ZP-382-13/2025

Załącznik nr 1B

do zapytania ofertowego

…………………………

Wykonawca

**OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |
| --- |
| **Materac zmiennociśnieniowy – 7 sztuk** |
| **Nazwa** |  |
| **Typ** |  |
| **Wytwórca** |  |
| **Kraj pochodzenia** |  |
| **Rok produkcji: min.2023** |  |
| **Lp.** | **OPIS** | **WYMAGANE PARAMETRY I WARUNKI** | **PARAMETRY OFEROWANE** |
| 1. 1.
 | Materac fabrycznie nowy | TAK |  |
| 1. 2.
 | Materac aktywny, do terapii przeciwodleżynowej oraz umożliwiający szybkie leczenie odleżyn u pacjentów, u których powstały już wcześniej odleżyny | TAK, podać  |  |
| 1. 3.
 | Materac zmiennociśnieniowy, komory napełniają się powietrzem i opróżniają na przemian co trzecia –system 1:3 | TAK |  |
|  | Funkcja szybkiego spuszczania powietrza z zaworem CPR w czasie nie dłuższym niż 10 sekund | TAK |  |
|  | Materac kładziony bezpośrednio na ramę leża. Wysokość komór po napompowaniu 12,5cm. Zintegrowany z materacem dodatkowy podkład piankowy.  | TAK, podać |  |
|  | Wymiary materaca 90x200cm ±5cm | TAK, podać |  |
|  | Limit wagi pacjenta (skuteczność terapeutyczna) nie mniej niż 200kg | TAK, podać |  |
|  | Materac automatycznie dostosowujący się do zmiany pozycji łóżka (poziom ciśnienia, podatny na zmianę ułożenia materiał).Posiadający system przesuwania powietrza pomiędzy komorami (w celu szybszego napełniania) | TAK |  |
|  | Konstrukcja materaca umożliwiająca łatwe odcinkowe usunięcie komór spod leżącego pacjenta celem realizowania terapii bezdotykowej, tzw. wypinanie pojedynczych komór. | TAK |  |
|  | Przewody materaca w pokrowcu ochronnym zakończone końcówką umożliwiającą ich łatwe zespolenie i odłączenie od pompy zasilającej materac. Posiadające zamknięcie transportowe – MATERAC Z FUNKCJĄ TRANSPORTOWĄ | TAK |  |
|  | Materac wyposażony w pokrowiec odporny na uszkodzenie, oddychający, wodoodporny i nieprzemakalny, rozciągliwy w dwóch kierunkach, redukujący działanie sił tarcia, na działanie środków dezynfekcyjnych i myjących | TAK |  |
|  | Pokrowiec paroprzepuszczalny, nie przepuszczający cieczy, odpinany na zamek z zabezpieczeniem z góry przed zalaniem. Zamek wyposażony w dwa suwaki. Pokrowiec z powloką bakteriobójczą | TAK |  |
|  | Pompa :* + niski poziom hałasu, spadek napędu silnika po uzyskaniu ustawionego poziomu ciśnienia,
	+ wyświetlacz informujący o wybranych ustawieniach, trybie pracy itp
	+ sterowanie za pomocą przycisków membranowych,
	+ min dwa tryby pracy: statyczny i zmiennociśnieniowy,
	+ możliwość ustawienia ciśnienia w komorach względem wagi pacjenta w skokach co 5 kg, ustawienie wyświetlane na wyświetlaczu pompy,
	+ funkcję tłumienia drgań
	+ alarm wizualny i dźwiękowy przy niskim ciśnieniu
	+ Alarm odłączenia pompy od zasilania elektrycznego
	+ uchwyty do zawieszenia jej na szczycie łóżka,
	+ funkcja blokowania sterowania,
	+ automatycznie uruchamiana blokada sterowania po min 4 minutach
	+ sygnalizację awaryjnego działania pompy,
	+ zasilana 220-230V
 | TAK |  |
|  | W przypadku wątpliwości Zamawiającego w zakresie spełniania wymogów technicznych określonych w tabeli , Zamawiający zastrzega sobie prawo do żądania prezentacji oferowanego produktu w celu jego weryfikacji , m.in. poprzez wystąpienie do Wykonawcy o prezentację oferowanego sprzętu przed rozstrzygnięciem przetargu w terminie 5 dni od daty dostarczenia wezwania.Niespełnienie choćby jednego z wymogów technicznych stawianych przez Zamawiającego w niniejszej tabeli spowoduje odrzucenie oferty | TAK |  |
