**TABELA NR 4 MATERACE PRZECIWODLEŻYNOWE - WYMAGANIA**

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Opis przedmiotu zamówienia | Parametr wymagany  | Parametr oferowany wpisać TAK dla parametrów wymaganych |
| **Materac bąbelkowy (5 sztuk)** |
|  | Materac fabrycznie nowy, wyprodukowany w roku minimum 2021: nazwa, typ, model, producent | **TAK****podac** |  |
|  | Wymiary całkowite materaca: 2000mm (±50mm) x900mm(±50mm) x70mm | **TAK** |  |
|  | Konstrukcja: Materac pneumatyczny, zmiennociśnieniowy  | **TAK** |  |
|  | Materiał podstawowy materaca –PVC bądź równoważny | **TAK** |  |
|  | Pompa powietrzna 1. Wydajność minimalna 6l/min2. Czas trwania pełnego cyklu nie mniej niż 6 minut3. Manualna regulacja ciśnienia w zakresie od 25 do 100 mm Hg4. Z możliwością łatwego montażu i demontażu na szczycie łóżka (w zestawie haczyki) | **TAK** |  |
|  | Konstrukcja z wyłogami do mocowania na łóżku | **TAK** |  |
|  | Zasilanie pompy 220-240V 50Hz | **TAK** |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie materaca do 130 kg | **TAK** |  |
|  | Możliwość mycia i dezynfekcji | **TAK** |  |
|  | Szkolenie w zakresie właściwej obsługi dostarczonego wyposażenia | **TAK** |  |
|  | Deklaracja zgodności UE/WE oferowanego sprzętu.Oznakowanie oferowanego sprzętu znakiem CE. | **TAK** |  |
|  | Zgłoszenie oferowanego urządzenia do rejestru wyrobów medycznych. | **TAK** |  |
|  | Gwarancja na pompę min. 24 miesięcy | **TAK** |  |
|  | Okres gwarancji minimum 24 miesiące | **TAK** |  |
|  | Dostarczenie przy odbiorze następujących dokumentów:-karta gwarancyjna stołu do rehabilitacji-paszporty techniczne- instrukcje obsługiw języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej | **TAK** |  |
| **Materac rurowy (5 sztuk)** |
|  | Materac fabrycznie nowy, wyprodukowany w roku minimum 2021: nazwa, typ, model, producent | **TAK****podać** |  |
|  | Wymiary całkowite materaca:2000 mm(±50mm) x860 mm(±50mm) x100 mm | **TAK** |  |
|  | Komory poprzeczne rurowe - wymienne, umieszczone w minimum 18 rzędach.  | **TAK** |  |
|  | Konstrukcja z wyłogami do mocowania na łóżku | **TAK** |  |
|  | Pompa powietrzna1. Wydajność minimalna 6l/min2. Czas trwania pełnego cyklu nie mniej niż 6 minut3. Manualna regulacja ciśnienia w zakresie od 40 do 100 mm Hg4. Z możliwością łatwego montażu i demontażu na szczycie łóżka (w zestawie haczyki) | **TAK** |  |
|  | Zasilanie pompy 220-240V 50Hz | **TAK** |  |
|  | Dopuszczalne obciążenie materaca do 140 kg | **TAK** |  |
|  | Materiał podstawowy materaca –PVC, Nylon bądź równoważny | **TAK** |  |
|  | Możliwość mycia i dezynfekcji | **TAK** |  |
|  | Szkolenie w zakresie właściwej obsługi dostarczonego wyposażenia | **TAK** |  |
|  | Deklaracja zgodności UE/WE oferowanego sprzętu.Oznakowanie oferowanego sprzętu znakiem CE. | **TAK** |  |
|  | Zgłoszenie oferowanego urządzenia do rejestru wyrobów medycznych. | **TAK** |  |
|  | Gwarancja na pompę min. 24 miesięcy | **TAK** |  |
|  | Okres gwarancji minimum 24 miesiące | **TAK** |  |
|  | Dostarczenie przy odbiorze następujących dokumentów:-karta gwarancyjna stołu do rehabilitacji-paszporty techniczne- instrukcje obsługiw języku polskim w wersji elektronicznej i papierowej | **TAK** |  |

\*) W przypadku gdy Zamawiający dopuścił możliwość zaoferowania przez Wykonawców innych parametrów niż wymagane w niniejszym dokumencie – Wykonawca jest zobowiązany w kolumnie „Parametry oferowane” zaznaczyć, że oferuje parametr dopuszczony przez Zamawiającego i opisać oferowany parametr.

Informacja dla Wykonawcy:

Wypełniona Tabela nr 4 pn. „MATERACE PRZECIWODLEŻYNOWE - WYMAGANIA” musi być opatrzona przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania firmy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanych lub podpisem osobistym i przekazana Zamawiającemu wraz z dokumentem (-ami) potwierdzającymi prawo do reprezentacji Wykonawcy przez osobę podpisującą ofertę.