-----------------------------------|---|---|
| Producent, Nazwa handlowa rękawic | MAXTER GLOVE MANUFACTURING SDN. BHD<br>RĘKAWICE DIAGNOSTYCZNE, NITRYLOWE,<br>BEZPUDROWE, NIEBIESKIE, ROZMIAR ... -<br>OPAKOWANIE 100 SZT. | podać   |
| Nr Katalogowy                     | MAXTER  | podać   |
| Surowiec                          | nitryl  | nitryl  |
| Środek pudrujący                  | brak  | brak  |
| Kształt rękawic                   | uniwersalny, niezróżnicowany na dłoń prawą i lewą   | uniwersalny, niezróżnicowany na dłoń prawą i lewą   |
| Powierzchnia                      | teksturowane końce palców, mankiet zakończony rolowanym brzegiem  | teksturowane końce palców, mankiet zakończony rolowanym brzegiem  |
| Kolor                             | niebieski   | dowolny oprócz białego i różowego   |
| Pakowany i dostarczony            | w oryginalnych pudełkach kartonowych typu "dyspenser", z etykietami spełniającymi wymogi ustawy o wyrobach medycznych                     | w oryginalnych pudełkach kartonowych typu "dyspenser", etykietami spełniającymi wymogi ustawy o wyrobach medycznych |
| Rozmiar                           | <b>M</b> – (rozmiar <b>8</b> ) długość rękawiczki mierzona od   | <b>M</b> – (rozmiar <b>7-8</b> ) długość rękawiczki mierzona od mankietu do końca palca                             |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  | mankietu do końca palca środkowego<br><b>L</b> – (rozmiar <b>9</b> ) długość rękawiczki mierzona od mankietu do końca palca środkowego<br><b>XL</b> – (rozmiar <b>10</b> ) długość rękawiczki mierzona od mankietu do końca palca środkowego<br>identyfikowalność rozmiaru na opakowaniu | środkowego<br><b>L</b> – (rozmiar <b>8-9</b> ) długość rękawiczki mierzona od mankietu do końca palca środkowego<br><b>XL</b> – (rozmiar <b>9-10</b> ) długość rękawiczki mierzona od mankietu do końca palca środkowego<br>identyfikowalność rozmiaru na opakowaniu  |
| <b>test przepuszczalności wody AQL</b>   | <b>AQL 1,5</b>   | min. 1,5 fabrycznie oznakowane na opakowaniu  |
| <b>Zgodność z normami</b>  | EN 455, ISO 374-1, 374-5   | EN 455, ISO 374-1, 374-2, 374-4, 374-5  |
| <b>Deklaracje zgodności</b>  | deklaracja zgodności z wymaganiami dyrektywy 93/42/EWG, <b>lub</b> deklaracja zgodności z wymaganiami rozporządzenia (UE) 2017/745 <b>fabrycznie oznakowane na opakowaniu</b>  | deklaracja zgodności na zgodność z wymaganiami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lutego 2016 r. w sprawie wymagań zasadniczych oraz procedur oceny zgodności wyrobów medycznych (Dz. U. poz. 2011) <b>lub</b> deklaracja zgodności z wymaganiami dyrektywy 93/42/EWG, <b>lub</b> deklaracja zgodności z wymaganiami rozporządzenia (UE) 2017/745 <b>fabrycznie oznakowane na opakowaniu</b> |
|  | deklaracja zgodności na spełnianie wymagań zasadniczych rozporządzeniem EN 2016/425  | deklaracja zgodności na spełnianie wymagań zasadniczych rozporządzeniem EN 2016/425   |
| <b>Termin przydatności (parametr dodatkowo punktowany):</b><br>- termin przydatności 36 m-c - 20 pkt.<br>- termin przydatności 24 m-c - 10 pkt.<br>- termin przydatności poniżej 24 m-c – 0 pkt. | 60 msc. od daty produkcji, data produkcji umieszczona na opakowaniu  | min. 24 miesiące, datę produkcji umieszczona na opakowaniu  |

## 5. Wymagania ilościowe:

- 1) **Rozmiar M 1 500 op./po 100 szt.** w opakowaniu, ze względu na ograniczoną objętość schowka w ambulansie,
- 2) **Rozmiar L 2 000 op./po 100 szt.** w opakowaniu, ze względu na ograniczoną objętość schowka w ambulansie,
- 3) **Rozmiar XL 4 000 op./po 100 szt.** w opakowaniu, ze względu na ograniczoną objętość schowka w ambulansie.

## 6. Termin płatności.

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Termin płatności (parametr dodatkowo punktowany):</b><br>- 30 dni 20 pkt.<br>- poniżej 30 dni 10 pkt. | płatność przelewem na rachunek bankowy wskazany na fakturze 30 dni. | płatność przelewem na rachunek bankowy wskazany na fakturze min. 14 dni. |
|--|---|--|

**Niniejszy dokument należy opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym. Uwaga! Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu w.w. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.**

**Dokument należy wypełnić poprzez uzupełnienie poszczególnych tabel.**