|  | INNE |  |  |
|  | Dostawa wraz z rozładunkiem, montażem oraz uruchomieniem i przeszkoleniem personelu. | TAK |  |
|  | Instrukcja obsługi w języku polskim w wersji papierowej i/lub elektronicznej - dostarczona przy dostawie. | TAK, dostarczyć przy dostawie |  |
|  | Certyfikaty dopuszczające do użytkowania na terenie UE i Polski, tj.:- Certyfikat CE/ Deklaracja Zgodności - wpis do rejestru wyrobów medycznych | TAKdołączyć do oferty |  |
|  | Okres gwarancji 24 miesięcy liczony od dnia oddania aparatu do eksploatacji | TAK |  |
|  | Paszport techniczny uzupełniony o dane aparatu/sprzętu oraz zawierający wpis o pierwszym uruchomieniu oraz terminie następnego przeglądu technicznego wraz z pieczątką firmy i czytelnym podpisem serwisanta. Wraz z paszportem Wykonawca jest zobowiązany dostarczyć kartę gwarancyjną i podpisany protokół zdawczo-odbiorczy (dostarczony przy dostawie sprzętu) | TAK,dostarczyć przy dostawie sprzętu |  |
|  | Oferent dokona instalacji oferowanego sprzętu medycznego i przeprowadzi szkolenie bez dodatkowego wynagrodzenia w zakresie obsługi tegoż sprzętu w dzień przekazania sprzętu do eksploatacji przez Zamawiającego. Wykonawca jest zobowiązany do sporządzenia protokołu/listy obecności z przeprowadzonego szkolenia.Zamawiający ma prawo do wezwania na dodatkowe jedno szkolenie bez dodatkowego wynagrodzenia w trakcie trwania gwarancji. | TAK |  |
|  | Termin rozpoczęcia gwarancji – od dnia podpisania protokołu odbioru i oddania do użytkowania | TAK |  |
|  | Maksymalny czas reakcji serwisu na zgłoszenie w dni robocze do 24 godzin od momentu uzyskania informacji o awarii. Powyższe terminy dotyczą dni roboczych przez, które rozumie się dni od poniedziałku do piątku za wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy. | 24 godziny |  |
|  | Graniczny czas naprawy, po przekroczeniu którego okres gwarancji przedłuża się o czas przerwy w eksploatacji sprzętu medycznego/wyposażenia medycznego aparatury medycznej/ sprzętu medycznego/sprzętu technicznego/innego wyposażenia  | 7 dni |  |
|  | Minimalna liczba napraw powodująca wymianę materaca na nowy | 3 |  |
|  | Liczba bezpłatnych przeglądów w czasie gwarancji  | Minimum 1 na 12 miesięcy, chyba, że zalecenia producenta wskazują inaczej\* |  |
|  | W przypadku braku możliwości naprawy sprzętu w terminie 48 godzin od momentu reakcji na zgłoszoną awarię Wykonawca zobowiązuje się do dostarczenia zastępczego sprzętu o takich samych bądź lepszych parametrach w terminie 2 dni roboczych od zaistnienia tej okoliczności | TAK |  |
|  | Należy sprecyzować ewentualne ograniczenia usług gwarancyjnych oraz ewentualne przyczyny cofnięcia gwarancji. | PODAĆ |  |
|  | Dostarczony sprzęt zostanie wyposażony we wszystkie niezbędne do prawidłowej pracy akcesoria, instrukcje obsługi oraz instrukcje serwisowe – dokumenty winny być w języku polskim lub tłumaczone na język polski. | TAK |  |
|  | Najbliższy kupującego punkt serwisowy obsługujący zakupiony sprzęt medyczny. | PODAĆ |  |

………………………………….dnia…………………………2025 r.

………………………………………….

Podpis osoby upoważnionej